

OBSAN BERICHT
06/2025

Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn

Versorgungsbericht zur Akutsomatik

Fabienne B. Fischer, Reto Jörg



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

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan 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 unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Gesundheitsamt Kanton Solothurn

Autoren

Fabienne B. Fischer, Obsan

Reto Jörg, Obsan

Unter Mitarbeit von

Sacha Roth, Obsan

Projektleitung Obsan

Fabienne B. Fischer

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 06/2025

Zitierweise

Fischer F. B. & Jörg, R. (2025). *Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn.*

Versorgungsbericht zur Akutsomatik (Obsan Bericht 06/2025). Neuchâtel:

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,

obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/MatjazSlanic

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2506

ISBN

978-2-940670-70-3



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

Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn

Versorgungsbericht zur Akutsomatik

Autorinnen und Autoren Fabienne B. Fischer, Obsan
Reto Jörg, Obsan

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3	3.3.1	Zuwanderung und Zustrom	25
		3.3.2	Abwanderung und Abfluss	27
		3.3.3	Nettowanderung	28
Daten und Methoden	3			
Bedarfsanalyse	3			
Bedarfsprognose	3			
1 Einleitung	4	4	Bedarfsprognose	30
1.1 Grundlagen	4	4.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf	31
1.1.1 Rahmenbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung	5	4.1.1	Prognostizierte Fälle 2034	31
1.1.2 Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung	5	4.1.2	Prognostizierte Pflgetage 2034	33
1.2 Prozess der kantonalen Spitalplanung	5	4.2	Effekte einzelner Einflussfaktoren	33
		4.2.1	Effekte der demografischen Entwicklung	33
		4.2.2	Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten	35
		4.2.3	Effekte durch die Ambulantisierung	36
		4.2.4	Effekte durch die medizintechnische und übrige Einflussfaktoren	37
2 Daten und Methoden	7	4.3	Prognostizierte Patientenströme	38
2.1 Datenquellen	7	5	Anhang	39
2.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	7	5.1	Prozess der kantonalen Spitalplanung im Detail	39
2.1.2 Krankenhausstatistik (KS)	7	5.1.1	Phase 1: Bedarfsermittlung	39
2.1.3 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	7	5.1.2	Phase 2: Angebotsbestimmung	39
2.1.4 Bevölkerungsszenarien	7	5.1.3	Phase 3: Sicherung des Angebots (Spitalliste)	39
2.1.5 Weitere Datenquellen	8	5.1.4	Überprüfung der Planung	39
		5.1.5	Interkantonale Koordination	40
2.2 Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche	8	5.2	Einflussfaktoren im Prognosemodell	41
2.3 Gruppierung der Fälle	8	5.2.1	Demographische Entwicklungen	41
2.4 Prognosemodell	9	5.2.2	Epidemiologische Entwicklungen	42
		5.2.3	Medizintechnische Entwicklungen	43
		5.2.4	Ökonomische Entwicklungen	43
		5.2.5	Angleichung der Hospitalisierungsraten	45
		5.2.6	Übrige Einflussfaktoren	45
3 Bedarfsanalyse	11	5.3	Definitionen und Berechnung einzelner Kennzahlen	47
3.1 Inanspruchnahme	11	5.3.1	Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche	47
3.1.1 Hospitalisierungsraten	13	5.3.2	Aufenthaltsdauer	47
3.1.2 Hospitalisierungen nach Altersklassen	15	5.3.3	Standardisierte Hospitalisierungsraten	48
3.1.3 Aufenthaltsdauer	15	5.3.4	Kennzahlen Patientenströme	48
3.2 Versorgungsangebot	16	6	Literaturverzeichnis	50
3.2.1 Fallzahlen und Patientenstruktur	16			
3.2.2 Versorgungsanteile	18			
3.2.3 Abdeckungsgrad der Spitalliste	21			
3.2.4 Mindestfallzahlen	22			
3.3 Patientenströme	25			

Zusammenfassung

Der vorliegende Versorgungsbericht zur stationären Versorgung in der Akutsomatik bildet die Grundlage für die Spitalplanung 2025-2034 des Kantons Solothurn im Bereich Akutsomatik. Der Bericht beinhaltet einerseits eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation (Bedarfsanalyse) sowie die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs (Bedarfsprognose) bis 2034.

Daten und Methoden

Zentrale Grundlage für die Analysen im vorliegenden Versorgungsbericht bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für die Jahre 2019 bis 2023. Die Bedarfsprognose stützt sich ausserdem auf die Bevölkerungsszenarien des BFS sowie diverse Studien und Gutachten, um die Entwicklungen der massgebenden Einflussfaktoren zu quantifizieren.

Prognosemodell

Die Schätzungen des künftigen Leistungsbedarfs basieren auf dem Prognosemodell des Obsan. Das Modell berücksichtigt die massgeblichen demografischen, epidemiologischen, medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen. Um die Bandbreite der möglichen Entwicklungen abzubilden, erfolgt die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs anhand von drei Prognoseszenarien (Basis-, Minimal- und Maximalszenario).

Bedarfsanalyse

Inanspruchnahme und Aufenthaltsdauer

Die rohe Hospitalisierungsrate für Behandlungen in der Akutsomatik stieg zwischen 2019 und 2023 auf 155,5 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (+16,5%). Durch den Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer (-16,2%) ging auch die Anzahl der Pflagetage leicht zurück (-2,5%). Neben dem Basispaket (39,0%) waren die meisten Fälle 2023 im Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB) Bewegungsapparat chirurgisch (16,0%) zu verzeichnen, gefolgt von den SPLB Geburtshilfe (6,3%), Neugeborene (5,8%) und Urologie (5,5%). Zwischen 2019 und 2023 stieg die Gesamtzahl der Fälle von 43 319 auf 44 616 (+3,0%). Die SPLB Nephrologie (+29,1%), Endokrinologie (+26,7%), Viszeralchirurgie (+26,5%) und Gefässe (+26,1%) verzeichneten den grössten Anstieg. Der SPLB Pneumologie weist den stärksten Rückgang auf (-22,4%).

Versorgungsangebot und Versorgungssituation

Der Kanton Solothurn führte 2024 18 Leistungserbringer auf der kantonalen Spitalliste zur Akutsomatik, fünf davon mit Standort

innerhalb des Kantons. Insgesamt belief sich der Abdeckungsgrad der Spitalliste für die ausgewerteten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) im Jahr 2023 auf 69% und somit knapp unter dem Richtwert von 70% gemäss Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Dennoch wurde dieser Richtwert für die Hälfte der SPLG erreicht. Eine geringere Abdeckung ist für alle SPLG im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch auszumachen.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

Etwas mehr als die Hälfte (58,2%) der Solothurner Patientinnen und Patienten werden innerhalb des Kantons behandelt. 18 632 Personen haben sich in einem anderen Kanton behandeln lassen, primär in den Kantonen Bern (35,5%), Aargau (24,2%), Basel-Stadt (19,5%) und Basel-Landschaft (13,5%). Die Abwanderung war 2023 am höchsten in der Neurochirurgie (98,9% aller Solothurner Fälle wurden ausserkantonal behandelt), (Radio-)Onkologie (76,1%) und Ophthalmologie (62,2%). Im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch stieg der Anteil ausserkantonomer Behandlungen zwischen 2019 und 2023 deutlich. Geringer ist das Volumen der Patientenströme ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in den Kanton Solothurn (7410 Fälle). Hierbei sind einzelne Standorte für grenznahe Kantone von besonderer Bedeutung. So waren z.B. 90% der ausserkantonomer Patientinnen und Patienten am Standort Dornach der Solothurner Spitäler (soH) aus dem Kanton Basel-Landschaft.

Bedarfsprognose

Bis 2034 wird im Basisszenario ein Anstieg der Fallzahlen um 7,3% prognostiziert. Im Minimal- bzw. Maximalszenario beträgt die erwartete Veränderung -3,4% bzw. +20,0%. Haupttreiber des Anstiegs ist die demografische Entwicklung, insbesondere das Bevölkerungswachstum und die demografische Alterung. Hingegen wirken die prognostizierte Ambulantisierung und die Angleichung der Hospitalisierungsrate an die Schweizer Rate vor allem im Minimalszenario dem Anstieg entgegen. Das Basisszenario geht für die Mehrheit der SPLB von einer Zunahme des Leistungsbedarfs aus; lediglich in den Bereichen Hals-Nasen-Ohren (-16%), Ophthalmologie (-14%), Gynäkologie (-14%) und Geburtshilfe (-0,2%) wird ein Rückgang prognostiziert. Bezogen auf die Pflagetage sind gemäss der Bedarfsprognose weitgehend dieselben Entwicklungen zu erwarten wie hinsichtlich der Fälle. Allerdings ist das Ausmass der prognostizierten Zunahme für die Pflagetage stärker, da ein stärkerer Anstieg der Fälle in SPLB mit den überdurchschnittlichen Aufenthaltsdauern erwartet wird, was wiederum auf die demografische Alterung zurückzuführen ist.

1 Einleitung

Seit 1996 sind die Kantone gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10 Art. 39) verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung und resultierend eine nach Leistungsaufträgen gegliederte Spitalliste zu erstellen. Im Jahr 2007 wurde eine Teilrevision des KVG verabschiedet, um die Kostenentwicklung zu bremsen und die Finanzierung von der Objekt- auf die leistungsorientierte Subjektfinanzierung umzustellen. Dies erforderte Anpassungen in den kantonalen Spitalplanungen. Der Kanton Solothurn erfüllte diesen Auftrag mit der Spitalliste 2012 (RRB Nr. 2011/2607 vom 13. Dezember 2011). Der vorliegende Bericht bildet die Grundlage für die Spitalplanung 2025-2034 im Bereich der Akutsomatik. Darin enthalten ist die Analyse des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurns sowie die Prognose zum Versorgungsbedarf 2034. Die Analysen basieren vor allem auf Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS).

K 1.1 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlagen Bund:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102

Rechtliche Grundlagen Kanton Solothurn¹:

- Spitalgesetz (SpiG) vom 12. Mai 2004, BGS 817.11 (Stand 1. September 2019)
- Verordnung über die Spitalliste (SpiVO) vom 27. September 2011, BGS 817.116 (Stand 6. Juni 2023)

1.1 Grundlagen

Gestützt auf das KVG sind die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) konkretisiert (vgl. Kasten K 1.1). Auf kantonomer Ebene stellt das Spitalgesetz (SpiG) die wichtigste rechtliche Grundlage im Bereich der Spitalplanung dar (vgl. auch Kasten K 1.1).

¹ Eine Übersicht der Entscheide des BVGer und des BGer im Kontext kantonomer Spitalplanungen und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden (vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de>).

K 1.2 Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) als Sonderregelung

- Gemäss Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG ist im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die IVHSM unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organe fest und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten.
- Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin folgt den Grundsätzen der Bedarfsdeckung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM haben die Kantone Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin vereinbart. Die Entscheide der IVHSM und die vom Beschlussorgan der hochspezialisierten Medizin (HSM) verabschiedete interkantonale Spitalliste für hochspezialisierte Medizin werden auf der Webseite der GDK veröffentlicht (vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin>).

Die Bestimmungen im KVG und in der KVV werden ergänzt durch die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, BGS 812.13, vgl. Kasten K 1.2).

Nebst diesen rechtlichen Grundlagen basiert der vorliegende Bericht auf Empfehlungen der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung (GDK, 2022a) und zur Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik (GDK, 2018). Die GDK stützte sich dabei auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) und des Bundesgerichts (BGer).¹ Diese Empfehlungen sind für die

Kantone nicht verbindlich, fördern aber ein gemeinsames Verständnis der kantonalen Spitalplanung und unterstützen die interkantonale Koordination.

1.1.1 Rahmenbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Mit der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 wurde von der Objektfinanzierung zur leistungsorientierten Subjektfinanzierung gewechselt. So werden seit 2012 alle auf der Spitalliste aufgeführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)-System entschädigt.

Auch das revidierte KVG verpflichtet die Kantone, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen, die Qualität zu fördern und die Kosten zu dämpfen. Somit werden kantonale Spitalplanungen bereits seit 1996 erarbeitet. Änderungen resultieren hauptsächlich aus der Änderung von Art. 39 KVG, der eine Koordination der kantonalen Planungen (Abs. 2) und einheitliche Kriterien für die Spitalplanung unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch den Bundesrat vorschreibt (Abs. 2^{ter}). Diese Kriterien werden in Art. 58b KVV konkretisiert:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien;
- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Um für die Leistungserbringung zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG der kantonalen Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und demgemäss auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. Die Kantone sind somit gemäss Art. 39 KVG indirekt verpflichtet, eine Spitalplanung vorzunehmen.

Die Revision des KVG förderte die freie Spitalwahl sowohl innerhalb als auch außerhalb des Kantons. Listenspitäler sind nun verpflichtet, alle versicherten Personen, die im Standortkanton wohnen, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge aufzunehmen. Mit der Revision wurde zudem die Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern durch eine Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitälern ersetzt. Dies stellt öffentliche und private Trägerschaften in Bezug auf die Finanzierung gleich. Die Leistungen der Listenspitäler werden nach einem dual-fixen Modus finanziert, wobei die Kantone mindestens 55% und die OKP maximal 45% vergüten. Bei den Vertragsspitälern entfällt der kantonale Anteil der Finanzierung.

Durch die Revision sollte mitunter der Wettbewerb verstärkt, jedoch gleichzeitig die Versorgungssicherheit gewährleistet und die hohe Qualität der Leistungserbringung aufrechterhalten werden. In diesem Spannungsfeld kommt der öffentlichen Hand eine

Steuerungsfunktion zu, die massgeblich durch die kantonale Spitalplanung wahrgenommen wird.

1.1.2 Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung

Der Gegenstand der Planung, namentlich die bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, ist in Art. 58a Abs. 1 KVV konkretisiert. Die Planung beinhaltet die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Bewohner der Kantone, die die Planung erstellen. Obwohl die bedarfsgerechte Planung der Pflegeheime erwähnt wird, ist zu beachten, dass die Langzeitpflege nicht Teil der Spitalplanung ist, sondern Gegenstand einer separaten Planung, die hier nicht behandelt wird.

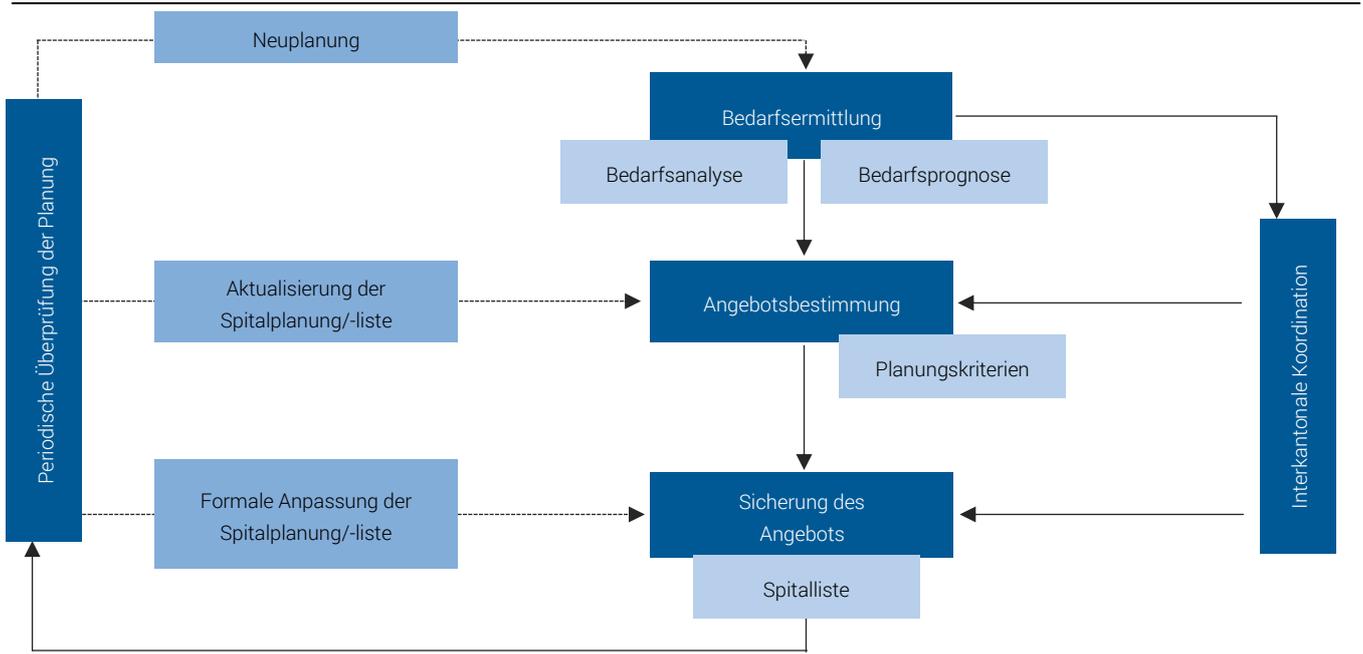
Die Anforderungen zur Art der Planung sind mit Bezug auf Art. 58c KVV je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. Für die Akutsomatik und die Geburtshäuser bedarf es einer leistungsorientierten Planung. In der Psychiatrie und Rehabilitation kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen. Für die Pflegeheime sehen die gesetzlichen Grundlagen eine kapazitätsbezogene Planung vor. In Art. 58b KVV werden die Eckpunkte der kantonalen Planung unter dem Begriff «Versorgungsplanung» subsumiert, unter anderem weil die Bestimmungen nicht nur die Spitalversorgung, sondern – wie oben erwähnt – auch die Behandlung in einem Pflegeheim betreffen. Da sich der vorliegende Bericht aber ausschliesslich auf die stationäre Spitalversorgung beschränkt, wird nachfolgend der Begriff «(kantonale) Spitalplanung» verwendet.

1.2 Prozess der kantonalen Spitalplanung

Gestützt auf die Bestimmungen gemäss KVG und KVV kann der Prozess der kantonalen Spitalplanung – wie in Abbildung G 1.1 idealtypisch dargestellt – zusammengefasst werden. Die Planung lässt sich in drei Phasen unterteilen: (1) die Ermittlung und Bestimmung des Versorgungsbedarfs der Solothurner Bevölkerung (Bedarfsermittlung), (2) die Auswahl des Angebots, das notwendig ist, um diesen Bedarf zu decken (Angebotsbestimmung), und schliesslich (3) die Erstellung der Spitalliste und somit die Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler (Sicherung des Angebots). Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Schritte findet sich in Kapitel 5 des Anhangs.

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die Spitalplanung 2025-2034 im Bereich der Akutsomatik des Kantons Solothurn, mit welcher die Spitalliste Bereich Akutsomatik erstmals seit 2012 grundlegend überarbeitet wird. Der Zweck des Berichts ist es insbesondere, den künftigen Versorgungsbedarf der Solothurner Wohnbevölkerung zu ermitteln. Gleichzeitig sollen dabei die bestehenden Versorgungsstrukturen sowie die interkantonalen Patientenströme und die damit verbundenen Abhängigkeiten mit den Versorgungsstrukturen in anderen Kantonen analysiert werden.

G 1.1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung Obsan basierend auf KVG, KVV sowie GDK (2022a)

© Obsan 2025

2 Daten und Methoden

Dieses Kapitel erläutert die Methodik und Datenquellen für den Versorgungsbericht, einschliesslich des Prognosemodells und der berücksichtigten Faktoren. Details zur Berechnung einzelner Kennzahlen befinden sich im Anhang (siehe Kapitel 5.3.2 bis 5.3.4).

2.1 Datenquellen

Zentrale Datengrundlage für die Analysen zur aktuellen Versorgungssituation sowie als Basis für die Bedarfsprognosen bilden die Daten der MS und der KS des BFS. Zur Berechnung der Hospitalisierungsraten wurden die Bevölkerungsdaten gemäss der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS verwendet. Als Grundlage für die Modellierung der demografischen Entwicklungen wurden die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS verwendet.

2.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Die MS² erfasst jedes Jahr die Daten aller Spitalaufenthalte in den Schweizerischen Krankenhäusern. An der Erhebung nimmt jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik und jedes Geburtshaus teil. Das BFS erhebt sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart, Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

2.1.2 Krankenhausstatistik (KS)

Die KS³ des BFS dient in erster Linie der Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz und gibt Auskunft über die Spitaltypologie. Kombiniert mit der MS ermöglichen die Daten der KS die Zuordnung der Spitalaufenthalte zu einzelnen Spitätern sowie die Abgrenzung der

Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Das genaue Verfahren zur Kategorisierung der Versorgungsbereiche ist in Kapitel 5.3.1 beschrieben.

2.1.3 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die STATPOP⁴ ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres. Anhand der Bevölkerungszahlen gemäss STATPOP werden im vorliegenden Bericht die standardisierten Hospitalisierungsraten im Rahmen der Ist-Analyse sowie Raten pro Alters- und Leistungsgruppe als Grundlage für die Bedarfsprognosen berechnet.

2.1.4 Bevölkerungsszenarien

Hinsichtlich der demografischen Entwicklung stützen sich die Bedarfsprognosen im vorliegenden Bericht auf die kantonalen Bevölkerungsszenarien 2025-2055 des BFS (2025).⁵ Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet, weshalb durch das BFS drei unterschiedliche Bevölkerungsszenarien berechnet werden. Auf der Basis bestimmter Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung, der Binnenwanderung und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts, werden für jedes zukünftige Jahr die Zahl der Geburten, der Todesfälle, der Einbürgerungen sowie des Wanderungssaldos vorausgeschätzt und mit Hilfe der Fortschreibungsmethode (Bevölkerungsbilanz) der prognostizierte jährliche Bevölkerungsstand ermittelt. Das Referenzszenario schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Das «hohe» Szenario beruht auf einer Kombination von Annahmen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen, während das «tiefe» Szenario Annahmen kombiniert, die das Bevölkerungswachstum begrenzen. Mittels der drei Szenarien wird der plausible Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abgedeckt.

² Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ms.html>

³ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ks.html>

⁴ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

⁵ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/kantonale-szenarien.html>

2.1.5 Weitere Datenquellen

Punktuell wurden weitere Datenquellen genutzt. Die kantonale Spitalliste dient als Grundlage für die Klassifikation der Leistungserbringer in Listenspitäler und Nicht-Listenspitäler sowie für die Berechnung des Abdeckungsgrads der Spitalliste. Konkret wurde dazu die «Spitalliste Akutsomatik Kanton Solothurn gültig ab 1. Juli 2024» verwendet.

Für die Annahmen in Bezug auf die Ambulantisierung wurde die Liste des BAG gemäss Anhang 1a Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 1. Januar 2023 benutzt. In Bezug auf die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen stützt sich der vorliegende Versorgungsbericht ausserdem auf die Studien und Gutachten im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) (ISPM, 2009; Hess et al., 2009; Hess et al., 2016; Höglinger et al., 2019; GDZH, 2021).

2.2 Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche

Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf den Versorgungsbereich der Akutsomatik. Die Abgrenzung der Akutsomatik in den Daten der MS erfolgt hauptsächlich über die Hauptkostenstelle, dem angewendeten Abrechnungstarif und die Krankenhaustypologie (BFS, 2006). Im Kapitel 5.3.1 ist das Vorgehen detailliert beschrieben.

Die Analysen im Versorgungsbericht umfassen alle Spitalaufenthalte, unabhängig vom Kostenträger (OKP, Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV), Unfallversicherung (UV), Selbstzahler). Allerdings war bei 94% der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn in der Akutsomatik im Jahr 2023 die OKP Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen.

2.3 Gruppierung der Fälle

Für die Analyse und Prognose des Bedarfs sowie als Grundlage für eine leistungsorientierte Spitalplanung werden die Fälle aus der MS nach Leistungsgruppen gruppiert. Das Ziel von Leistungsgruppen ist es, ähnliche Leistungen zusammenzufassen und so fassbar zu machen. Dabei sollen die organisatorischen Realitäten in den Spitälern und die unterschiedlichen Anforderungen an Infrastrukturen und Personal möglichst adäquat abgebildet werden.

Die Analysen zur Akutsomatik nutzen die Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), entwickelt von der GDZH. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die GDZH unter Beizug von über 100 Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 130 SPLG für die Akutsomatik erarbeitet. Die SPLG können anhand von Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) zusammengefasst werden. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose-(ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) definiert. Zudem sind für jede SPLG spezifische Anforderungen festgelegt, welche die

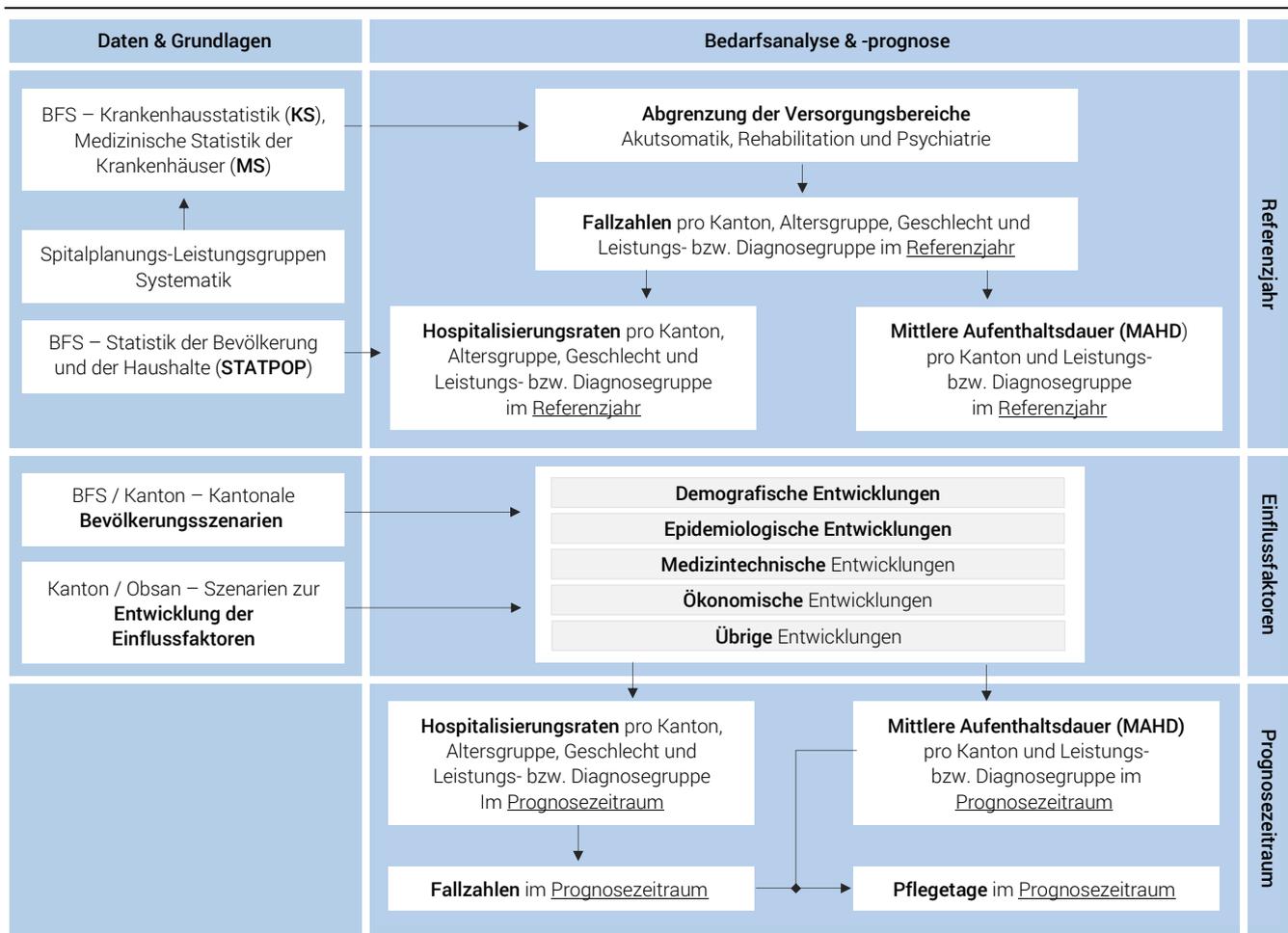
K 2.1 Spitalplanungs-Leistungsbereiche (SPLB) Akutsomatik	
	Basispaket
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Gefässe
	Herz
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
	Thoraxchirurgie
	Transplantationen
Bewegungs-apparat	Bewegungsapparat chirurgisch
	Rheumatologie
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie
	Geburtshilfe
	Neugeborene
Übrige	(Radio-) Onkologie
	Schwere Verletzungen

Quelle: SPLG-spl23 der GDZH (2025)

Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen bestimmen. Diese leistungsgruppenspezifischen Anforderungen betreffen zum Beispiel die notwendigen Fachärzte, die Notfallstation, Mindestfallzahlen etc. Die GDK beurteilt das von der GDZH entwickelte und verwaltete SPLG-Konzept als gutes Instrument und empfiehlt, dieses für die interkantonale Koordination der Spitalplanung zu verwenden. Die SPLG wird jedes Jahr aktualisiert, insbesondere um Änderungen der Behandlungs-codes (CHOP) zu berücksichtigen. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich fand eine vollständige konzeptionelle Überarbeitung statt (SPLG-spl23). Die Leistungsgruppen zwischen dem bisherigen SPLG-Konzept und den SPLG-spl23 sind nur bedingt vergleichbar, die SPLB blieben jedoch grundsätzlich unverändert. Die Interpretation der zeitlichen Entwicklungen auf Ebene SPLB ist somit grundsätzlich über einen längeren Zeitraum möglich.

Für die Analysen im vorliegenden Bericht wurden die Daten 2019 bis 2023 mit dem SPLG-Grouper Version 2024.0.5 und anhand der aktualisierten SPLG-Systematik (SPLG-spl23) gruppiert. Die SPLG lassen sich zu 25 SPLB zusammenfassen (vgl. auch Kasten K 2.1). Die Ergebnisse im vorliegenden Bericht werden nach SPLB dargestellt. Die Ergebnisse nach SPLG werden der Auftraggeberschaft in separaten Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt.

G 2.1 Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs



Quelle: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2025

2.4 Prognosemodell

Im Hinblick auf die Einführung der Spitalfinanzierung 2012 erarbeitete das Obsan ein Modell zur Prognose des stationären Versorgungsbedarfs. Im Obsan-Dossier Nr. 32 (Weaver et al., 2009) findet sich eine ausführliche Dokumentation zum Modell sowie zur zugrundeliegenden Methodik. Beim aktuell verwendeten Modell handelt es sich um eine überarbeitete Version dieses Modells. Abbildung G 2.1 zeigt eine schematische Darstellung des Prognosemodells. Nachfolgend wird primär auf die Prognosetechnik eingegangen. Die massgebenden Einflussfaktoren werden im Anhang in den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.6 erläutert.

Das Vorgehen für die Schätzung des Versorgungsbedarfs lässt sich anhand der folgenden Schritte zusammenfassen:

1. Identifikation der für die Bedarfsprognose relevanten Leistungen: Entscheidend ist hierbei vor allem die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation innerhalb der MS.
2. Berechnung der Fallzahlen pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe im Referenzjahr.
3. Berechnung der Hospitalisierungsraten im Referenzjahr ausgehend von den Fallzahlen pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen.
4. Schätzung der Hospitalisierungsraten im Prognosezeitraum unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
5. Schätzung der Fallzahlen im Prognosezeitraum anhand der Hospitalisierungsraten und der Szenarien zur demografischen Entwicklung.
6. Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) pro Leistungsgruppe im Referenzjahr.
7. Schätzung der MAHD für den Prognosezeitraum unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.

8. Schätzung der Pflagestage im Prognosezeitraum ausgehend von den geschätzten Fallzahlen und der geschätzten MAHD pro Leistungsgruppe.

Aus dem Prognosemodell geht also der geschätzte Leistungsbedarf der Wohnbevölkerung in der Planungsregion im Sinne der erwarteten Anzahl Fälle und der erwarteten Anzahl Pflagestage hervor. Im Gegensatz zur sogenannten Trendfortschreibung oder zu Zeitreihenmodellen, bei denen die Prognose zukünftiger Entwicklungen anhand der beobachteten Trends in der Vergangenheit erfolgt, geht das Prognosemodell des Obsan lediglich vom aktuellsten Datenjahr (Referenzjahr) aus. Trendfortschreibungen erfordern stabile Zeitreihen, was im Kontext der Spitalplanung nicht gegeben ist. Die medizinischen Klassifikationssysteme zur Kodierung der Diagnosen und Behandlungen – namentlich der ICD- und der CHOP-Katalog – werden laufend an veränderte Rahmenbedingungen angepasst. Dementsprechend werden auch die der Planung zugrundeliegenden Leistungsgruppen jährlich aktualisiert. Diese Anpassungen sind essenziell, führen allerdings dazu, dass auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen nicht zwingend stabile Zeitreihen vorliegen. Folglich macht es Sinn, sich bei den Prognosen auf das aktuellste Jahr abzustützen.

Die Prognose von wichtigen Einflussfaktoren für den zukünftigen Bedarf basiert nicht auf vergangenen Trends. Zum Beispiel wäre es nicht sinnvoll, zukünftige medizintechnische Innovationen und deren Auswirkungen auf den Bedarf aus vergangenen Entwicklungen abzuleiten. Im Prognosemodell des Obsan werden lediglich jene Einflussfaktoren und Entwicklungen integriert, für die eine gesicherte empirische Evidenz oder ein breiter Konsens unter Fachpersonen vorliegt. Die Quantifizierbarkeit der prognostizierten Entwicklungen ist eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme in das Prognosemodell. Die einzelnen Einflussfaktoren, welche im Prognosemodell berücksichtigt sind, werden im Anhang (siehe Kapitel 5.2) im Detail beschrieben. Diese Ausführungen beschränken sich nicht ausschliesslich auf den Versorgungsbereich der Akutsomatik, sondern sind allgemein gültige Überlegungen für alle Versorgungsbereiche.

3 Bedarfsanalyse

Kapitel 3 enthält die Bedarfsanalyse der stationären Versorgung in der Akutsomatik für den Kanton Solothurn. Anhand der Daten im Zeitraum von 2019 bis 2023 wird die aktuelle Versorgungssituation sowie der Leistungsbedarf der kantonalen Wohnbevölkerung analysiert. Basierend darauf erfolgt in Kapitel 4 die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Solothurner Wohnbevölkerung.

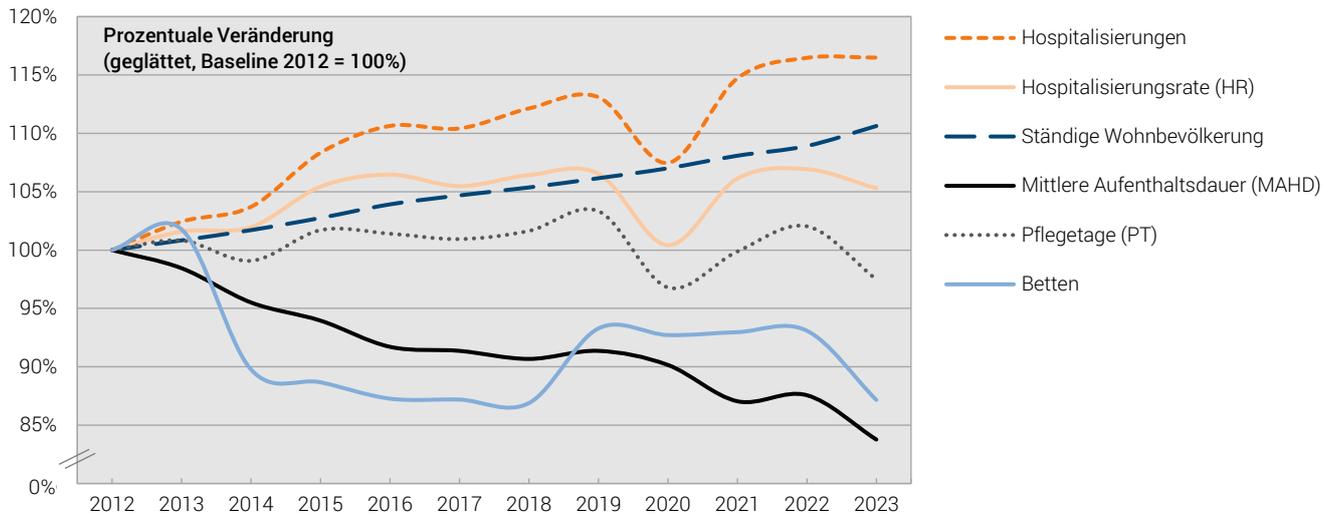
Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Mit Bezug auf diese gesetzlichen Grundlagen werden in diesem Kapitel die Inanspruchnahme (Kapitel 3.1), das Versorgungsangebot (Kapitel 3.2) und die interkantonalen Patientenströme (Kapitel 3.3) analysiert. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und die aktuell für die Akutsomatik gültige Spitalliste des Kantons Solothurns.

3.1 Inanspruchnahme

Die in Abbildung G 3.1 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme von akutstationären Leistungen im Kanton Solothurn. Zwischen 2012 und 2023 stieg die rohe Hospitalisierungsrate für akutsomatische Behandlungen von 147,7 auf 155,5 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (+5,3%). Infolgedessen erhöhte sich auch die absolute Zahl der Hospitalisierungen (+16,5%), und zwar überproportional im Vergleich zum Bevölkerungswachstum (+10,6%) im selben Zeitraum. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) hingegen ging von 5,8 auf 4,9 Tage zurück (-16,2%). Zusammengenommen sank die Anzahl der Pflagestage geringfügig um 2,5% auf 216 283 Tage. Insgesamt sank die Bettenzahl um 12,8 % auf 512 im Jahr 2023.

Abbildung G 3.2 zeigt die Verteilung der Fälle nach Hauptkostenträger für die Jahre 2019 bis 2023. Im Jahr 2023 wurden 94,2% der Hospitalisierungen von Solothurner Patientinnen und Patienten in der Akutsomatik über die Krankenversicherung respektive die OKP finanziert. Bei weiteren 4,4% war die Unfallversicherung der Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen. Die übrigen Kostenträger sind im Versorgungsbereich der stationären Akutsomatik anteilmässig von marginaler Bedeutung.

G 3.1 Globale Indikatoren zur Versorgungssituation im Kanton Solothurn, 2012–2023



	2012	2023	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	259 283	286 844	+27 561	+10,6%	+0,9%
Hospitalisierungen	38 302	44 616	+6 314	+16,5%	+1,4%
Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einw. (HR)	147,7	155,5	+7,8	+5,3%	+0,5%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	5,8	4,9	-0,9	-16,2%	-1,6%
Pflergetage (PT)	221 844	216 283	-5 561	-2,5%	-0,2%
Betten	587	512	-75	-12,8%	-1,2%

Bemerkungen: Die Anzahl Betten entspricht der Bettenbetriebstage im Bereich «Akutpflege und Geburtshaus» gemäss KS dividiert durch 365. Die Ständige Wohnbevölkerung in der STATPOP bezieht sich jeweils auf den 31. Dezember des betreffenden Jahres. CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate. Die Datengrundlage für die Jahre 2012-2019 kann minimal vom Analysedatensatz (2019-2023) dieses Berichts abweichen.

Quelle: BFS – STATPOP, KS, MS

© Obsan 2025

G 3.2 Anzahl Fälle von Solothurner Patientinnen und Patienten nach Hauptkostenträger, 2019–2023



Bemerkung: Die Variable Hauptkostenträger (Variable 0.1.V02 MS) kennzeichnet den Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt.

Quelle: BFS – MS

© Obsan 2025

Fallzahlen

Tabelle T 3.1 zeigt die Entwicklung der Anzahl Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn nach Leistungsbereich (SPLB) im Zeitraum zwischen 2019 und 2023. Der grösste Anteil der Fälle war dem Basispaket (39,0% im Jahr 2023) zuzuschreiben. An zweiter Stelle war die Orthopädie (Bewegungsapparat chirurgisch) mit 16,0% der Behandlungen, gefolgt von den SPLB Geburtshilfe (6,3%), Neugeborene (5,8%), Urologie (5,5%) und Herz (4,8%). Insgesamt stieg die Zahl aller Fälle zwischen 2019 und 2023 von 43 319 auf 44 616 (+3,0%). Die Situation variierte jedoch je nach Leistungsbereich. Der grösste Anstieg innerhalb von fünf Jahren betraf die Bereiche Nephrologie (+29,1%), Endokrinologie (+26,7%), Viszeralchirurgie (+26,5%) und Gefässe (+26,1%). Die stärkste Abnahme war im Bereich Pneumologie (-22,4%) zu verzeichnen, gefolgt von den SPLB Rheumatologie (-17,7%), (Radio-) Onkologie (-17,2%) und Gastroenterologie (-13,0%).

3.1.1 Hospitalisierungsraten

Die standardisierte Hospitalisierungsrate für den Kanton Solothurn (151,5 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) lag 2023 über dem gesamtschweizerischen Referenzwert (140,4). Im schweizerischen Vergleich liegt der Kanton an vierter Stelle (vgl. Abb. G 3.3). Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (vgl. Kapitel 5.3.3), können Ergebnisse verglichen werden, ohne dass sie durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt werden. Sowohl die Hospitalisierungsrate des Kantons Solothurn als auch diejenige der Schweiz sind in den letzten fünf Jahren im Total gesunken, wobei der Rückgang im Kanton Solothurn geringer ausfiel als in der Gesamtschweiz (-1% bzw. -3%).

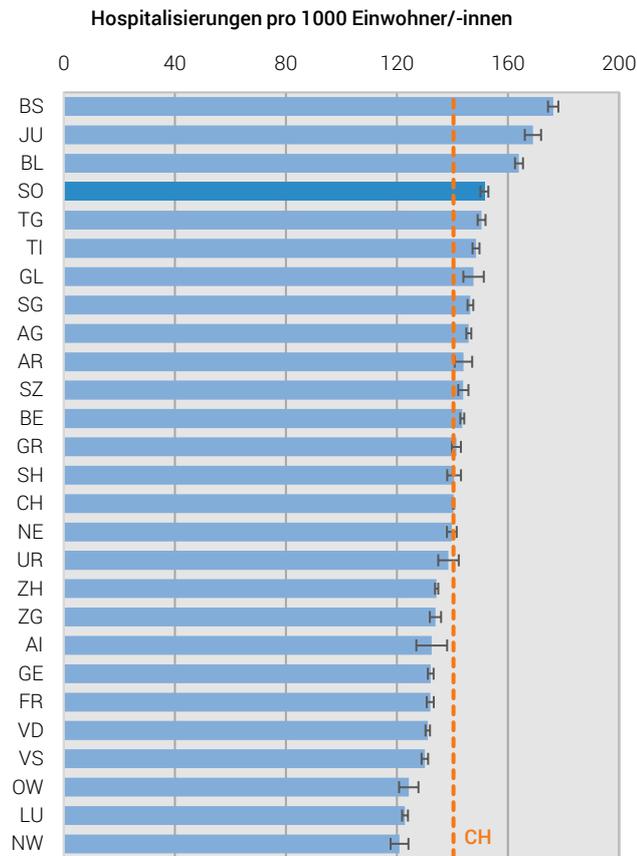
T 3.1 Anzahl Fälle von Solothurner Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich, 2019-2023

Bereich	SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil 2023
	Basispaket	17 350	16 470	17 519	18 143	17 393		+43	+0,2%	39,0%
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	143	150	124	137	145		+2	+1,4%	0,3%
	Hals-Nasen-Ohren	1 750	1 489	1 533	1 671	1 791		+41	+2,3%	4,0%
	Neurochirurgie	242	245	281	257	277		+35	+14,5%	0,6%
	Neurologie	561	541	584	624	619		+58	+10,3%	1,4%
Innere Organe	Ophthalmologie	429	398	400	432	407		-22	-5,1%	0,9%
	Endokrinologie	172	192	202	228	218		+46	+26,7%	0,5%
	Gastroenterologie	1 451	1 417	1 331	1 214	1 262		-189	-13,0%	2,8%
	Viszeralchirurgie	969	1 067	1 041	1 192	1 226		+257	+26,5%	2,7%
	Hämatologie	489	408	432	490	448		-41	-8,4%	1,0%
	Gefässe	610	673	721	765	769		+159	+26,1%	1,7%
	Herz	1 920	1 909	2 006	1 978	2 136		+216	+11,3%	4,8%
	Nephrologie	151	150	147	152	195		+44	+29,1%	0,4%
	Urologie	2 208	2 057	2 398	2 388	2 465		+257	+11,6%	5,5%
	Pneumologie	834	523	595	631	647		-187	-22,4%	1,5%
	Thoraxchirurgie	106	86	78	78	114		+8	+7,5%	0,3%
	Transplantationen	21	18	14	25	22		+1	+4,8%	0,0%
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurg.	6 252	5 912	6 503	6 666	7 119		+867	+13,9%	16,0%
Rheumatologie		158	127	146	150	130		-28	-17,7%	0,3%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 349	1 190	1 253	1 250	1 364		+15	+1,1%	3,1%
	Geburtshilfe	2 980	2 951	3 242	2 978	2 831		-149	-5,0%	6,3%
	Neugeborene	2 663	2 695	2 903	2 633	2 574		-89	-3,3%	5,8%
Übrige	(Radio-) Onkologie	389	375	358	388	322		-67	-17,2%	0,7%
	Schwere Verletzungen	122	118	125	139	142		+20	+16,4%	0,3%
Total		43 319	41 161	43 936	44 609	44 616		+1 297	+3,0%	100,0%

Quelle: BFS – MS, KS | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

G 3.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2023



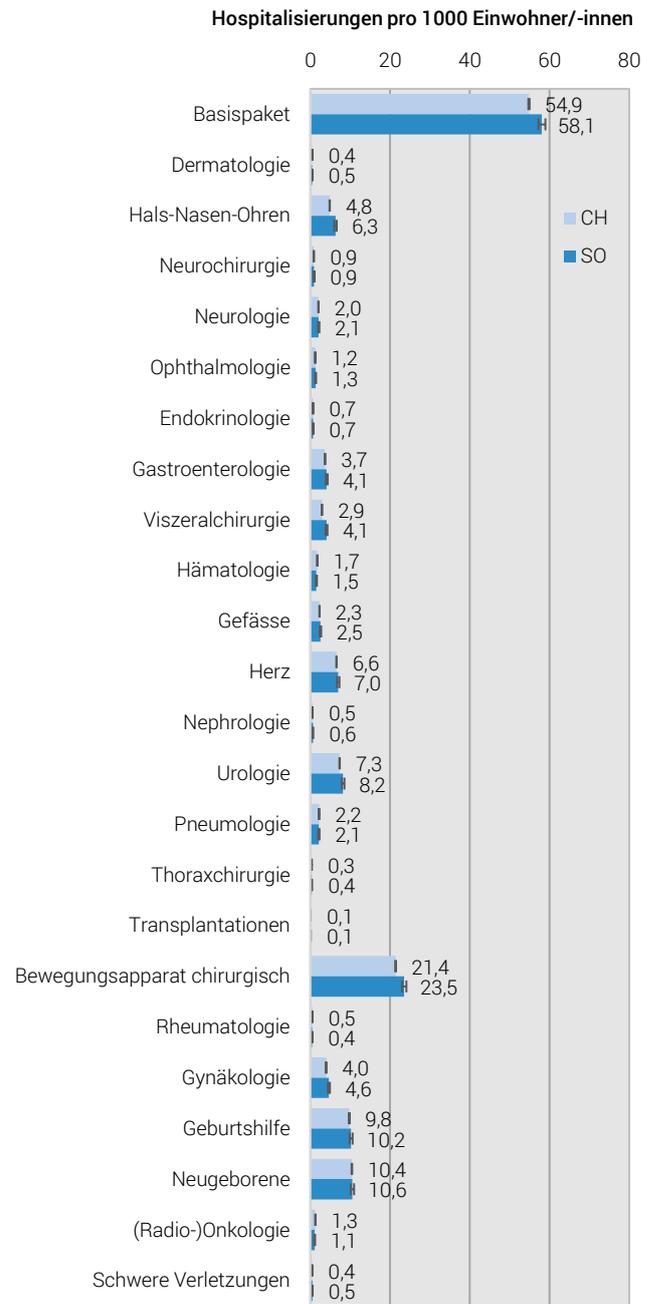
Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/-innen.

Quelle: BFS – MS, STATPOP

© Obsan 2025

Abbildung G 3.4 zeigt die Hospitalisierungsraten pro Leistungsbereich und pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner für den Kanton Solothurn im Vergleich zum Wert für die gesamte Schweiz. Die grössten relativen Unterschiede sind zwischen der Solothurner und der Schweizer Rate in den SPLB Viszeralchirurgie, Hals-Nasen-Ohren, Nephrologie und Gynäkologie zu finden. Da der SPLB Nephrologie aber sehr kleine Hospitalisierungsraten aufweist ist der tatsächliche Unterschied gering.

G 3.4 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Patientenherkunft und Leistungsbereich, 2023



Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/-innen.

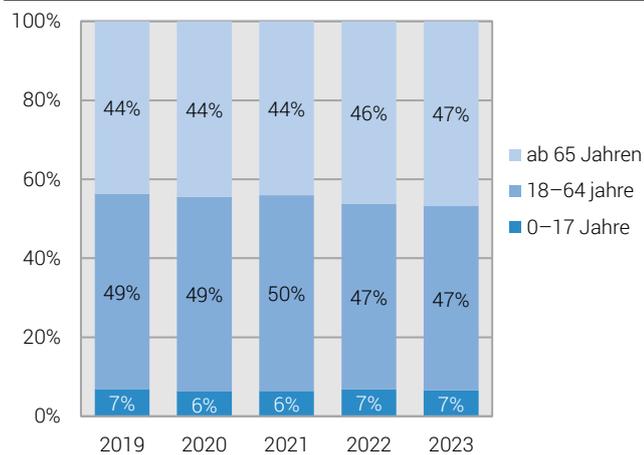
Quelle: BFS – MS, STATPOP | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

3.1.2 Hospitalisierungen nach Altersklassen

Unter den Hospitalisierungen der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn machten Personen der Altersgruppen ab 65 Jahren und Personen im Alter von 18-64 Jahren mit jeweils 47% im Jahr 2023 den grössten Anteil aus (vgl. Abbildung G 3.5). Wobei der Anteil der über 65-Jährigen auf Kosten der 18-64-Jährigen etwas gestiegen ist. Personen unter 18 Jahren machten im Jahr zwischen 2019 und 2023 jeweils lediglich einen Anteil von weniger als 6-7% an den stationären Behandlungen in der Akutsomatik aus. Zum Vergleich: Im Jahr 2023 sind Personen über 65 Jahren im Kanton Solothurn überproportional unter den Fällen vertreten (47% der Fälle bei einem Bevölkerungsanteil von 21%). Die Altersgruppen der unter 18-Jährigen und der 18- bis 64-Jährigen sind hingegen unterproportional vertreten (Bevölkerungsanteile von 17% bzw. 62%) (vgl. G 5.2).

G 3.5 Anzahl Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn nach Altersklasse, 2019–2023



Bemerkungen: Ausschluss der gesunden Neugeborenen anhand der DRG-Codes P66D und P67D.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2025

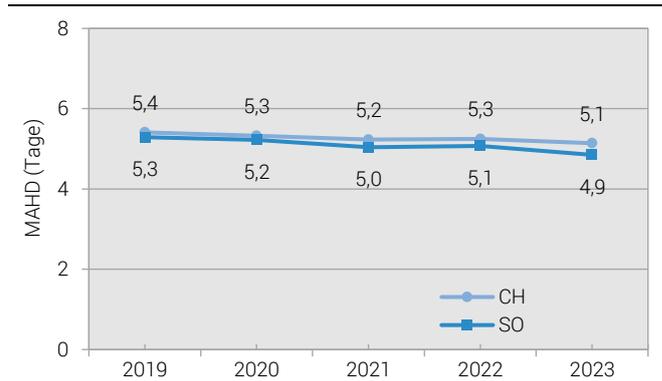
3.1.3 Aufenthaltsdauer

Abbildung G 3.6 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn und der gesamten Schweiz zwischen 2019 und 2023. Die MAHD war im Jahr 2023 im Kanton Solothurn (4,9 Tage) und in der gesamten Schweiz (5,1 Tage) nahezu identisch. Die Aufenthaltsdauer nahm in den letzten fünf Jahren tendenziell ab.

Tabelle T 3.2 zeigt die MAHD von Patientinnen und Patienten im Kanton Solothurn nach Leistungsbereich und im Zeitverlauf. Die längsten Aufenthalte gab es in der SPLB Transplantationen (13,5 Tage im Jahr 2023), wobei es sich um eine SPLB mit sehr geringer Fallzahl (22 im Jahr 2023) handelt, weshalb die Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die SPLB Viszeralchirurgie,

Thoraxchirurgie, Hämatologie, Nephrologie und Schwere Verletzungen weisen alle eine MAHD von über 8 Tagen auf. Die SPLB Hals-Nasen-Ohren, Ophthalmologie und Gynäkologie haben mit weniger als 3 Tagen die kürzeste MAHD. Entsprechend des allgemeinen Trends nahm die MAHD in den meisten SPLB ab. Mit Ausnahme der Transplantationen gab es den stärksten Rückgang in den SPLB Neurochirurgie (-32,8%) und Schwere Verletzungen (-26,2%). Der stärkste Anstieg der MAHD verzeichnete die SPLB Rheumatologie (+14,9%).

G 3.6 Durchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) (Solothurn vs. Schweiz), 2019–2023



Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2025

T 3.2 MAHD von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn nach Leistungsbereich, 2019–2023

Bereich	SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (%)	N 2023	
Nervensystem & Sinnesorgane	Basispaket	4.9	5.0	4.9	4.9	4.9		-1.0%	17'393	
	Dermatologie	5.2	4.9	4.7	6.0	4.0		-23.9%	145	
	Hals-Nasen-Ohren	3.1	3.2	3.1	3.4	2.7		-14.4%	1'791	
	Neurochirurgie	10.5	9.8	7.8	9.2	7.0		-32.8%	277	
	Neurologie	7.0	6.0	6.1	7.8	6.3		-9.4%	619	
	Ophthalmologie	2.5	2.5	2.9	2.1	2.7		+8.8%	407	
Innere Organe	Endokrinologie	8.4	8.7	7.9	7.0	7.2		-14.3%	218	
	Gastroenterologie	7.5	7.1	7.1	7.3	6.8		-8.6%	1'262	
	Viszeralchirurgie	10.6	11.6	10.0	10.1	8.9		-16.2%	1'226	
	Hämatologie	8.3	9.8	9.0	9.4	8.6		+3.9%	448	
	Gefässe	8.3	6.9	7.2	6.7	7.1		-14.2%	769	
	Herz	5.6	5.2	5.0	5.0	4.3		-22.6%	2'136	
	Nephrologie	10.3	10.9	12.3	11.1	8.4		-18.8%	195	
	Urologie	4.3	4.1	4.0	3.7	3.5		-18.5%	2'465	
	Pneumologie	9.2	7.5	8.5	7.5	7.7		-16.1%	647	
	Thoraxchirurgie	9.5	9.7	9.6	11.9	8.8		-6.7%	114	
	Transplantationen	27.9	11.3	13.1	15.2	13.5		-51.6%	22	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	5.8	5.8	5.4	5.3	4.9		-16.8%	7'119
		Rheumatologie	5.4	5.3	5.8	5.2	6.2		+14.9%	130
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	3.2	3.1	3.0	2.9	2.8		-14.2%	1'364	
	Geburtshilfe	3.7	3.5	3.5	3.5	3.7		-0.8%	2'831	
	Neugeborene	4.0	3.7	4.0	3.9	4.0		-1.2%	2'574	
Übrige	(Radio-) Onkologie	7.0	5.9	6.4	6.9	6.8		-3.1%	322	
	Schwere Verletzungen	10.9	10.1	9.2	9.5	8.1		-26.2%	142	
Total		5.3	5.2	5.0	5.1	4.9		-8.3%	44'616	

Quelle: BFS – MS, KS | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

3.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste des Kantons Solothurn für den Bereich der Akutso-matik umfasste im Jahr 2024 insgesamt 18 Leistungserbringer (siehe Tabelle T 3.4). Fünf der Standorte befinden sich im Kanton, die übrigen verteilten sich auf die Kantone Bern (5 Standorte), Basel-Landschaft (3), Basel-Stadt (3) und Aargau (2).

3.2.1 Fallzahlen und Patientenstruktur

Tabelle T 3.4 bietet eine Übersicht zentraler Kennzahlen pro Leistungserbringer. Der anhand der Fallzahlen grösste Leistungserbringer ist das Inselspital Bern mit 48 109 Fällen, wobei allerdings nur 5,2% davon Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn betreffen. Die innerkantonalen Standorte weisen

naturgemäss einen höheren Anteil auf. Im Bürgerspital Solothurn und dem Kantonsspital Olten der Solothurner Spitäler (soH) be-läuft sich der Anteil an Solothurner Patientinnen und Patienten auf 88,3% bzw. 85,5%. Demgegenüber werden im Spital Dornach der soH wie auch in der Pallas Kliniken AG mehrheitlich Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen behandelt.

Der Anteil der durch die OKP abgerechneter Fälle war über alle Leistungserbringer sehr hoch (>80%). Der Anteil der Notfälle bewegt sich zwischen 16% und 71% mit Ausnahme des Standorts Laufen des Kantonsspitals Baselland, der im Jahr 2023 ausschliesslich Notfalleintritte verzeichnet.⁶ Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten lag mit Ausnahme des Universitäts-Kinderspital beider Basel zwischen 50 und 70 Jahren.

⁶ Am Standort Laufen betreibt das Kantonsspital Baselland seit 2020 ein Gesundheitszentrum mit Praxis-Notfallstelle. Nach Abklärungen mit dem Kanton Basel-Landschaft betreffen die 23 Fälle gemäss Tabelle T 3.4 Patientinnen und Patienten, die im Ambulatorium in Laufen aufgenommen und anschliessend an stationäre Standorte des Kantonsspitals Baselland überwiesen wurden. Da der Standort Laufen selbst kein stationäres Angebot umfasst, wird er in den nachfolgenden Tabellen nicht weiter aufgeführt.

Die Zahl der stationären Aufenthalte in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn stieg zwischen 2019 und 2023 um 2% (vgl. Tabelle T 3.3). Die beiden grössten Leistungserbringer, das Bürgerspital Solothurn und das Kantonsspital Olten, verzeichneten im Jahr 2019 ähnliche Fallzahlen (ca. 12 000 – 13 000 Fälle). Bis 2023 nahm die Fallzahl beim Bürgerspital Solothurn jedoch leicht

zu (+5 %), während sie beim Kantonsspital Olten abnahm (-4 %). Das Spital Dornach verzeichnet den grössten Zuwachs (+9%), die Pallas Kliniken AG den stärksten Rückgang (-11%) auf 747 Fälle im Jahr 2023.

T 3.4 Kennzahlen der Listenspitäler gemäss kantonaler Spitalliste, 2023

KT	Spital	Fälle	%SO	%HP/P	%OKP	%Notfälle	Ø PCCL	Ø CMI	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Solothurn mit Standort innerhalb des Kantons									
	Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	14 429	88,3%	19%	96%	58%	1,02	1,04	62,6
	Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	11 959	85,5%	14%	96%	52%	0,84	1,05	59,9
SO	Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	4 371	31,5%	26%	93%	71%	0,87	0,84	68,3
	Privatklinik Obach	1 888	67,5%	26%	88%	0%	0,16	1,09	59,8
	Pallas Kliniken AG	747	48,3%	16%	99%	0%	0,02	0,67	59,3
Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons Solothurn mit Standort ausserhalb des Kantons									
	Inselspital Bern (Insel Gruppe AG)	48 109	5,2%	14%	93%	41%	1,21	1,50	51,9
	Lindenhofspital (Lindenhofgruppe)	19 022	2,5%	20%	97%	26%	0,54	0,98	58,8
BE	Salem-Spital (Hirslanden Bern AG)	8 988	5,9%	24%	92%	16%	0,35	1,02	58,3
	Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)	5 651	5,5%	27%	99%	24%	0,87	1,52	65,3
	Engerriedspital (Lindenhofgruppe)	4 291	6,2%	24%	88%	34%	0,67	0,90	62,9
AG	Kantonsspital Aarau	30 254	8,1%	18%	94%	54%	0,95	1,16	51,6
	Hirslanden Klinik Aarau	11 107	10,2%	35%	97%	24%	0,59	1,20	62,2
	Universitätsspital Basel	39 178	4,8%	20%	94%	47%	1,15	1,33	60,7
BS	St. Claraspital AG	11 836	3,3%	33%	94%	46%	0,96	1,05	67,8
	Universitäts-Kinderspital beider Basel	5 849	7,1%	17%	86%	58%	0,41	1,25	6,5
	Kantonsspital Baselland - Standort Liestal	13 174	7,2%	16%	96%	56%	0,93	0,97	61,5
BL	Kantonsspital Baselland - Standort Bruderholz	8 034	7,0%	24%	91%	71%	1,09	1,18	68,5
	Kantonsspital Baselland - Standort Laufen	23	34,8%	0%	83%	100%	0,09	0,29	49,6

Bemerkungen: Fälle = Anzahl im Spital behandelte Fälle ungeachtet des Wohnkantons der Patient/-innen; %SO = Anteil Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton Solothurn; HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; OKP = Hauptkostenträger ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung; Notfall = Eintrittsart «Notfall»; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level; CMI = Case Mix Index (netto). Im Jahr 2022 wurde die PCCL-Skala von SwissDRG überarbeitet. Für die Variable Alter wurden die gesunden Neugeborenen anhand der DRG-Codes P66D & P67D ausgeschlossen.

Quelle: BFS – MS, KS | Spitalliste Akutsomatik Kanton Solothurn vom 01.07.2024

© Obsan 2025

T 3.3 Anzahl Fälle der Listenspitäler mit Standort innerhalb des Kantons Solothurn, 2023

KT	Spital	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (n)	Δ (%)
	Pallas Kliniken AG	844	858	792	852	747		-97	-11%
	Privatklinik Obach	1 793	1 857	1 774	1 828	1 888		95	5%
SO	Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	13 748	13 242	14 057	14 250	14 429		681	5%
	Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	12 470	11 399	12 125	11 798	11 959		-511	-4%
	Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	4 018	3 963	4 329	4 611	4 371		353	9%
Total		32 873	31 319	33 077	33 339	33 394		521	2%

Quelle: BFS – MS, KS | Spitalliste Akutsomatik Kanton Solothurn vom 01.07.2024

© Obsan 2025

3.2.2 Versorgungsanteile

Dieses Kapitel beschreibt für jeden SPLB die Versorgungsanteile gemessen am Anteil der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn. Sie zeigen also, welchen Anteil der Versorgung der Solothurner Wohnbevölkerung von Leistungserbringern gemäss Spitalliste erbracht wird, oder in anderen Worten beschreibt der Versorgungsanteil die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung.

Gleichzeitig sind auch die Leistungsspektren und Schwerpunkte der Leistungserbringer ersichtlich.

In Tabelle T 3.5 werden die Versorgungsanteile nach Status des Spitals dargestellt, wobei unterschieden wird zwischen:

- Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status A)
- Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status B)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort im Kanton (Status C, davon existieren im Kanton Solothurn keine)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons (Status D)

T 3.5 Versorgungsanteile nach SPLB und Status des Leistungserbringers gemäss Spitalliste, 2023

Bereich	SPLB	Versorgungsanteile (%)								Veränderung			
		2019				2023				in Prozentpunkten			
		Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D
	Basispaket	68%	21%		10%	69%	20%		11%	+0	-1		+1
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	38%	48%		15%	50%	41%		9%	+12			
	Hals-Nasen-Ohren	59%	33%		8%	58%	32%		10%		-1		+2
	Neurochirurgie	4%	92%		4%	1%	92%		7%				
	Neurologie	52%	33%		14%	49%	34%		17%	-4			+3
	Ophthalmologie	46%	36%		18%	38%	37%		25%	-8			+7
Innere Organe	Endokrinologie	55%	32%		13%	65%	28%		8%	+9			
	Gastroenterologie	78%	17%		5%	76%	17%		7%	-2			+2
	Viszeralchirurgie	47%	46%		7%	62%	32%		6%	+16	-14		-1
	Hämatologie	42%	54%		4%	46%	50%		4%	+4	-5		
	Gefässe	36%	59%		5%	52%	43%		6%	+15	-16		
	Herz	40%	56%		4%	42%	55%		3%	+2	-1		-1
	Nephrologie	69%	27%		4%	81%	16%		3%	+12	-11		
	Urologie	65%	27%		8%	63%	28%		8%	-2	+2		
	Pneumologie	61%	27%		12%	61%	28%		11%		+1		-1
	Thoraxchirurgie	52%	45%		3%	58%	38%		4%				
	Transplantationen		86%		14%		91%		9%				
Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	53%	22%		24%	44%	23%		33%	-10	+1		+9
	Rheumatologie	65%	25%		11%	54%	27%		19%	-11			+8
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	48%	36%		16%	52%	32%		16%	+4	-5		
	Geburtshilfe	56%	24%		20%	54%	24%		22%	-2			+2
	Neugeborene	55%	25%		21%	52%	26%		22%	-2	+1		+1
Übrige	(Radio-) Onkologie	39%	59%		2%	24%	69%		7%	-15	+10		+5
	Schwere Verletzungen	43%	52%		5%	46%	40%		13%		-11		+8
Total		60%	27%		13%	58%	27%		15%	-1	-1		+2

Bemerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspitäler mit Standort innerhalb der Analyseregion; B = Listenspitäler mit Standort ausserhalb der Analyseregion; C = Nicht-Listenspitäler innerhalb der Analyseregion; D1 = Nicht-Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion. Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle am Total der Hospitalisierungen von Patient/-innen aus dem Analysekanon. Die Spalten ganz rechts zeigen die Veränderung des Versorgungsanteils in Prozentpunkten (pp.). Ausgewiesen sind nur relevante Veränderungen, namentlich Veränderungen der Versorgungsanteile, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Als Listenspitäler werden dabei Leistungserbringer bezeichnet, die über einen Leistungsauftrag des Kantons Solothurn für mindestens eine SPLG verfügen. Über alle SPLB verzeichneten die Listenspitäler mit Standort im Kanton einen Versorgungsanteil von mehr als 58% im Jahr 2023, wobei die Spannweite von 1% (Neurochirurgie) zu 81% (Nephrologie) gross ist. Die Versorgungsanteile der ausserkantonalen Listenspitäler lag zwischen 2019 und 2023 konstant bei 27%, wobei auch hier die Spannweite in Ergänzung zu den innerkantonalen Leistungserbringern gross ist (16% in der Nephrologie zu 92% in der Neurochirurgie). Generell gab es zwischen 2019 und 2023 Verschiebungen zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Listenspitälern, z.B. in der Viszeralchirurgie, der Hämatologie, Gefässe, Nephrologie, Urologie, Gynäkologie und (Radio-) Onkologie. In gewissen SPLB gab es jedoch auch Verschiebungen der Versorgungsanteile von Listenspitälern zu Nicht-Listenspitälern, wie in der Neurologie, Ophthalmologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie und Schwere Verletzungen. Der SPLB Schwere Verletzungen ist teilweise über die HSM geregelt (vgl. auch Kasten K 1.2), was Verschiebungen zu Leistungserbringern ausserhalb der kantonalen Spitalliste erklären kann.

Tabelle T 3.6 zeigt die Versorgungsanteile der einzelnen Leistungserbringer auf der Spitalliste des Kanton Solothurn. Die beiden grossen innerkantonalen Standorte der soH – Bürgerspitäler Solothurn und Kantonsspital Olten – weisen über fast alle SPLB die höchsten Versorgungsanteile auf (in der Summe 29% bzw. 23%). Die Pallas Kliniken AG ist vor allem in der Ophthalmologie von Bedeutung mit dem höchsten Versorgungsanteil von 38%. Die Privatklinik Obach weist im Bewegungsapparat chirurgisch mit 13% relative hohe Versorgungsanteile auf, übertroffen nur von der soH – Kantonsspital Olten (17%). Ausserkantonale Listenspitäler sind vor allem in einzelnen SPLB von wichtiger Bedeutung: Das Inselspital Bern verfügt über einen Versorgungsanteil von 45% in der Neurochirurgie und 41% in den Transplantationen. Das Universitätsspital Basel hat weitere 50% Versorgungsanteile in den Transplantationen. Hierbei sei wiederum erwähnt, dass es sich bei den Transplantationen um einen kleinen SPLB handelt, die mehrheitlich über die IVHSM geregelt wird. Nicht Listenspitäler haben vor allem in den SPLB Bewegungsapparat chirurgisch (33%), Ophthalmologie (25%), Geburtshilfe und Neugeborene (je 22%) grössere Versorgungsanteile.

T 3.6 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich und Leistungserbringer, 2023

Bereich	SPLB	Kantonale Listenspitäler						Ausserkantonale Listenspitäler												Übrige Spitäler	Total
		Pallas Kliniken AG	Privatklinik Obach	Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	Engeriedspital (Lindenhof-gruppe)	Hirslanden Klinik Aarau	Inselspital Bern (Insel Gruppe AG)	Kantonsspital Aarau	Kantonsspital Baselland - Standort Bruderholz	Kantonsspital Baselland - Standort Liestal	Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)	Lindenhofspital (Lindenhof-gruppe)	Salem-Spital (Hirslanden Bern AG)	St. Claraspital AG	Universitäts-Kinderspital bei der Basel	Universitätsspital Basel			
Nervensystem & Sinnesorgane	Basispaket	0%	1%	35%	27%	6%	0%	2%	3%	5%	2%	2%	0%	0%	0%	1%	1%	3%	11%	17 393	
	Dermatologie	.	1%	30%	17%	2%	.	.	19%	10%	.	1%	.	.	.	1%	1%	10%	9%	145	
	Hals-Nasen-Ohren	6%	2%	32%	17%	1%	.	1%	10%	7%	2%	4%	0%	0%	0%	1%	2%	5%	10%	1 791	
	Neurochirurgie	.	0%	.	1%	.	.	3%	45%	26%	.	1%	.	0%	.	.	1%	15%	7%	277	
	Neurologie	.	.	35%	13%	0%	.	0%	8%	11%	1%	1%	.	.	.	.	3%	10%	17%	619
Innere Organe	Ophthalmologie	38%	.	.	.	.	1%	.	26%	8%	.	0%	.	0%	.	.	1%	0%	25%	407
	Endokrinologie	.	.	29%	30%	6%	.	.	6%	6%	3%	2%	.	0%	.	1%	2%	7%	8%	218	
	Gastroenterologie	.	.	42%	29%	5%	.	1%	1%	2%	2%	3%	1%	0%	.	2%	0%	3%	7%	1 262	
	Viszeralchirurgie	.	0%	34%	26%	3%	0%	1%	5%	4%	0%	3%	10%	2%	.	3%	0%	4%	6%	1 226	
	Hämatologie	.	.	31%	14%	1%	0%	2%	15%	12%	1%	3%	1%	1%	.	6%	0%	8%	4%	448	
	Gefässe	.	.	41%	10%	0%	0%	7%	11%	4%	1%	4%	1%	9%	0%	0%	.	5%	6%	769	
	Herz	.	.	35%	7%	0%	0%	6%	18%	3%	0%	3%	5%	1%	.	2%	.	17%	3%	2 136	
	Nephrologie	.	.	57%	23%	1%	.	1%	4%	5%	2%	4%	.	.	.	.	.	2%	3%	195
	Urologie	3%	6%	15%	38%	2%	0%	3%	4%	4%	0%	5%	0%	3%	1%	2%	0%	5%	8%	2 465	
	Pneumologie	.	.	32%	26%	4%	.	0%	6%	5%	2%	2%	.	0%	.	2%	0%	11%	11%	647	
	Thoraxchirurgie	.	.	32%	25%	.	.	.	11%	2%	.	3%	10%	.	.	2%	3%	9%	4%	114	
	Transplantationen	41%	50%	9%	22
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	0%	13%	11%	17%	3%	2%	4%	2%	3%	2%	1%	0%	1%	6%	0%	1%	2%	33%	7 119
Rheumatologie		.	2%	22%	23%	7%	.	2%	12%	6%	3%	1%	.	.	.	.	2%	2%	19%	130
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	0%	2%	28%	22%	0%	5%	4%	5%	8%	.	1%	0%	2%	2%	2%	0%	3%	16%	1 364	
	Geburtshilfe	.	.	30%	24%	.	.	4%	5%	8%	.	1%	.	1%	1%	.	.	4%	22%	2 831	
	Neugeborene	.	.	30%	23%	.	.	4%	6%	9%	.	1%	.	1%	1%	.	1%	3%	22%	2 574	
Übrige	(Radio-) Onkologie	.	.	13%	11%	0%	.	5%	20%	5%	.	0%	0%	.	19%	2%	18%	7%	322		
	Schwere Verletzungen	.	.	26%	18%	2%	.	.	18%	13%	1%	1%	.	1%	.	.	1%	6%	13%	142	
Total		1%	3%	29%	23%	3%	1%	3%	6%	6%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	4%	15%	44 616	

Bemerkung: Der Versorgungsanteil beziffert den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im planenden Kanton.

3.2.3 Abdeckungsgrad der Spitalliste

Der Abdeckungsgrad gibt Auskunft über den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn, die in einer Klinik behandelt wurden, die über einen Leistungsauftrag des Kantons in der betreffenden Leistungsgruppe verfügt. Gemäss den Empfehlungen der GDK ist eine Spitalplanung dann bedarfsgerecht, wenn einerseits in jeder Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben ist, d.h. alle relevanten Versorgungsleistungen von der Spitalliste abgedeckt sind. Andererseits ist eine Spitalplanung bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte

Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird. Da eine hundertprozentige Bedarfsdeckung unrealistisch ist, sollen die Leistungsaufträge der Spitalliste dazu in jeder Leistungsgruppe 70% (respektive 80% bei grossen Kantonen) der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abdecken (vgl. GDK, 2022a).

Tabelle T 3.7 zeigt den Abdeckungsgrad der Solothurner Spitalliste im Bereich der Akutsomatik nach SPLB und SPLG. SPLG mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn sind nicht aufgeführt. Insgesamt belief sich der Abdeckungsgrad der ausgewerteten SPLG im Jahr 2023 auf 69%. Für die Hälfte dieser SPLG beläuft sich der Abdeckungsgrad der Spitalliste auf 70% oder mehr. Es fällt auf,

T 3.7 Abdeckungsgrad der kantonalen Spitalliste nach Leistungsbereich, 2023

SPLB	SPLG	Fälle SO	%ADG	SPLB	SPLG	Fälle SO	%ADG	
Basispaket	BP	17 393	74%	Herz	KAR2	531	92%	
Dermatologie	DER1	76	72%		KAR3	1 000	77%	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	634	73%		KAR3.1.1	128	84%	
	HNO1.1	236	68%	Nephrologie	NEP1	195	87%	
	HNO1.2	534	78%	Urologie	URO1	1 985	73%	
	HNO1.3	75	64%			URO1.1	225	52%
	HNO2	213	71%			URO1.1.1	128	61%
		KIE1	58	22%	Pneumologie	PNE1	584	77%
Neurochirurgie	NCH1	192	91%	Thoraxchirurgie	THO1.1	65	60%	
Neurologie	NEU1	215	76%	Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	1 419	57%	
	NEU2	59	78%			BEW2	428	53%
	NEU3	146	62%			BEW3	337	52%
	NEU4	63	78%			BEW5	658	36%
Ophthalmologie	AUG1	60	82%			BEW6	622	39%
	AUG1.3	117	62%			BEW7	128	40%
	AUG1.5	176	26%			BEW7.1	903	60%
Endokrinologie	END1	218	72%			BEW7.1.1	98	64%
Gastroenterologie	GAE1	1 079	82%			BEW7.2	954	58%
	GAE1.1	183	81%			BEW7.2.1	70	49%
Viszeralchirurgie	VIS1	886	75%		BEW8	1 152	61%	
	VIS1.4	162	75%		BEW8.1	268	26%	
Hämatologie	HAE1	72	92%	Rheumatologie	RHE1	106	62%	
	HAE2	280	68%	Gynäkologie	GYN1	992	53%	
	HAE3	51	80%			GYN2	295	59%
					GYNT	66	76%	
Gefässe	ANG1	200	71%	Geburtshilfe	GEB1	2 779	68%	
	GEF1	121	74%	Neugeborene	NEO1	2 356	67%	
	GEF3	61	89%			NEO1.1	76	71%
	GEFA	241	63%			NEO1.1.1	123	98%
		RAD1	94	59%	(Radio-)Onkologie	ONK1	148	68%
Herz	HER1.1.1	60	83%		RAO1	126	71%	
	HER1.1.4	63	71%	Total		43 204	69%	
	KAR1	241	90%					

Bemerkung: Der Abdeckungsgrad gibt den Anteil der Fälle an, die in einem Spital hospitalisiert wurden, das in der betreffenden SPLG über einen Leistungsauftrag des analysierten Kantons verfügt. Farblich hervorgehoben sind SPLG mit einem Abdeckungsgrad unter 70%. Die ausgewiesenen Abdeckungsgrade in den SPLB GEB und NEO sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die standardmässige SPLG-Gruppierung keine Unterscheidung der spezifischen Leistungsaufträge für Geburtshäuser ermöglicht. SPLG mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem planenden Kanton sind nicht aufgeführt Ebenfalls im Abdeckungsgrad nicht einbezogen wurden SPLG, welche durch die IVHSM geregelt sind. Infolgedessen kann das Total in dieser Tabelle vom Total in anderen Auswertungen abweichen.

dass im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch im Jahr 2023 keine SPLG einen Abdeckungsgrad von 70% erreicht. Generell liegt der Abdeckungsgrad der meisten SPLG, welche unter 70% sind, im Bereich von 50-60%. Nur einzelne SPLG weisen deutlich tiefere Werte auf: Die SPLG KIE1 (22%), AUG1.5 (26%), BEW5 (36%), BEW6 (39%) und BEW8.1 (26%).

3.2.4 Mindestfallzahlen

Gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV berücksichtigen die Kantone bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität unter anderem die Mindestfallzahl (MFZ) der Spitalbehandlungen. Im Rahmen ihrer Spitalplanung legte die GDZH im Jahr 2012 erstmals MFZ für eine Auswahl von SPLG fest (GDZH, 2011). Eine Analyse der GDZH zeigt insgesamt einen positiven Effekt der MFZ auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (GDZH, 2016).

Tabellen T 3.8 und T 3.9 zeigen die von der GDZH definierten MFZ für 30 SPLG gemäss der SPLG-Systematik, die als Grundlage für die Spitalplanung 2023 der GDZH diente. Diese Zahl liegt je nach Leistungsgruppe zwischen 10 und 500⁷. Leistungserbringer, die über einen Leistungsauftrag im Kanton Solothurn verfügen, sind farblich markiert: Blau, wenn die Fallzahlen in der entsprechenden SPLG über den von der GDZH definierten MFZ liegen, und orange, wenn die Fallzahlen unterhalb der MFZ liegen.

Bei der Interpretation sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Mindestfallzahl-Zählweise unterscheidet sich von der Zählweise der Anzahl Fälle, weil Mehrfachbehandlungen am gleichen Patienten einzeln gezählt werden. Das bedeutet, dass ein Fall in mehreren SPLG MFZ-relevant sein kann.
- Als Referenz werden nachfolgend die von der GDZH definierten MFZ verwendet. Diese entsprechen nicht notwendigerweise den MFZ, die im Kanton Solothurn für die Erteilung von Leistungsaufträgen massgebend für die neue Planung sein werden.
- Fallzahlen unterhalb der gemäss SPLG-Systematik festgelegten MFZ sind nicht zwingend Grund für eine Sanktion (GDK, 2022a). Die Analyse der MFZ, zusammen mit den Ergebnissen von Qualitätsmessungen, sind ein Indikator für die bestehende Expertise in einem Spital. Dementsprechend stützen sich in der Regel Mindestfallzahlen auf die erbrachten Leistungen. Sie stellen hingegen keine Auflage für die zu erbringende Anzahl Fälle dar.
- Bei Standorten mit nur einzelnen Fällen ist ausserdem zu beachten, dass für die Kodierung in der MS der Standort der Entlassung aus dem Krankenhaus ausschlaggebend ist. Dies ist nicht notwendigerweise der Ort, an dem alle Eingriffe während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

⁷ Aufgrund der deutlich geringeren Fallzahlen wird bei Kinderspitälern auf die Anwendung von MFZ verzichtet.

T 3.8 Fallzahlen in SPLG mit Mindestfallzahlen (MFZ) nach Leistungserbringer, 2023 (Tabelle Teil 1)

SPLG		MFZ GDZH	Kantonale Listenspitäler					Ausserkantonale Listenspitäler												
			Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	Privatlinik Obach	Pallas Kliniken AG	Inselspital Bern (Insel Gruppe AG)	Lindenhofspital (Lindenhof- gruppe)	Salem-Spital (Hirslanden Bern AG)	Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)	Engeriedspital (Lindenhof- gruppe)	Kantonsspital Aarau	Hirslanden Klinik Aarau	Universitätsspital Basel	St. Claraspital AG	Universitäts-Kinderspital bei- des Basel	Kantonsspital Baselland - Standort Liestal	Kantonsspital Baselland - Standort Bruderholz	
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10	16						213					37	53					
BEW10	Plexuschirurgie	10		1					23			1		6	13				1	
BEW7.1	Erstprothese Hüfte	50	180	174	64	247			133	281	380	4	1	150	291	60		2	225	
BEW7.2	Erstprothese Knie	50	112	172	70	334			56	230	487	1		122	329	12		2	140	
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	100	88	388	23				973	873	1183		17	617	834	800		75	6	181
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	20	1	65					350	126	232		5	131	40	168		83	3	57
BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	15		1					130	14	4		1	40	13	38		80		1
BEW9	Maligne Knochentumore	10							16			1		4		5		11		1
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	15	10	1				169	6	1	1		54	7	106	4		2	1
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	109	20	2				421	178	5	78		208	17	325	2	2	98	9
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10	45	1					102	26		13		29		87			9	1
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	20	70	5					545	186	6	74	3	95	175	258	17		55	14
GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	100	118	51	1				129	192	163		159	174	165	236	115		53	
GYNT	Gynäkologische Tumore	20	21	11					192	84	5	5	1	98	8	91	55	1		30
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10							111					51		122		11		2
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10							123					46		36				
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100							381			199			175	200				
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10							37										1	
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	10	94	57	17				257	53		68		185	25	93	157	3	74	4
KAR1	Kardiologie und Devices	50	133	82	2				1115	89	2	510	3	279	221	732	129		75	14
KAR2	Elektrophysiologie und CRT	100	275	3					1576	1		478		270	291	1178	20	1		5

SPLG		MFZ GDZH	Kantonale Listenspitäler					Ausserkantonale Listenspitäler											
			Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	Privatlinik Obach	Pallas Kliniken AG	Inselspital Bern (Insel Gruppe AG)	Lindenhofspital (Lindenhof- gruppe)	Salem-Spital (Hirslanden Bern AG)	Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)	Engeriedspital (Lindenhof- gruppe)	Kantonsspital Aarau	Hirslanden Klinik Aarau	Universitätsspital Basel	St. Claraspital AG	Universitäts-Kinderspital bei- des Basel	Kantonsspital Baselland - Standort Liestal	Kantonsspital Baselland - Standort Bruderholz
KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	500	487	101	7			3305	1015	6	934	5	1066	970	2147	374		533	21
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	10	15	1				287	2		23		24	48	94				
KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	75						727			93		31	207	303	1		1	2
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10						90	8			2	17	2	114		5	1	1
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	34	13	1			39					29		21		48		
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10						70					1		26				
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	30	22	20				101	37		77		105	1	128	54		31	
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10		41				24	210	206	24		180	69	104	94			54
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10		23				32	40	3	29		33	5	34	33	1	20	
CH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10						90	8			2	17	2	114		5	1	1
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	34	13	1			39					29		21		48		
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10						70					1		26				
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	30	22	20	0			101	37		77		105	1	128	54	0	31	0
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	0	41	0			24	210	206	24		180	69	104	94		54	0
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere	10	0	23	0			32	40	3	29		33	5	34	33	1	20	0

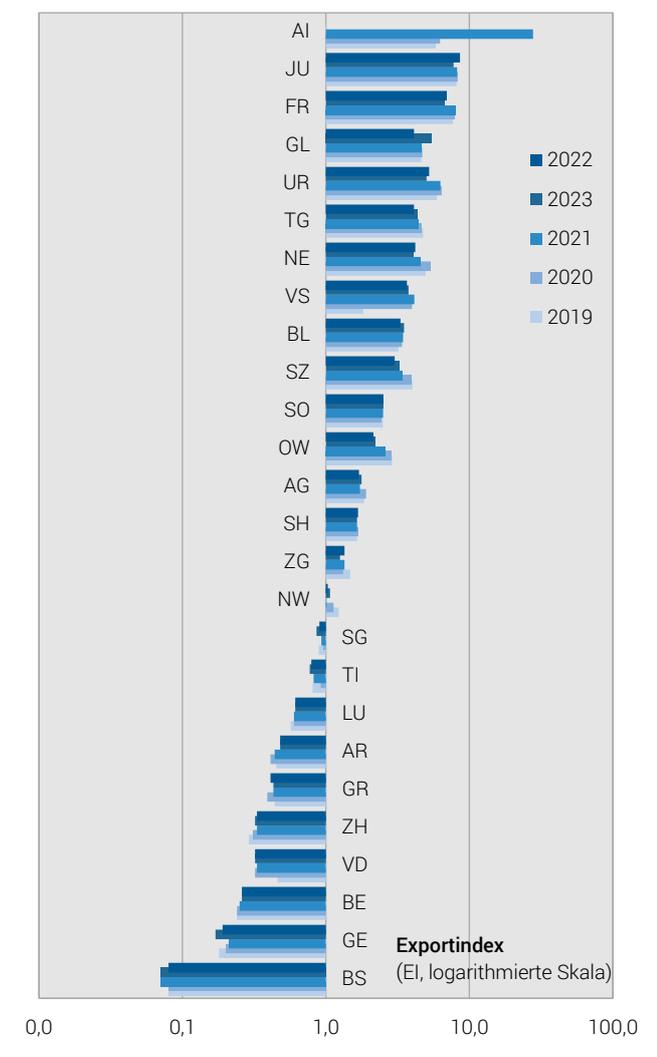
Bemerkungen: Dargestellt sind lediglich jene SPLG, für jene im betreffenden Datenjahr eine Mindestfallzahl gemäss gültiger SPLG-Systematik definiert war. Ebenso beschränkt sich die Darstellung auf jenes Spital (-standorte), die einerseits gemäss Spitalliste über einen Leistungsauftrag in der Analyseregion verfügen, und andererseits Leistungen innerhalb der relevanten SPLG erbringen.

Legende: = Fallzahl ≥ MFZ & Spital verfügt über einen Leistungsauftrag des Kantons
 = Fallzahl < MFZ & Spital verfügt über einen Leistungsauftrag des Kantons

3.3 Patientenströme

Um den Koordinationsbedarf zwischen den Kantonen zu erfassen ist es wichtig, die Patientenströme zu analysieren. Tabelle T 3.9 gibt eine Übersicht zu den Patientenströmen im Bereich der stationären Akutsomatik anhand der in Kapitel 5.3.4 definierten Indikatoren. Die Zuwanderung mit 7410 ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist weniger als halb so gross wie die Abwanderung von Solothurner Patientinnen und Patienten zu Leistungserbringern in andere Kantone (18 632 Fälle). Dies wird auch von der Nettowanderung und dem Exportindex abgebildet, worin der Kanton Solothurn im Netto ein «Exportkanton» ist. Somit werden auch nur rund 60% der im Kanton Solothurn wohnhaften Bevölkerung im Kanton behandelt (Lokalisationsindex (LI) 58,2%). Abbildung G 3.7 zeigt den Exportindex nach Kanton, sowie dessen zeitliche Entwicklung. Das Verhältnis von Abwanderung zu Zuwanderung blieb über die letzten fünf Jahre nahezu konstant.

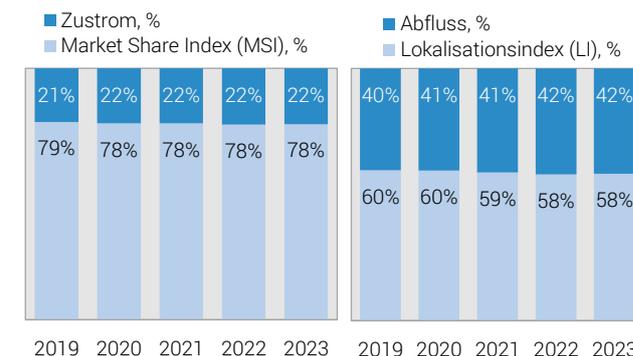
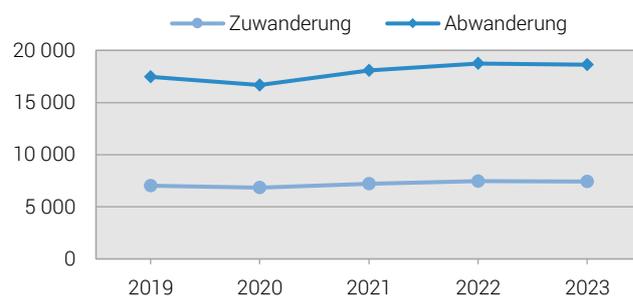
G 3.7 Exportindex nach Kanton, 2023



Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2025

T 3.9 Indikatoren zu den Patientenströmen für den Kanton Solothurn, 2023

Bereich	Indikator	2023
Import	Zuwanderung	7 410
	Zustrom, %	22,2%
Export	Abwanderung	18 632
	Abfluss, %	41,8%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI), %	58,2%
	Market Share Index (MSI), %	77,8%
	Nettowanderung	-11 222
	Exportindex (EI)	2,51



Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2025

3.3.1 Zuwanderung und Zustrom

In Tabelle T 3.10 sind die absolute Anzahl (Zuwanderung) und der relative Anteil (Zustrom) ausserkantionaler Patientinnen und Patienten dargestellt. Die meisten zugewanderten Patientinnen und Patienten stammten aus den umliegenden Kantonen, insbesondere aus den Kantonen Basel-Landschaft (2985 Fälle im Jahr 2023; 40,3% des Zustroms), Bern (1931 Fälle, 26,1%) und Aargau (1521 Fälle, 20,5%). Vor allem aus dem Kanton Bern hat die Zuwanderung seit 2019 stärker zugenommen (+184 Fälle, +11%). Patientinnen und Patienten aus dem Ausland machen zwar lediglich 4% des Zustroms aus, die Zuwanderung ist aber zwischen 2019 und 2023 um 17% gestiegen. Auch aus anderen Kantonen hat sich die Anzahl der zugewanderten Fälle prozentual stark verändert, z.B. aus dem Kanton Schwyz (+73%), Waadt (+60%) und Jura (-44%). Jedoch machen diese jeweils nicht einmal 1% des gesamten Zustroms aus.

T 3.10 Zuwanderung im Kanton Solothurn nach Patientenherkunft, 2019-2023

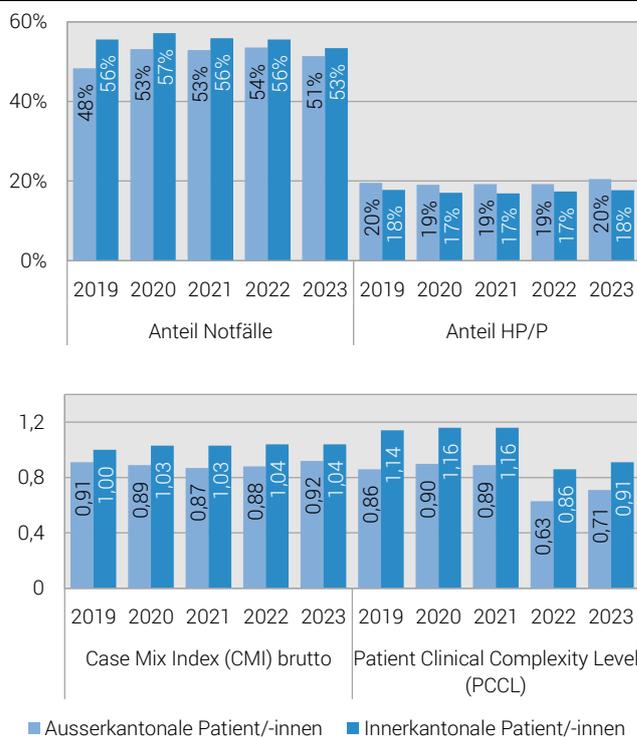
Herkunft	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (%)	% 2023
BL	2 787	2 818	2 985	3 166	2 985	★★★★	+7%	40,3%
BE	1 747	1 741	1 859	1 905	1 931	★★★★	+11%	26,1%
AG	1 567	1 495	1 521	1 491	1 521	★★★★	-3%	20,5%
Ausland	231	177	176	240	270	★★★★	+17%	3,6%
BS	257	219	240	212	240	★★★★	-7%	3,2%
LU	122	113	105	127	142	★★★★	+16%	1,9%
ZH	81	101	100	104	98	★★★★	+21%	1,3%
JU	63	36	48	36	35	★★★★	-44%	0,5%
VS	37	29	34	30	29	★★★★	-22%	0,4%
VD	15	11	17	18	24	★★★★	+60%	0,3%
FR	24	12	18	32	21	★★★★	-13%	0,3%
SZ	11	9	18	10	19	★★★★	+73%	0,3%
Übrige	81	78	100	98	95	★★★★	+17%	1,3%
Total	7 023	6 839	7 221	7 469	7 410	★★★★	+6%	100%

Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2025

Abbildung G 3.8 zeigt, dass die Patientenstruktur von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn, die im Kanton hospitalisiert werden, vergleichbar ist mit ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Kanton hospitalisiert werden. Insgesamt handelt es sich bei Solothurner Patienten leicht häufiger um Notfalleintritte (53% zu 51%), sie beanspruchen häufiger die Liegeklasse Allgemein (82% zu 80%) und weisen einen höheren Schweregrad auf (Case Mix Index [CMI] 1.04 zu 0.98 und Patient Complication and Comorbidity Level [PCCL] 0.91 zu 0.71).

Aus Tabelle T 3.12 lässt sich ablesen, in welchen Solothurner Spitälern die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Der Standort Spital Dornach der soH hat die höchste Zuwanderung (2995 Patientinnen und Patienten im Jahr 2023), wobei 90% davon aus dem benachbarten Kanton Basel-Landschaft stammen. Dieser Standort behandelt mit einem Zustrom von 69% mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten als Solothurnerinnen und Solothurner. Auch bei den Pallas Kliniken AG ist der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten höher als der der innerkantonalen (Zustrom von 52%). Der Grossteil dieser Fälle stammt aus den Kantonen Aargau (54%) und Bern (26%). Ansonsten verteilt sich die Zuwanderung aus den Kantonen Bern und Aargau neben den Pallas Kliniken AG auf das Bürgerspital Solothurn (83 % der zugewanderten Fälle sind Bernerinnen und Berner) und das Kantonsspital Olten (67% der zugewanderten Fälle sind Aargauerinnen und Aargauer) (vgl. Abbildung T 3.12).

G 3.8 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn nach Patientenherkunft, 2019-2023



Bemerkung: HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat

Quelle: BFS – MS, KS © Obsan 2025

Tabelle T 3.13 zeigt die Zuwanderungen bzw. den Zustrom nach SPLB. Innerhalb der wichtigsten SPLB war der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Bereichen Ophthalmologie (56,9%), Hals-Nasen-Ohren (27,9%) und Bewegungsapparat chirurgisch (27,4%) am höchsten. Die Zuwanderung hat allerdings im Bereich Ophthalmologie und Bewegungsapparat chirurgisch seit 2019 um 14% bzw. 16% abgenommen. Am tiefsten war der Zustrom für den Bereich Nephrologie (9,7%) und Thoraxchirurgie (9,6%). In diesen beiden SPLB gab es auch stärkere Veränderungen in der Zuwanderung über die Jahre (Nephrologie: -19% und Thoraxchirurgie: -40%). Allerdings weisen beide Bereiche tiefe Fallzahlen auf und die Entwicklungen sind entsprechend mit Vorsicht zu interpretieren.

T 3.11 Zustrom und Zuwanderung im Kanton Solothurn nach Leistungserbringer und Patientenherkunft, 2023

Spital(-standort)	% Zustrom	Zuwanderung nach Patientenherkunft													
		Anzahl							Anteil						
		BL	BE	AG	Ausl.	BS	Übrige	Total	BL	BE	AG	Ausl.	BS	Übrige	
Pallas Kliniken AG	52%	6	99	207	3	7	64	386	2%	26%	54%	1%	2%	17%	
Privatklinik Obach	32%	124	221	47	59	99	63	613	20%	36%	8%	10%	16%	10%	
Solothurner Spitäler (soH) - Bürgerspital Solothurn	12%	28	1 403	58	63	9	122	1 683	2%	83%	3%	4%	1%	7%	
Solothurner Spitäler (soH) - Kantonsspital Olten	14%	126	196	1 162	72	8	169	1 733	7%	11%	67%	4%	0%	10%	
Solothurner Spitäler (soH) - Spital Dornach	69%	2 701	12	47	73	117	45	2 995	90%	0%	2%	2%	4%	2%	
Total	22%	2 985	1 931	1 521	270	240	463	7 410	40%	26%	21%	4%	3%	6%	

T 3.12 Zuwanderung und Zustrom im Kanton Solothurn nach SPLB, 2019–2023

Bereich	SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (%)	% Zustrom 2023	
Nervensystem & Sinnesorgane	Basispaket	3 220	3 439	3 581	3 832	3 676		14%	23,5%	
	Dermatologie	15	15	21	17	24		60%	25,0%	
	Hals-Nasen-Ohren	386	308	326	355	404		5%	27,9%	
	Neurochirurgie	4	2	5	1	0		-100%	*	
	Neurologie	45	43	61	60	43		-4%	12,5%	
	Ophthalmologie	235	280	252	259	203		-14%	56,9%	
Innere Organe	Endokrinologie	26	25	22	29	23		-12%	14,0%	
	Gastroenterologie	213	191	234	250	243		14%	20,2%	
	Viszeralchirurgie	167	162	179	192	183		10%	19,3%	
	Hämatologie	66	80	66	64	63		-5%	23,4%	
	Gefässe	24	32	40	46	55		129%	12,2%	
	Herz	92	114	118	115	145		58%	13,9%	
	Nephrologie	21	6	9	13	17		-19%	9,7%	
	Urologie	294	349	364	318	356		21%	18,6%	
	Pneumologie	92	81	69	87	91		-1%	18,6%	
	Thoraxchirurgie	5	15	9	2	7		40%	9,6%	
	Transplantationen	0	0	0	0	0		---	*	
	Bewegungs- apparat	Bewegungsapparat chirurgisch	1 391	1 002	1 082	1 103	1 175		-16%	27,4%
		Rheumatologie	28	23	22	22	14		-50%	16,7%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	146	133	139	120	134		-8%	15,9%	
	Geburtshilfe	277	273	326	288	284		3%	15,7%	
	Neugeborene	230	223	258	256	223		-3%	14,2%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	28	31	23	16	28		0%	26,7%	
	Schwere Verletzungen	18	12	15	24	19		6%	22,4%	
Total		7 023	6 839	7 221	7 469	7 410		6%	22,2%	

Bemerkung: Der Zustrom beschreibt den Anteil Hospitalisierungen ausserkantonaler Patient/-innen in Spitälern mit Standort im Kanton Solothurn. Für SPLB mit weniger als 50 Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton Solothurn wird der Zustrom in Prozent nicht ausgewiesen (*).

Quelle: BFS – MS, KS | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

3.3.2 Abwanderung und Abfluss

Die Patientenströme von Solothurner Patientinnen und Patienten in andere Kantone für den Zeitraum von 2019 bis 2023 ist in Tabelle T 3.13 dargestellt. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 18 632 Solothurner Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen hospitalisiert. Die Abwanderung hat zwischen 2019 und 2023 insgesamt um 7% zugenommen und ist damit überproportional zum Anstieg der Fallzahlen gestiegen (vgl. Tabelle T 3.1). Die grösste Abwanderung erfolgte in die Kantone Bern (35,5%, 6621 Fälle), Aargau (24,2%, 4515 Fälle), Basel-Stadt (19,5%, 3625 Fälle) und Basel-Landschaft (13,5%, 2510 Fälle). Die Abwanderung in alle diese Kantone hat seit 2019 zugenommen. Eine Ausnahme bildet der Kanton Basel-Landschaft, zu dem sie um 4% abgenommen hat. Seit 2019 sind 46% (+155 Fälle) mehr Fälle nach Zürich und 27% (+81 Fälle) nach Luzern abgewandert. Im Jahr 2023 machten diese aber nur 4% bzw. 1% des Abflusses aus.

T 3.13 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn nach Zielkanton, 2019-2023

Zielkanton	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (%)	%2023
BE	6 325	5 989	6 390	6 549	6 621	★★★★	+5%	35,5%
AG	3 990	3 832	4 433	4 420	4 515	★★★★	+13%	24,2%
BS	3 429	3 356	3 551	3 731	3 625	★★★★	+6%	19,5%
BL	2 603	2 384	2 512	2 711	2 510	★★★★	-4%	13,5%
ZH	568	603	631	685	723	★★★★	+27%	3,9%
LU	176	182	197	234	257	★★★★	+46%	1,4%
GR	101	104	101	107	95	★★★★	-6%	0,5%
VS	76	56	63	65	48	★★★	-37%	0,3%
SG	45	38	29	44	48	★★★	+7%	0,3%
Übrige	156	137	173	193	190	★★★	+22%	1,0%
Total	17 469	16 681	18 080	18 739	18 632	★★★★	+7%	100%

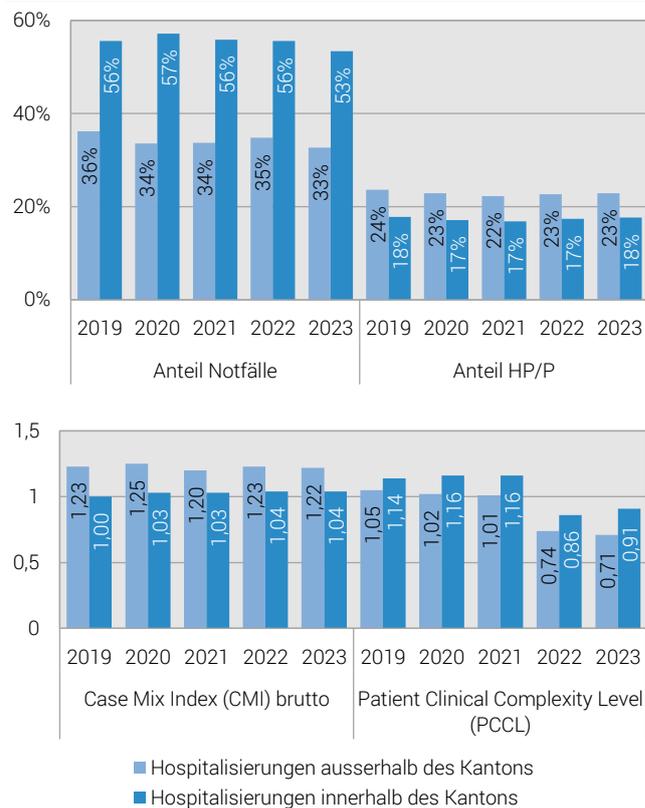
Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2025

Der Anteil an Notfalleintritten war bei innerkantonalen Hospitalisierungen deutlich höher (53% im Jahr 2023) als bei ausserkantonalen Hospitalisierungen (33% im Jahr 2023, vgl. Abbildung G 3.9). Der CMI bei Hospitalisierungen innerhalb des Kantons lag in allen Jahren leicht tiefer als bei Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons, im Gegensatz dazu war die PCCL bei Hospitalisierungen innerhalb des Kantons durchwegs höher als bei Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons. Diese unerwartete Diskrepanz – sowohl CMI und PCCL sind mögliche Masse für den Schweregrad - ist aufgrund der Komplexität der Berechnung dieser Indikatoren vermutlich vielschichtig. Im Allgemeinen ist der CMI eher ein ökonomischer Indikator, der die Ressourcenintensität einer Fallgruppe misst, während der PCCL die klinische Komplexität erfasst. Ein Grund für diese Diskrepanz könnte sein, dass Fälle, die ausserhalb des Kantons behandelt werden, proportional zur klinischen Komplexität ressourcenintensiver sind. Tatsächlich ist der Anteil der SPLB Bewegungsapparat chirurgisch (4004 Fälle, 21%), Geburtshilfe (1301 Fälle, 7%) und Neugeborene (1225

Fälle, 7%) sowie Herz (1235 Fälle, 7%) an der Gesamtzahl der abgewanderten Fälle (18 632) am höchsten. Dabei handelt es sich ebengerade um SPLB mit relativ hohem CMI bei niedrigerem PCCL.

G 3.9 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn nach Ort der Behandlung, 2019-2023



Bemerkung: HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat.

Quelle: BFS – MS, KS

© Obsan 2025

Tabelle T 3.14 beschreibt die Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn nach SPLB. Die Abwanderung war am höchsten in der Neurochirurgie (98,9% aller Solothurner Fälle wurden ausserkantonale behandelt), (Radio-) Onkologie (76,1%) und Ophthalmologie (62,2%). Vor allem im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch hat sich der Abfluss mit 37,3% stark erhöht. Da es sich um einen relativ grossen SPLB handelt, betrifft dies zwischen 2019 und 2023 rund 1087 zusätzliche Abwanderungen.

3.3.3 Nettowanderung

Die Nettowanderung war in allen SPLB negativ, d.h. die Abwanderung war grösser als die Zuwanderung (vgl. Abbildung G 3.10). Der SPLB Bewegungsapparat chirurgisch weist dabei deutlich die grösste negative Nettowanderung auf (-2829 Fälle im Jahr 2023)

T 3.14 Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn nach SPLB, 2019–2023

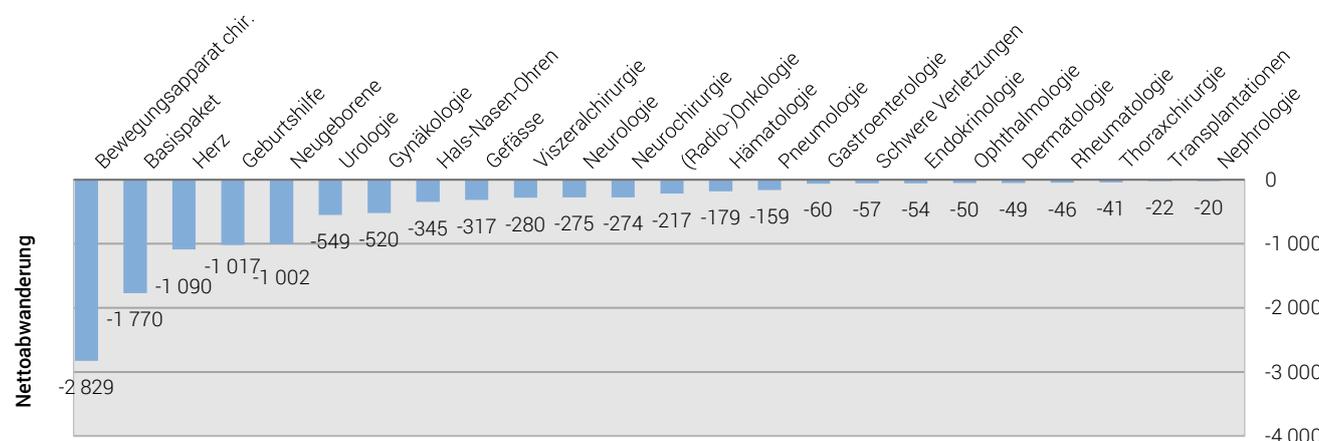
Bereich	SPLB	2019	2020	2021	2022	2023	Trend	Δ (%)	% Abfluss 2023	
	Basispaket	5 467	4 871	5 285	5 615	5 446		0%	31,3%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	89	79	79	79	73		-18%	50,3%	
	Hals-Nasen-Ohren	726	644	677	679	749		3%	41,8%	
	Neurochirurgie	232	230	270	242	274		18%	98,9%	
	Neurologie	267	268	302	340	318		19%	51,4%	
	Ophthalmologie	233	186	226	232	253		9%	62,2%	
Innere Organe	Endokrinologie	77	76	80	90	77		0%	35,3%	
	Gastroenterologie	324	358	348	294	303		-6%	24,0%	
	Viszeralchirurgie	517	502	440	517	463		-10%	37,8%	
	Hämatologie	286	190	199	271	242		-15%	54,0%	
	Gefässe	389	397	367	393	372		-4%	48,4%	
	Herz	1 152	1 090	1 126	1 110	1 235		7%	57,8%	
	Nephrologie	47	30	26	38	37		-21%	19,0%	
	Urologie	768	735	881	953	905		18%	36,7%	
	Pneumologie	323	246	291	310	250		-23%	38,6%	
	Thoraxchirurgie	51	47	41	30	48		-6%	42,1%	
	Transplantationen	21	18	14	25	22		5%	*	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	2 917	3 077	3 375	3 630	4 004		37%	56,2%
		Rheumatologie	56	32	39	63	60		7%	46,2%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	702	592	659	650	654		-7%	47,9%
Geburtshilfe		1 310	1 383	1 562	1 458	1 301		-1%	46,0%	
Neugeborene		1 208	1 305	1 445	1 339	1 225		1%	47,6%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	238	255	280	298	245		3%	76,1%	
	Schwere Verletzungen	69	70	68	83	76		10%	53,5%	
Total		17 469	16 681	18 080	18 739	18 632		7%	41,8%	

Bemerkung: Der Abfluss beschreibt den Anteil Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Solothurn, die in Spitälern mit Standort ausserhalb des Kantons behandelt wurden. Für Leistungsgruppen mit weniger als 20 Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons Solothurn, wird der Abfluss nicht ausgewiesen (*).

Quelle: BFS – MS, KS | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

G 3.10 Nettowanderung für den Kanton Solothurn nach SPLB, 2023



Quelle: BFS – MS, KS | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

4 Bedarfsprognose

Kapitel 4 enthält die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs in der Akutsomatik. Mit Bezug auf den gesetzlichen Auftrag der Kantone gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs zu erhalten. Dazu berücksichtigt der Kanton insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Art. 58b Abs. 1 KVV vorgesehen ist. Die Bedarfsprognose bildet die Grundlage für die kantonale Planung respektive die kantonale Spitalliste und wurde mit dem in Kapitel 2.4 beschriebenen Prognosemodell berechnet. Als Ausgangspunkt dienen die Daten der MS für das Referenzjahr 2023. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2034 (Prognosehorizont). Im Zentrum der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, in dem die als am wahrscheinlichsten

eingestufteten Entwicklungen zusammengefasst sind. Das Minimalszenario und das Maximalszenario stellen die Bandbreite der möglichen Entwicklungen dar. Das Minimalszenario kombiniert Annahmen und Szenarien zu den Einflussfaktoren, die zu einer relativ niedrigen Bedarfsschätzung führen, während das Maximalszenario die Obergrenze der Bandbreite plausibler Entwicklungen aufzeigt. Alle Einflussfaktoren sind im Anhang (siehe Abschnitt 5.2) ausführlich beschrieben und die Definition der relevanten Parameter für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Solothurner Wohnbevölkerung sind in Kasten K 4.1 zusammengefasst.

Der wichtigste Einflussfaktor für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs ist die demografische Entwicklung. Diesbezüglich stützen sich die Prognosen auf die Bevölkerungsszenarien des BFS.

K 4.1 Einflussfaktoren und Hypothesen für die Bedarfsprognose in der Akutsomatik

		Zieljahr	3 Szenarien			
			Minimum	Basis	Maximum	
Einflussfaktoren / Hypothesen	Demografie	2034	Tiefes Szenario gemäss dem aktuellsten kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Referenzszenario gemäss dem aktuellsten kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Hohes Szenario gemäss dem aktuellsten kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Fälle
	Ambulantisierung (Verlagerung)	2025	75% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss der BAG-Liste (KLV-Verordnung gültig ab 1.1.23) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	50% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss der BAG-Liste (KLV-Verordnung gültig ab 1.1.23) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	10% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss der BAG-Liste (KLV-Verordnung gültig ab 1.1.23) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	
		2034	75% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss des deutschen AOP-Katalogs (Version 2019) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	50% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss des deutschen AOP-Katalogs (Version 2019) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	10% des kantonspezifischen Verlagerungspotentials gemäss des deutschen AOP-Katalogs (Version 2019) wird durch ambulante Behandlungen substituiert	
	Epidemiologie	-	keine Leistungsveränderung gemäss den Arbeiten der GDZH			
	Medizintechnik	2032	Gemäss GDZH: Kein medizintechnisch bedingter Anstieg der Revisionen von Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Knieprothesen (BEW7.2.1).	Gemäss GDZH: Anstieg der Revisionen von Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Knieprothesen (BEW7.2.1) gemäss Studien der GDZH zu den medizintechnischen Entwicklungen.	Gemäss GDZH: Ein um 50% stärkerer Anstieg der Revisionen von Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Knieprothesen (BEW7.2.1) gemäss Studien der GDZH zu den medizintechnischen Entwicklungen.	
	Konvergenz der Hospitalisierungsraten	2034	Angleichung an die Schweizer Hospitalisierungsrate um 50%.	Angleichung an die Schweizer Hospitalisierungsrate um 25%.	Keine Angleichung	
	Übrige	2034	Anpassung der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen im SPLB «Geburtshilfe» an die Prognose im SPLB «Neugeborene».			
Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern (MAHD)	-	Keine Angleichung der Aufenthaltsdauer. Grundlage für die Prognose der Pflageetage bildet die MAHD von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im planenden Kanton.			Tage	

Im Hinblick auf epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen stützt sich der Kanton Solothurn auf die Analysen der GDZH (GDZH, 2021). Diese prognostizieren ausschliesslich in der Orthopädie eine Zunahme von Revisionseingriffen bei Knie- und Hüftprothesen (BEW7.1.1 und BEW7.2.1). Hinsichtlich der Auswirkungen von Covid-19 wird ein kurzfristiger Effekt auf die Akutso-matik erwartet; mögliche längerfristige Folgen lassen sich derzeit jedoch noch nicht verlässlich abschätzen (vgl. Kapitel 5.2.6). Zudem wurde die wechselseitige Abhängigkeit zwischen den SPLB Geburtshilfe und Neugeborene berücksichtigt, indem die Prognosen für die Geburtshilfe an die erwarteten, primär demografisch bedingten Entwicklungen bei den Neugeborenen angepasst wurden (vgl. Kapitel 5.2.6).

Wie im Kapitel 5.2.5 beschrieben, kann es für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs sinnvoll sein, von einer Annäherung der kantonalen Hospitalisierungsraten an die gesamtschweizerischen Raten auszugehen. Da die Solothurner Hospitalisierungsraten grundsätzlich höher sind als für die Schweiz insgesamt, führt eine Annäherung zu einem Rückgang der prognostizierten Fallzahlen. Deshalb wird diese Annahme nur im Minimal- sowie Basisszenario angewendet.

Schliesslich wird bei den Prognosen von einer zusätzlichen Ambulantisierung ausgegangen, d. h. einem Rückgang stationärer Behandlungen zugunsten ambulanter Leistungen. Die Prognose stützt sich dabei einerseits auf die Liste ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen («AVOS-Liste») inklusive der zugehörigen Ausnahmekriterien gemäss Anhang 1a KLV sowie auf verschiedene Szenarien zur Ausschöpfung des Verlagerungspotenzials. Der Kanton Solothurn hat die erweiterte AVOS-Liste bereits im Jahr 2022 eingeführt, ein Jahr vor dem gesamtschweizerischen Inkrafttreten. Entsprechend wird davon ausgegangen, dass das darin definierte Verlagerungspotenzial im Kanton im Referenzjahr 2023 bereits weitgehend ausgeschöpft ist oder spätestens bis 2025 ausgeschöpft sein wird. Um darüber hinausgehende Entwicklungen in der Ambulantisierung zu erfassen, wird andererseits der deutsche Katalog ambulant durchführbarer Operationen («AOP-Katalog») als Grundlage zur Prognose von Verlagerungstendenzen verwendet. Wie bei der AVOS-Liste erfolgt zunächst die Identifikation potenziell verlagerbarer Fälle anhand der im Katalog gelisteten Eingriffe. Anschliessend werden Ausschlusskriterien angewendet, um Fälle auszuschliessen, bei denen eine stationäre Durchführung trotz ambulanter Eignung gerechtfertigt bleibt. Als verlagerbar gelten dabei nur Fälle mit einem PCCL-Wert von 0 und einer stationären Aufenthaltsdauer von maximal zwei Tagen. Da derzeit keine ökonomischen Anreize für eine Verlagerung auf Basis des AOP-Katalogs bestehen, wurde der Prognosehorizont für diese Entwicklung bewusst langfristig angesetzt – konkret bis ins Jahr 2034 (vgl. Kapitel 5.2.4).

4.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

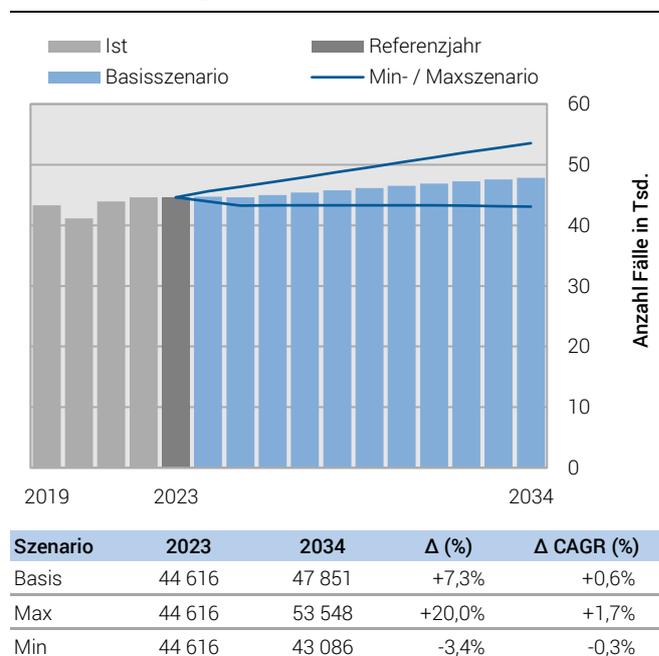
In diesem Kapitel wird der für das Jahr 2034 prognostizierte Leistungsbedarf dargestellt. Es handelt sich um einen Bedarf, der alle Einflussfaktoren gemäss Prognosemodell gleichzeitig berücksichtigt. Die isolierten Auswirkungen pro Einflussfaktor werden in Kapitel 4.2 beschrieben.

4.1.1 Prognostizierte Fälle 2034

Gemäss dem Basisszenario wird für den Zeitraum zwischen 2023 und 2034 ein Wachstum der stationären Fälle um 7,3% erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahl von 0,6% entspricht (vgl. Abbildung G 4.1). Im Vergleich zum Zeitraum 2012 bis 2023 (durchschnittlich jährliches Wachstum von 1,4%) entspricht dies einer Verlangsamung des Anstiegs. Gemäss Basisszenario steigen die Fallzahlen demnach von 44 616 im Jahr 2023 auf 47 851 im Jahr 2034, was 3235 zusätzlichen Fällen entspricht. Im Maximalszenario steigen die Fallzahlen um 20,0% auf 53 548 Fälle. Das Minimalszenario prognostiziert einen Rückgang der Fallzahlen um 3,4%, was einer Reduktion von 1530 Fällen entspricht.

Tabelle T 4.1 zeigt die Aufschlüsselung der konsolidierten Bedarfsprognose nach SPLB und Prognoseszenario. Im Basisszenario wird für fast alle SPLB eine Zunahme des Leistungsbedarfs erwartet, mit Ausnahme der SPLB Hals-Nasen-Ohren (-16%), Ophthalmologie (-14%), Gynäkologie (-14%) und Geburtshilfe (-0,2%).

G 4.1 Entwicklung der Fallzahlen, 2019–2034



Bemerkungen: CAGR = «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien © Obsan 2025

Im Minimalszenario kommen dazu noch die SPLB Dermatologie (-9%), Viszeralchirurgie (-9%), Gefässe (-11%), Urologie (-12%). Bewegungsapparat chirurgisch (-12%) und Neugeborene (-13%) hinzu. Die grösste Zunahme im Basisszenario verzeichnen die SPLB Hämatologie (+27%), Rheumatologie (+22%), und Pneumologie(+21%). Im Maximalszenario wird für alle SPLB ein Anstieg des Bedarfs prognostiziert. Dies liegt daran, dass in diesem Szenario keine Angleichung an die Schweizer Hospitalisierungsrate angewendet wird und der Ambulantisierungseffekt am geringsten ausfällt. Somit ist im Maximalszenario vor allem das Wachstum durch die demografischen Effekte relevant.

Der Einfluss der Ambulantisierung auf die prognostizierten Fallzahlen zeigt sich besonders auffällig im Basisszenario: Die SPLB, die im Basisszenario einen relevanten Rückgang verzeichnen (Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren und Gynäkologie), sind diejenigen, für die bei der isolierten Betrachtung der Ambulantisierung die stärksten Effekte anzeigen.

In Tabelle T 4.1 fällt zudem auf, dass in gewissen SPLB, wie der Radio(-Onkologie) der Zuwachs an Fallzahlen im Minimalszenario grösser ist (20%) als im Maximalszenario (15%). Dies ist da-

rauf zurückzuführen, dass eine Angleichung der Hospitalisierungsraten an die Gesamtschweiz in der Hämatologie - im Gegensatz zu den meisten SPLB – zu einer Erhöhung der Fallzahlen führt, da die Solothurner Hospitalisierungsrate in diesem SPLB unter der gesamtschweizerischen Rate liegt.

T 4.1 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) nach SPLB und Prognoseszenario, 2034

Bereich	SPLB	Referenz	Min			Basis			Max			
		2023	2034	Δ (%)		2034	Δ (%)		2034	Δ (%)		
	Basispaket	17 393	18 450	+6%		19 943	+15%		21 661	+25%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	145	132	-9%		146	+1%		165	+14%		
	Hals-Nasen-Ohren	1 791	1 218	-32%		1 512	-16%		1 912	+7%		
	Neurochirurgie	277	301	+9%		318	+15%		338	+22%		
	Neurologie	619	703	+14%		731	+18%		758	+22%		
	Ophthalmologie	407	266	-35%		350	-14%		478	+17%		
Innere Organe	Endokrinologie	218	247	+13%		261	+20%		276	+27%		
	Gastroenterologie	1 262	1 341	+6%		1 466	+16%		1 614	+28%		
	Viszeralchirurgie	1 226	1 110	-9%		1 258	+3%		1 421	+16%		
	Hämatologie	448	569	+27%		570	+27%		570	+27%		
	Gefässe	769	681	-11%		793	+3%		950	+24%		
	Herz	2 136	2 166	+1%		2 356	+10%		2 603	+22%		
	Nephrologie	195	217	+11%		234	+20%		252	+29%		
	Urologie	2 465	2 168	-12%		2 475	+0,4%		2 895	+17%		
	Pneumologie	647	758	+17%		780	+21%		797	+23%		
	Thoraxchirurgie	114	124	+9%		128	+12%		132	+16%		
	Transplantationen	22	23	+5%		25	+14%		26	+18%		
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 119	6 299	-12%		7 210	+1%		8 292	+16%	
		Rheumatologie	130	159	+22%		158	+22%		157	+21%	
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 364	977	-28%		1 171	-14%		1 447	+6%	
		Geburtshilfe	2 831	2 404	-15%		2 826	-0,2%		3 275	+16%	
Neugeborene		2 574	2 229	-13%		2 592	+1%		2 978	+16%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	322	387	+20%		379	+18%		370	+15%		
	Schwere Verletzungen	142	156	+10%		168	+18%		182	+28%		
Total		44 616	43 086	-3%		47 851	+7%		53 548	+20%		

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

T 4.2 Prognostizierter Pfl egetage nach SPLB und Prognoseszenario, 2034

Bereich	SPLB	Referenz	Min			Basis			Max			
		2023	2034	Δ (%)	2023	Δ (%)	2034	Δ (%)	2023	Δ (%)	2034	
	Basispaket	84 522	92 844	+10%		99 200	+17%		105 759	+25%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	579	582	+1%		629	+9%		673	+16%		
	Hals-Nasen-Ohren	4 808	3 621	-25%		4 324	-10%		5 205	+8%		
	Neurochirurgie	1 950	2 085	+7%		2 211	+13%		2 363	+21%		
	Neurologie	3 899	4 455	+14%		4 626	+19%		4 786	+23%		
	Ophthalmologie	1 109	873	-21%		1 079	-3%		1 341	+21%		
Innere Organe	Endokrinologie	1 565	1 756	+12%		1 862	+19%		1 979	+26%		
	Gastroenterologie	8 637	9 885	+14%		10 548	+22%		11 158	+29%		
	Viszeralchirurgie	10 924	10 041	-8%		11 362	+4%		12 831	+17%		
	Hämatologie	3 860	4 760	+23%		4 766	+23%		4 780	+24%		
	Gefässe	5 444	5 397	-1%		6 133	+13%		6 865	+26%		
	Herz	9 231	10 277	+11%		10 821	+17%		11 347	+23%		
	Nephrologie	1 638	1 875	+14%		2 009	+23%		2 126	+30%		
	Urologie	8 703	8 360	-4%		9 275	+7%		10 357	+19%		
	Pneumologie	4 984	5 780	+16%		5 954	+19%		6 100	+22%		
	Thoraxchirurgie	1 007	1 110	+10%		1 146	+14%		1 175	+17%		
	Transplantationen	297	441	+48%		467	+57%		501	+69%		
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	34 558	33 494	-3%		38 058	+10%		42 190	+22%	
		Rheumatologie	801	985	+23%		980	+22%		971	+21%	
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	3 785	3 020	-20%		3 477	-8%		4 087	+8%	
Geburtshilfe		10 404	8 829	-15%		10 380	-0%		12 035	+16%		
Neugeborene		10 242	8 782	-14%		10 263	+0%		11 846	+16%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	2 190	2 499	+14%		2 518	+15%		2 537	+16%		
	Schwere Verletzungen	1 146	1 269	+11%		1 359	+19%		1 464	+28%		
Total		216 283	223 019	+3%		243 447	+13%		264 477	+22%		

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien | GDZH SPLG-Grouper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

4.1.2 Prognostizierte Pfl egetage 2034

Die prognostizierten Pfl egetage nach SPLB und Prognoseszenario sind in Tabelle T 4.2 dargestellt. Im Gegensatz zur Prognose der Fallzahlen gehen alle drei Szenarien von einer Zunahme der Pfl egetage aus (Basisszenario: +13 %, Minimalszenario: +3 %, Maximalszenario: +22 %). Die Zunahme der Pfl egetage ist somit in allen Szenarien – insbesondere im Minimal- und Basisszenario – stärker als die prognostizierte Zunahme der Fallzahlen (siehe Tabelle T 4.1). Da im Kanton Solothurn keine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) angenommen wird, sind die Unterschiede hauptsächlich auf Veränderungen in der Fallstruktur zurückzuführen. Ausschlaggebend ist dabei die demografische Alterung: Das Patientenkollektiv wird älter, und ältere Personen haben tendenziell längere Aufenthaltsdauern bzw. leiden häufiger an Erkrankungen, die längere Hospitalisationszeiten erfordern. Der überproportionale Anstieg der Pfl egetage erklärt sich somit dadurch, dass der Leistungsbedarf insbesondere in SPLB mit langen Aufenthaltsdauern zunimmt. Demgegenüber zeigen SPLB mit kurzer MAHD – etwa Hals-Nasen-Ohren, Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. T 3.2) – einen prognostizierten Rückgang der Fallzahlen.

4.2 Effekte einzelner Einflussfaktoren

Im vorangehenden Kapitel wurde die Bedarfsprognose unter Einbezug aller berücksichtigter Einflussfaktoren präsentiert. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren separat betrachtet.

4.2.1 Effekte der demografischen Entwicklung

Tabelle T 4.3 zeigt den Effekt der demografischen Entwicklung gemäss den Bevölkerungsszenarien des BFS auf den prognostizierten Leistungsbedarf. In allen Prognoseszenarien ergibt sich eine erhebliche Zunahme des Leistungsbedarfs unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Effekte. Je nach Szenario beträgt die prognostizierte Zunahme zwischen 10% und 20%. Das verdeutlicht die massgebliche Bedeutung der demografischen Effekte in Bezug auf den künftigen Leistungsbedarf und zeigt zudem, dass die demografischen Effekte mehr als nur das Bevölkerungswachstum umfassen. Im Referenzszenario des BFS wird von einem Wachstum der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn zwischen 2023 und 2034 um 6,9% ausgegangen (vgl. Kapitel 5.2.1), die demografischen Effekte auf den Leistungsbedarf

sind mehr als doppelt so gross. Nebst dem Bevölkerungswachstum kommt die demografische Alterung hinzu: bis 2034 steigt der Altersquotient im Kanton Solothurn von 35% auf 47%. Weil mit zunehmendem Alter die Hospitalisierungsrate steigt (vgl. G 4.2), ergibt sich daraus eine zusätzliche Zunahme des prognostizierten Leistungsbedarfs.

Tabelle T 4.3 zeigt für alle SPLB einen Anstieg des prognostizierten Leistungsbedarfs, mit Ausnahme der Bereiche Geburtshilfe und Neugeborene. Der Grund dafür: Die Bevölkerungsszenarien des BFS prognostizieren für den Kanton Solothurn einen Rückgang der Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen mit der höchsten Geburtenwahrscheinlichkeit sowie – allerdings nur im Minimalszenario – auch bei den Neugeborenen.

T 4.3 Effekt der demografischen Entwicklungen auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2034

Bereich	SPLB	Referenz		Min		Basis		Max				
		2023	2034	Δ (%)		2034	Δ (%)		2034	Δ (%)		
	Basispaket	17 393	19 971	+15%		20 893	+20%		21 799	+25%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	145	157	+8%		163	+12%		168	+16%		
	Hals-Nasen-Ohren	1 791	1 830	+2%		1 902	+6%		1 972	+10%		
	Neurochirurgie	277	317	+14%		328	+18%		340	+23%		
	Neurologie	619	705	+14%		730	+18%		754	+22%		
	Ophthalmologie	407	474	+16%		489	+20%		502	+23%		
Innere Organe	Endokrinologie	218	252	+16%		264	+21%		276	+27%		
	Gastroenterologie	1 262	1 509	+20%		1 569	+24%		1 626	+29%		
	Viszeralchirurgie	1 226	1 355	+11%		1 393	+14%		1 429	+17%		
	Hämatologie	448	531	+19%		551	+23%		570	+27%		
	Gefässe	769	928	+21%		955	+24%		978	+27%		
	Herz	2 136	2 500	+17%		2 572	+20%		2 636	+23%		
	Nephrologie	195	238	+22%		246	+26%		252	+29%		
	Urologie	2 465	2 804	+14%		2 888	+17%		2 965	+20%		
	Pneumologie	647	746	+15%		771	+19%		795	+23%		
	Thoraxchirurgie	114	128	+12%		130	+14%		132	+16%		
	Transplantationen	22	23	+5%		24	+9%		24	+9%		
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 119	7 810	+10%		8 002	+12%		8 176	+15%	
		Rheumatologie	130	146	+12%		152	+17%		157	+21%	
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 364	1 426	+5%		1 461	+7%		1 496	+10%	
Geburtshilfe		2 831	2 519	-11%		2 629	-7%		2 747	-3%		
Neugeborene		2 574	2 243	-13%		2 601	+1%		2 978	+16%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	322	352	+9%		362	+12%		370	+15%		
	Schwere Verletzungen	142	163	+15%		173	+22%		182	+28%		
Total		44 616	49 127	+10%		51 246	+15%		53 326	+20%		

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien | GDZH SPLG-Group, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

T 4.4 Effekt aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2034

Bereich	SPLB	Referenz	Min			Basis			Max		
		2023	2034	Δ (%)	2034	Δ (%)	2034	Δ (%)	2034	Δ (%)	
	Basispaket	17 393	16 902	-3%	17 148	-1%	17 393	0%			
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	145	139	-4%	142	-2%	145	0%			
	Hals-Nasen-Ohren	1 791	1 587	-11%	1 689	-6%	1 790	-0,1%			
	Neurochirurgie	277	269	-3%	273	-1%	276	-0,4%			
	Neurologie	619	617	-0,3%	619	0%	622	+0,5%			
	Ophthalmologie	407	393	-3%	401	-1%	409	+0,5%			
Innere Organe	Endokrinologie	218	213	-2%	216	-1%	218	0%			
	Gastroenterologie	1 262	1 196	-5%	1 229	-3%	1 262	0%			
	Viszeralchirurgie	1 226	1 053	-14%	1 140	-7%	1 226	0%			
	Hämatologie	448	485	+8%	467	+4%	448	0%			
	Gefässe	769	734	-5%	752	-2%	769	0%			
	Herz	2 136	2 074	-3%	2 107	-1%	2 141	+0,2%			
	Nephrologie	195	179	-8%	187	-4%	195	0%			
	Urologie	2 465	2 333	-5%	2 399	-3%	2 465	0%			
	Pneumologie	647	655	+1%	652	+1%	649	+0,3%			
	Thoraxchirurgie	114	110	-4%	112	-2%	114	0%			
	Transplantationen	22	23	+5%	23	+5%	24	+9%			
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 119	6 799	-4%	6 959	-2%	7 119	0%		
		Rheumatologie	130	141	+8%	136	+5%	130	0%		
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 364	1 262	-7%	1 313	-4%	1 364	0%		
Geburtshilfe		2 831	2 779	-2%	2 805	-1%	2 831	0%			
Neugeborene		2 574	2 558	-1%	2 566	-0,3%	2 574	0%			
Übrige	(Radio-) Onkologie	322	351	+9%	336	+4%	322	0%			
	Schwere Verletzungen	142	136	-4%	139	-2%	142	0%			
Total		44 616	42 989	-4%	43 809	-2%	44 628	+0%			

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP | GDZH SPLG-Groupen, Version 2024.0.51

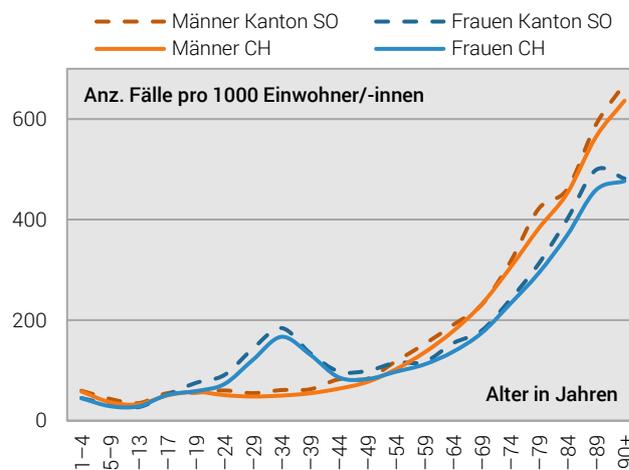
© Obsan 2025

4.2.2 Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Abbildung G 4.2 zeigt die Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Altersgruppe für hospitalisierte Personen aus dem Kanton Solothurn und für die Schweiz insgesamt. Bis zum Alter von 20 Jahren sowie zwischen 45 und 55 Jahren sind die Hospitalisierungsraten von Frauen und Männern ähnlich. Zwischen 25 und 44 Jahren ist die Rate bei Frauen höher, bedingt durch stationäre Geburten. Ab 60 Jahren sind stationäre Behandlungen bei Männern deutlich häufiger. Die Hospitalisierungsraten im Kanton Solothurn und in der Gesamtschweiz sind über die Jahre weitgehend vergleichbar, wobei die Rate im Kanton Solothurn tendenziell über der gesamtschweizerischen Rate liegt.

Im Minimal- und Basisszenario wird von einer Angleichung an die Schweizer Hospitalisierungsraten ausgegangen. Da die Solothurner Rate generell höher ist, resultiert in den meisten SPLB eine Abnahme der Fallzahlen (vgl. Tabelle T 4.4). Die Ausnahme dazu bilden die SPLB Hämatologie, Transplantationen, Rheumatologie

G 4.2 Hospitalisierungsrate im Bereich der Akutsomatik nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnort, 2023



Bemerkung: Die Hospitalisierungsrate für Kinder unter 1 Jahr, die auch (gesunde) Neugeborene umfasst, ist in der Grafik nicht dargestellt.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2025

und (Radio-) Onkologie, bei welchen die Angleichung eine Erhöhung der Fallzahlen bedeutet. Dies sind jene SPLB, in denen die Hospitalisierungsrate der Solothurner Wohnbevölkerung im Referenzjahr unter der gesamtschweizerischen Rate lag (siehe dazu Abbildung G 3.4 in Kapitel 3.1.1).

Auch wenn im Maximalszenario keine Angleichung an die gesamtschweizerische Hospitalisierungsrate angenommen wurde, lassen sich vereinzelt Effekte auf die Fallzahlen feststellen, insbesondere in dem SPLB Transplantationen. Das kommt daher, dass das Prognosemodell für SPLG mit sehr tiefen Fallzahlen grundsätzlich von einer vollständigen Angleichung an die schweizerische Rate ausgeht. Dahinter steht die Überlegung, dass eine Prognose mit zu kleinen Fallzahlen mit sehr grossen Unsicherheiten verbunden ist. Bei sehr spezialisierten SPLG mit geringen Fallzahlen ist es durchaus möglich, dass in einem einzelnen Jahr für einen Kanton insgesamt kein Fall zu verzeichnen ist. Es wäre aber problematisch, daraus zu schliessen, dass es künftig nie einen Bedarf in den betreffenden SPLG geben wird. Häufig sind die betreffenden SPLG aufgrund ihrer spezialisierten Natur Gegenstand der IVHSM und die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt somit nicht durch die einzelnen Kantone. Dennoch erscheint es sinnvoll, den Leistungsbedarf für diese SPLG auch in der vorliegenden Bedarfsprognose realistisch abzuschätzen. Deswegen werden in diesen SPLG die gesamtschweizerischen Raten als Ausgangspunkt für die Bedarfsschätzung verwendet. Dies führt dazu, dass in Tabelle T 4.4 auch im Maximalszenario minimale Effekte festzustellen sind.

4.2.3 Effekte durch die Ambulantisierung

Die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose sowohl auf Basis der AVOS-Liste des BAG (vgl. Anhang 1 der KLV per 1. Januar 2023) und des deutschen AOP-Katalogs aus dem Jahr 2019 in die Prognosen einbezogen. In einem ersten Schritt konnten gemäss der AVOS-Liste von den 44 616 Fällen im Referenzjahr 2023 2162 Spitalaufenthalte (4,8%) mit ambulant durchführbaren Eingriffen identifiziert werden (vgl. auch Tabelle T 4.5). Nicht alle diese Fälle können aber auch tatsächlich ambulant behandelt werden. Das BAG spezifiziert gleichzeitig auch diverse Ausnahmekriterien, welche eine stationäre Aufnahme der betreffenden Patientinnen und Patienten rechtfertigen, z.B. wenn schwere Nebenerkrankungen vorliegen. Berücksichtigt man diese Ausnahmekriterien, bleibt für den Kanton Solothurn gemäss AVOS-Liste ein Verlagerungspotential von 1737 Fällen (3,9%).

Zusätzlich dazu wurden anhand des AOP-Katalogs weitere 6518 (14,6%) Fälle mit grundsätzlich verlagerbaren Eingriffen identifiziert. Auch davon werden die Fälle, für welche eine stationäre Behandlung als gerechtfertigt beurteilt wird, ausgeschlossen. Im Gegensatz zur AVOS-Liste liegen hierfür keine explizit definierten Ausnahmekriterien vor. Deshalb stützt sich diese Beurteilung auf den PCCL, welcher den patientenbezogenen Gesamtschweregrad bezeichnet, und die Länge des stationären Aufenthaltes (LOS). Somit werden Fälle mit einem erhöhten Schweregrad (PCCL > 0) und einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Tagen

T 4.5 Anzahl verlagerbare Fälle gemäss AVOS-Liste und AOP-Katalog im Kanton Solothurn, 2023

Fälle SO Total	44 616	100%
AVOS-Liste	Fälle mit verlagerbaren Eingriffen	2 162 4,8%
	Kriterien für stationäre Durchführung erfüllt ¹	425 1,0%
	Verlagerungspotential SO durch AVOS-Liste	1 737 3,9%
Restliche Fälle nach Ausschluss Ambulantisierungspotenzial AVOS	42 454	95,2%
AOP-Katalog	Fälle mit verlagerbaren Eingriffen	6 518 14,6%
	Kriterien für stationäre Durchführung erfüllt (PCCL > 0; LOS > 2)	2 954 6,6%
	Verlagerungspotential SO durch AOP-Katalog*	3 564 8,0%
Total Verlagerungspotenzial SO	5 301	11,9%

Bemerkung: ¹ Gemäss Anhang 1a KLV. * 951 zusätzliche Fälle, welche gemäss AOP-Katalog verlagerbar wären, sind schon durch die AVOS-Liste abgedeckt worden.

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2025

als nicht verlagerbar betrachtet (vgl. auch Kapitel 5.2.4). Dies betrifft 2954 Fälle (6,6%), woraus ein Verlagerungspotenzial von 3564 Fällen (8,0%) resultiert. Weitere 951 Fälle (2,9%), welche gemäss AOP-Katalog auch verlagerbar wären, wurden schon durch die AVOS-Liste identifiziert. Daraus resultiert ein kombiniertes Verlagerungspotenzial für das Jahr 2023 von 5301 Fällen und 11,9%.

Es ist zu beachten, dass nicht alle relevanten Ausnahmekriterien anhand der in der MS verfügbaren Daten identifiziert werden können. Als Beispiel zu nennen sind soziale Faktoren, z.B. wenn das soziale Umfeld eine geeignete Nachsorge nicht gewährleisten kann. Daher ist das Verlagerungspotenzial tendenziell überschätzt. Hinzu kommt, dass die Realisierung des Verlagerungspotenzial massgeblich davon abhängig ist, welche regulatorischen und tarifarischen Massnahmen ergriffen werden, um die Ambulantisierung weiter zu fördern. Aufgrund dieser Überlegungen wird für die AVOS-Liste im Basisszenario der Bedarfsprognose davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2025 die Hälfte des Verlagerungspotenzials realisiert wird. Mit anderen Worten: Rund 869 Fälle von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Solothurn, die im Jahr 2023 noch stationär aufgenommen wurden, würden im Jahr 2025 ambulant behandelt. Im Minimalszenario wird von 75% der verlagerbaren Fälle bis 2025 ausgegangen, im Maximalszenario von einer zusätzlichen Ambulantisierung von 10% (vgl. auch Kasten K 4.1). Dieselben Annahmen werden auch für den AOP-Katalog getroffen, aber mit einem Prognosehorizont von 2034.

T 4.6 zeigt die Gesamtauswirkungen infolge der Ambulantisierung gemäss AVOS-Liste und AOP-Katalog nach Prognoseszenario und SPLB. Im Basisszenario führt die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu einer Reduktion der Fallzahlen um -4%. Im Minimalszenario wird eine Reduktion des Leistungsbedarfs um -

T 4.6 Gesamteffekt der Verlagerung in den ambulanten Bereich gemäss AVOS-Liste und AOP-Katalog auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario und SPLB, 2034

Bereich	SPLB	Referenz		Min		Basis		Max			
		2023	2024	Δ (%)		2024	Δ (%)		2024	Δ (%)	
	Basispaket	17 393	16 743	-4%		16 960	-2%		17 306	-0,5%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	145	125	-14%		132	-9%		142	-2%	
	Hals-Nasen-Ohren	1 791	1 391	-22%		1 524	-15%		1 738	-3%	
	Neurochirurgie	277	275	-0,7%		276	-0,4%		277	0%	
	Neurologie	619	619	0%		619	0%		619	0%	
	Ophthalmologie	407	298	-27%		334	-18%		392	-4%	
Innere Organe	Endokrinologie	218	217	-0,5%		218	0%		218	0%	
	Gastroenterologie	1 262	1 192	-6%		1 215	-4%		1 253	-0,7%	
	Viszeralchirurgie	1 226	1 214	-1%		1 218	-0,7%		1 224	-0,2%	
	Hämатologie	448	445	-0,7%		446	-0,4%		448	0%	
	Gefässe	769	759	-1%		762	-0,9%		768	-0,1%	
	Herz	2 136	2 090	-2%		2 105	-1%		2 130	-0,3%	
	Nephrologie	195	194	-0,5%		195	0%		195	0%	
	Urologie	2 465	2 051	-17%		2 189	-11%		2 410	-2%	
	Pneumologie	647	646	-0,2%		647	0%		647	0%	
	Thoraxchirurgie	114	114	0%		114	0%		114	0%	
	Transplantationen	22	22	0%		22	0%		22	0%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.	7 119	6 437	-10%		6 665	-6%		7 028	-1%
		Rheumatologie	130	129	-0,8%		130	0%		130	0%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1 364	1 123	-18%		1 203	-12%		1 332	-2%
		Geburtshilfe	2 831	2 827	-0,1%		2 828	-0,1%		2 830	0%
Neugeborene		2 574	2 574	0%		2 574	0%		2 574	0%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	322	319	-0,9%		320	-0,6%		322	0%	
	Schwere Verletzungen	142	142	0%		142	0%		142	0%	
Total		44 616	41 943	-6%		42 834	-4%		44 260	-0,8%	

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP | GDZH SPLG-Groupen, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

6% prognostiziert. Im Maximalszenario gibt es eine leichte Reduktion der Fallzahlen von -0,8%. Den grössten Effekt hat die Ambulantisierung für die SPLB Ophthalmologie (-18% im Basisszenario), Hals-Nasen-Ohren (-15%), Gynäkologie (-12%) und Urologie (-11%). Insbesondere die Verschiebungen in den SPLB Hals-Nasen-Ohren und Urologie wurden durch die Anwendung des AOP-Kataloges identifiziert und prognostiziert.

4.2.4 Effekte durch die medizintechnische und übrige Einflussfaktoren

Effekte auf den Leistungsbedarf infolge medizintechnischer Entwicklungen sind im Basis- und im Maximalszenario integriert. Konkret geht es dabei um den Mehrbedarf von Revisionsoperationen von Hüft- und Knieprothesen (GDZH, 2021). Weitere medizintechnische Einflussfaktoren sind denkbar, lassen sich aber nicht verlässlich quantifizieren und wurden deshalb nicht in die Bedarfsprognose integriert (vgl. Kapitel 5.2.3). Tabelle T 4.7 zeigt die Auswirkungen auf die prognostizierten Fallzahlen. Im Basisszenario resultiert daraus eine Zunahme von 2% (+152 Fälle)

in dem SPLB Bewegungsapparat chirurgisch, im Maximalszenario sind es 3% (+228 Fälle).

Ebenfalls in Tabelle T 4.7 ersichtlich ist der Effekt der Korrektur der Prognose im Bereich Geburtshilfe. Da die beiden SPLB naturgemäss miteinander verbunden sind, ist es sinnvoll, den prognostizierten Leistungsbedarf im SPLB Geburtshilfe an die Prognosen im SPLB Neugeborene anzupassen (vgl. Kapitel 5.2.6). Diese Anpassung führt im Basisszenario zu einer Zunahme von 9% und im Maximalszenario von 19%. Im Minimalszenario hingegen ergibt sich ein leichter Rückgang der prognostizierten Fallzahlen (-2%).

T 4.7 Effekt durch die medizintechnischen und übrigen Einflussfaktoren nach SPLB, 2034

SPLB	Referenz	Min			Basis			Max		
	2023	2034	Δ (%)		2034	Δ (%)		2034	Δ (%)	
Bewegungsapparat chirurgisch	7 119	7 119	0%		7 271	+2%		7 347	+3%	
Geburtshilfe	2 831	2 772	-2%		3 080	+9%		3 377	+19%	
Total	44 616	44 557	-0,1%		45 017	+0,9%		45 390	+2%	

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP | GDZH SPLG-Grupper, Version 2024.0.51

© Obsan 2025

4.3 Prognostizierte Patientenströme

Eine Prognose in Bezug auf die Patientenströme ist schwierig bzw. mit grossen Unsicherheiten behaftet, zumal die Entwicklung der Patientenströme auch abhängig davon ist, welche Leistungserbringer der Kanton künftig auf der Spitalliste berücksichtigt. Angesichts dieser Unsicherheiten ist die Auswertung zur prognostizierten Abwanderung von Solothurner Patientinnen und Patienten gemäss Tabelle T 4.8 mehr als Orientierungshilfe zu verstehen.

Im Total wird im Basisszenario ein Anstieg der Abwanderung um 1134 Fälle (+6%) auf 19 766 prognostiziert, was dem generellen Anstieg der Fallzahlen entspricht (vgl. Tabelle T 4.1). Die Prognose der Patientenströme wird vor allem beeinflusst durch die Leistungsspektren der Leistungserbringer in den betreffenden Kantonen.

T 4.8 Prognostizierte Patientenströme – Abwanderung von Solothurner Patientinnen und Patienten nach Zielkanton, 2034

Zielkanton	Ref	Min		Basis		Max	
	2023	2034	Δ (%)	2034	Δ (%)	2034	Δ (%)
BE	6 621	6 285	-5%	7 018	6%	7 886	19%
AG	4 515	4 293	-5%	4 778	6%	5 359	19%
BS	3 625	3 548	-2%	3 901	8%	4 328	19%
BL	2 510	2 340	-7%	2 623	5%	2 981	19%
ZH	723	679	-6%	756	5%	852	18%
LU	257	239	-7%	267	4%	303	18%
GR	95	96	1%	105	11%	117	23%
VS	48	50	4%	54	13%	59	23%
SG	48	45	-6%	52	8%	59	23%
Übrige	190	198	4%	212	12%	230	21%
Total	18 632	17 773	-5%	19 766	6%	22 174	19%

Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien © Obsan 2025

5 Anhang

5.1 Prozess der kantonalen Spitalplanung im Detail

5.1.1 Phase 1: Bedarfsermittlung

Die Kantone ermitteln ihren Versorgungsbedarf in nachvollziehbaren Schritten. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV müssen sie sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung sind gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV auch jene Leistungen zu identifizieren, die in Einrichtungen beansprucht werden, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

K 5.1 Bedarfsermittlung im Kanton Solothurn

Für die Akutsomatik erfolgt die Ermittlung des Versorgungsbedarfs anhand des vorliegenden Berichts. Die Prognosen in Kapitel 4 zeigen den Leistungsbedarf der kantonalen Wohnbevölkerung bis 2034.

5.1.2 Phase 2: Angebotsbestimmung

Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone das Angebot gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV, welches durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen (Listenspitäler) zu sichern ist, damit die Versorgung der (kantonalen) Wohnbevölkerung gewährleistet ist. Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebots bzw. der konkreten Leistungserbringer berücksichtigen die Kantone insbesondere die Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV, namentlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität gelten die Bestimmungen von Art. 58d KVV. Gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV haben die Kantone bei der Beurteilung der Spitäler insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Ausserdem sind gemäss Art. 39 Abs. 1. Bst. d KVG private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

K 5.2 Angebotsbestimmung im Kanton Solothurn

Zentraler Bestandteil der Angebotsbestimmung ist ein öffentliches Bewerbungsverfahren für alle interessierten Leistungserbringer. Anhand der eingegangenen Unterlagen werden alle Bewerbungen hinsichtlich der Planungskriterien evaluiert. Das Ergebnis der Evaluation sowie die daraus resultierende provisorische Spitalliste Bereich Akutsomatik wird im Spitalplanungsbericht transparent dargelegt.

5.1.3 Phase 3: Sicherung des Angebots (Spitalliste)

Zur Sicherung des Angebots gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV erstellen die Kantone eine Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG. Letztere Bestimmung sowie Art. 58f Abs. 3 KVV verpflichten sie, auf der Spitalliste für jede Einrichtung die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen aufzuführen. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so wird gemäss Art. 58f Abs. 2 KVV im Leistungsauftrag festgelegt, für welchen Standort er gilt.

K 5.3 Sicherung des Angebots im Kanton Solothurn

Die Sicherung des Angebots erfolgt über den Erlass der Spitalliste Bereich Akutsomatik durch den Regierungsrat. Auf der Spitalliste Bereich Akutsomatik werden diejenigen Leistungserbringer aufgeführt, welche notwendig sind, um das nötige Versorgungsangebot sicherzustellen.

5.1.4 Überprüfung der Planung

Art. 58a Abs. 2 KVV verpflichtet die Kantone zur periodischen Überprüfung ihrer Planung. Bei allfälligen Anpassungen der kantonalen Spitalplanung werden in Anlehnung an die Empfehlungen der GDK (GDK, 2022a) unterschiedliche Ebenen von Planungseingriffen unterschieden:

Formelle Anpassung der Spitalliste: Als Änderungen der Spitallisten formeller Natur gelten insbesondere

- Nachvollzug von IVHSM-Beschlüssen;

- Nachvollzug von Anpassungen der SPLG sowie der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) und der «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen (ICD);
- Korrektur von Fehlern;
- Nachvollzug weiterer formeller Änderungen wie zum Beispiel bei Namenswechseln von Leistungserbringern.

Aktualisierung der Spitalliste ohne Neuplanung: Solange sich die in der vorherigen Spitalplanung ermittelte Bedarfsprognose als nach wie vor korrekt erweist und auch die übrigen Planungsgrundlagen noch gültig sind, ist innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität keine umfassende neue Spitalplanung notwendig. Es gibt verschiedene Gründe, warum eine bestehende Spitalliste zwischenzeitlich ohne neue Spitalplanung überprüft und aktualisiert wird, insbesondere bei:

- Entzug eines Leistungsauftrags (gesamthaft oder für eine oder mehrere Leistungsgruppen);
- Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages;
- Kündigung eines Leistungsauftrages durch ein Listenspital;
- Erteilung eines Leistungsauftrags in einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios;
- Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung;
- Kleinere Anpassungen an die Anforderungen.

Wird eine Spitalliste innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität aktualisiert, sollen die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist, bezogen auf die von der Aktualisierung direkt betroffenen Leistungserbringer, beurteilt werden. Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungsperiodizität nicht in Frage gestellt.

Neuplanung: Bei einer umfassenden Neuplanung werden grundsätzlich alle Prozessschritte gemäss Abbildung G 1.1 durchlaufen. Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Ein Bewerbungsverfahren, welches alle interessierten Leistungserbringer einbezieht, ist integraler Bestandteil der Angebotsauswahl (vgl. auch Bundesverwaltungsgerichtsentscheid C-6266/2013). Unter Berücksichtigung der Bedeutung längerfristiger Leistungsaufträge in Bezug auf Planungs- und Investitionssicherheit der Leistungserbringer erscheint eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll, oder wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfs-

prognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Die Festlegung der Periodizität solcher umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen liegt im Ermessen der Kantone.

K 5.4 Situation im Kanton Solothurn

Vorliegend handelt es sich um eine Neuplanung der Spitalliste Bereich Akutsomatik.

5.1.5 Interkantonale Koordination

Aufgrund der nach Art. 39 Abs. 2 KVG bestehenden Koordinationspflicht haben die Kantone die in Art. 58e Bst. a-b KVV aufgeführten Aufgaben wahrzunehmen: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

Die interkantonale Koordination ist umso wichtiger, als ausserkantonale Leistungserbringer für eine bedarfsgerechte Versorgung potenziell relevant sind. Die Kantone haben inner- und ausserkantonale Spitäler in ihre Spitallisten aufzunehmen, soweit dies für die Sicherstellung der Versorgung notwendig ist (Art. 58b KVV). Im Rahmen der Bedarfsanalyse der kantonalen Wohnbevölkerung (Art. 58a KVV) setzt die Erstellung einer kantonalen Spitalliste voraus, dass die Kantone den Anteil ihrer Wohnbevölkerung kennen, der Spitalbehandlungen in anderen Kantonen in Anspruch nimmt. Dazu sind sowohl Patientenzuwanderungen in den Kanton als auch Patientenabwanderungen aus dem Kanton zu analysieren.

Mit dem Inkrafttreten der KVG-Revision im Jahr 2012 wurde auch zur Förderung des Wettbewerbs die freie Spitalwahl eingeführt. 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 Krankenpflegeversicherung 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.

K 5.5 Interkantonale Koordination im Kanton Solothurn

Im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik erfolgt die interkantonale Koordination mittels Vernehmlassung der vorliegenden Bedarfsermittlung und des Spitalplanungsberichts (inkl. provisorischer Spitalliste). Die Ergebnisse der Vernehmlassungen werden bei der Finalisierung der entsprechenden Dokumente in angemessener Weise berücksichtigt.

5.2 Einflussfaktoren im Prognosemodell

5.2.1 Demographische Entwicklungen

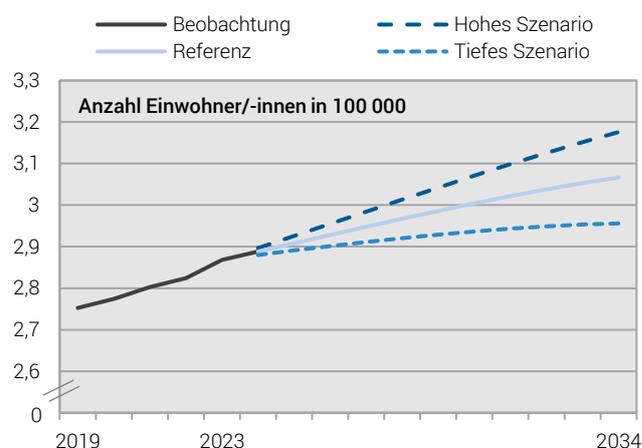
Die Bevölkerungsstruktur stellt eine zentrale Rahmenbedingung für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft – und damit für die Schaffung, Verteilung und den Erhalt von Wohlfahrt – dar. Der Altersaufbau und seine Veränderungen wirken sich auf die Rahmenbedingungen einer Gesellschaft (System der sozialen Sicherheit, insbesondere Altersvorsorge und Gesundheitssystem), das Humankapital und die Bereitstellungsaktivitäten (Zahl der Erwerbstätigen und unbezahlte Arbeit) aus. Aus den demografischen Entwicklungen ergeben sich ebenfalls weitreichende Folgen für die Gesundheitsversorgung, weshalb Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung eine wichtige Grundlage für die Bedarfssprognosen im vorliegenden Bericht darstellen. Dem Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs des Obsan liegen die Bevölkerungsszenarien des BFS zugrunde (vgl. Kapitel 2.1.4).

Gemäss dem Referenzszenario des BFS wird die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Solothurn zwischen 2023 und 2034 durchschnittlich um 0,9% pro Jahr wachsen (vgl. Abbildung G 5.1). Das entspricht einer Zunahme von 286 844 auf 306 656 Personen. Im Vergleich zum Zeitraum zwischen 2019 und 2023 ist das erwartete Bevölkerungswachstum somit leicht schwächer (+1,0%). Bei den Szenarien «Tief» und «Hoch» beträgt die prognostizierte Zunahme der Wohnbevölkerung durchschnittlich 0,3% bzw. 0,9% pro Jahr. Für den Prognosezeitraum von 2023 bis 2034 wird im Referenzszenario insgesamt ein Bevölkerungswachstum von +6,9% für den Kanton Solothurn erwartet, was unter dem gesamtschweizerischen Wachstum (+8,3%) liegt.

Die demografische Entwicklung umfasst nicht nur das Bevölkerungswachstum, sondern auch die demografische Alterung. In der Bevölkerungspyramide (Abbildung G 5.2) des Kantons Solothurn wird die Altersstruktur der Wohnbevölkerung sichtbar. Dabei fällt die Babyboom-Generation auf, die zwischen dem Ende des Zweiten Weltkriegs und dem sogenannten Pillenknick Mitte der 1960er-Jahren einen starken Anstieg der Geburtenraten erlebte. Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration gegenüber (Bucher, 2008). Der Vergleich von Ist-Zustand und Prognose macht die demografische Alterung deutlich, von welcher die Schweiz – wie die meisten modernen Industrie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Sie bezeichnet die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung und ist eine Folge der niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Das Ausmass der Alterung einer Bevölkerung wird oft durch den Altersquotienten dargestellt, der das Verhältnis der 65-jährigen und älteren Personen zu den 20- bis 64-Jährigen ausdrückt.⁸

Aktuell ist für den Kanton Solothurn – wie auch für die Schweiz insgesamt – vor allem der Alterungseffekt an der Spitze der Alterspyramide massgebend. So ist, mit Bezug auf das Referenzszenario, von der stärksten Bevölkerungszunahme in den Altersgruppen der 65- bis 79-Jährigen (+26%) und der 80-Jährigen und Älteren (+45%) auszugehen. Dementsprechend steigt bis 2034 der Altersquotient im Kanton Solothurn von 35% auf 47%. Sowohl der Jugend- wie auch der Altersquotient steigt im Kanton Solothurn stärker an als in der Schweiz.

G 5.1 Beobachtete und prognostizierte ständige Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn, 2019–2034



Bevölkerungsentwicklung, 2019-2023

Kanton	Bevölkerung		Δ 2019-2023		
	2019	2023	n	%	CAGR
SO	275 247	286 844	+11 597	+4,2%	+1,0%

Bevölkerungsprognose, 2023-2034

Szenario	Bevölkerung		Δ 2023-2034		
	2023	2034	n	%	CAGR
Referenz	286 844	306 656	+19 812	+6,9%	+0,6%
Hoch	286 844	317 573	+30 729	+10,7%	+0,9%
Tief	286 844	295 592	+8 748	+3,0%	+0,3%

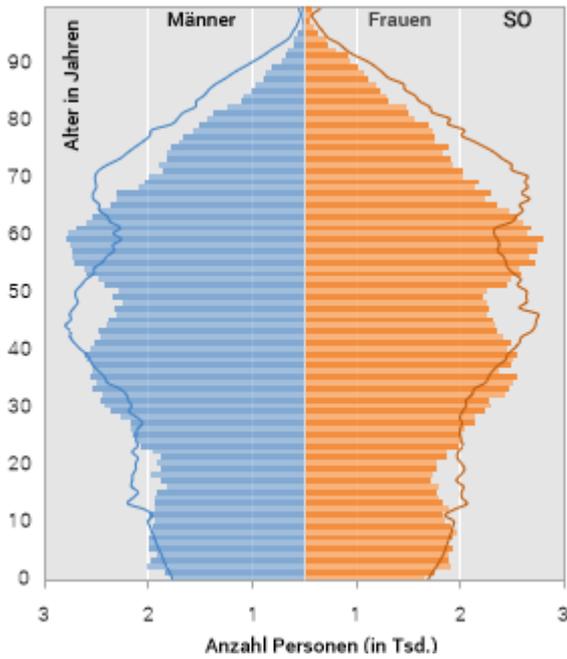
Bemerkung: CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quelle: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien 2025–2055 (Zugriff 15. 4.2025)

© Obsan 2025

⁸ Vgl. auch <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/quer-schnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/altersquotient.html>.

G 5.2 Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung im Kanton Solothurn, 2023–2034



Männer 2023 = ■ = Frauen 2023
 Prognose Männer 2034 = — = Prognose Frauen 2034
 (Referenzszenario) (Referenzszenario)

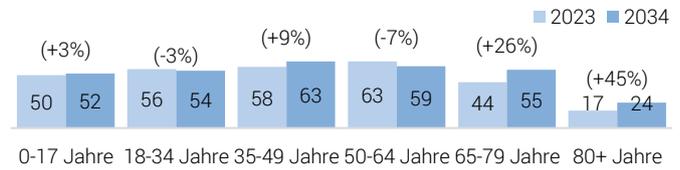
Kennzahlen	SO			CH		
	2023	2034	Δ	2023	2034	Δ
Bevölkerung	0,3 Mio.	0,3 Mio.	+7%	9,0 Mio.	9,7 Mio.	+8%
Jugendquotient	32%	34%	+2 pp.	33%	33%	-0 pp.
Altersquotient	35%	47%	+12 pp.	32%	39%	+7 pp.

pp. = Prozentpunkte, Δ = Veränderung (Delta)

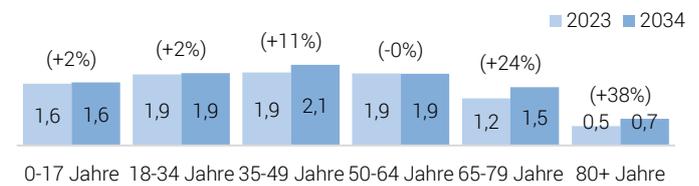
Relative Anteile pro Altersgruppe SO und CH, 2023-2034

Land	Jahr	Anteile pro Altersgruppe (%)					
		0-17 Jahre	18-34 Jahre	35-49 Jahre	50-64 Jahre	65-79 Jahre	80+ Jahre
SO	2023	17%	19%	20%	22%	15%	6%
	2034	17%	18%	21%	19%	18%	8%
CH	2023	18%	21%	21%	21%	14%	6%
	2034	17%	19%	22%	19%	16%	7%

**Wohnbevölkerung (in Tsd.) pro Altersgruppe, SO
Wachstumsrate in % in Klammer**



**Wohnbevölkerung (in Millionen) pro Altersgruppe, CH
Wachstumsrate in % in Klammer**



Quelle: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien 2025-2055 (Zugriff 15. 4. 2025)

© Obsan 2025

5.2.2 Epidemiologische Entwicklungen

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verbreitung und den Ursachen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Populationen. Untersucht werden die vielfältigen Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit von Individuen und Populationen beitragen. Als epidemiologische Entwicklungen zählen demgemäss zeitliche Trends, welche dazu führen, dass sich der Bedarf gewisser im Spital durchgeführter Behandlungen oder Interventionen künftig verändern wird. Ein Beispiel dazu: Geht man von einem rückläufigen Anteil Raucher unter den erwachsenen Männern aus, so kann von einem abnehmenden Trend in Bezug auf Behandlungen von Lungenkrebs in dieser Population ausgegangen werden.

Grundsätzlich ermöglicht es das Prognosemodell des Obsan, epidemiologische Entwicklungen zu berücksichtigen. Solche Annahmen über epidemiologische Entwicklungen können basierend auf Trends in der Vergangenheit abgeleitet werden.

Im vorliegenden Bericht wird die demografische Alterung als zentraler epidemiologischer Einflussfaktor über die Bevölkerungsszenarien des BFS in die Bedarfsprognose integriert. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz, welche eine Quantifizierung epidemiologischer Effekte erlauben würde, sowie in Anlehnung an die Arbeiten der GDZH (vgl. Kasten K 5.6) wird darauf verzichtet, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen ins Modell einfließen zu lassen.

5.2.3 Medizintechnische Entwicklungen

Als medizintechnische Entwicklungen können die Einführung und Verbreitung neuer Technologien zur Diagnostik (z.B. bildgebende Verfahren), zur Therapie (z.B. minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (z.B. Sekundärprophylaxe) verstanden werden. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden können die Fallzahlen erhöhen oder verringern. So können sie dazu führen, dass mehr Patientinnen und Patienten eine Diagnose bzw. Behandlung erhalten und dementsprechend zu einem Anstieg der Fallzahlen führen. Andererseits kann der medizintechnische Fortschritt auch eine Reduktion der Komplexität von medizinischen Eingriffen und Behandlungen herbeiführen und dafür sorgen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr (zwingend) stationär erbracht werden müssen. In diesem Fall können bisher stationär durchgeführte Leistungen durch ambulante Behandlungsformen substituiert werden, was zu einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich führt. Somit bergen medizintechnische Entwicklungen ein grosses Verlagerungspotenzial, zu dessen Ausschöpfung diese medizintechnischen Entwicklungen häufig durch regulatorische Massnahmen oder ökonomische Anreize begleitet werden. Demgemäss können massgebliche Wechselwirkungen zwischen medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen bestehen, was es erschwert, die betreffenden Effekte eindeutig zuzuordnen. Im Modell des Obsan werden die Verlagerungseffekte aufgrund medizintechnischer Entwicklungen mit Bezug auf die Einführung von Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen in die Prognose integriert.

Voraussetzung zur Verwendung der Prognose ist jedoch – analog zu den epidemiologischen Entwicklungen – dass quantitative Annahmen zu den Auswirkungen dieser Entwicklungen vorliegen (z.B. auf Ebene einzelner Leistungsgruppen, Diagnosen oder Behandlungsarten). Die Quantifizierung der Auswirkungen medizintechnischer Entwicklungen auf den künftigen Leistungsbedarf ist allerdings schwierig, da diese Effekte – aufgrund ihrer technologischen Neuartigkeit – nicht aus den vorhandenen Routedaten abgeschätzt werden und vielfältig wirken können. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Entwicklung in der Prognoseperiode tatsächlich eintritt, ist gering. Da es aber sehr viele mögliche Entwicklungen gibt, ist es in der Summe durchaus realistisch, dass eine von ihnen eintritt und zu substantiellen Veränderungen in einer oder mehreren SPLG führt. Es ist jedoch nicht vorhersehbar, was für eine Entwicklung eintritt und wie sie die Behandlung in den betroffenen SPLG verändern wird (GDZH, 2021).

Als Grundlage für die Quantifizierung medizintechnischer Entwicklungen eignen sich vor allem Expertenbefragungen, je nachdem gekoppelt mit einer systematischen Analyse der Forschungsliteratur. Auch im Rahmen der Planung in der hochspezialisierten Medizin (HSM) werden für die Bedarfsanalysen die wesentlichen Entwicklungen in der Medizintechnik identifiziert und deren Auswirkungen auf den künftigen Leistungsbedarf mittels Experteneinschätzungen quantifiziert (vgl. u.a. Wehrli, 2015).

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Vorarbeiten im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich (GDZH, 2021; Hess et al., 2009; Hess et al., 2016). Ausgehend davon lassen sich in der

K 5.6 Evidenz aus der Fachliteratur zur epidemiologischen Entwicklung

Eine weitere Möglichkeit, epidemiologische Entwicklung in die Bedarfsprognose einzubeziehen, besteht darin, sich auf die empirische Evidenz aus der Fachliteratur zu stützen. Für die Spitalplanung 2012 mandatierte die GDZH das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM), ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen zu erstellen. Das ISPM führte eine breite Literaturlanalyse durch, um die relevanten Trendinformationen zu Interventionen, Krankheiten und Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz zu erfassen (ISPM, 2009). Die entstandenen quantifizierten Hypothesen verwendete die GDZH im Rahmen ihrer Spitalplanung 2012 (GDZH, 2009) sowie für die Aktualisierung der Bedarfsprognose in der Akutsomatik 2015–2025 (GDZH, 2017).

Im Zuge der Spitalplanung 2023 der GDZH wurden die Annahmen zu den epidemiologischen Entwicklungen erneut untersucht. Wiederum wurden kaum auffällige epidemiologische Entwicklungen identifiziert. Demzufolge verzichtete die GDZH in der Spitalplanung 2023 darauf, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen – die über die Alterung der Bevölkerung hinausgehen – in der Bedarfsprognose zu berücksichtigen (GDZH, 2021). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Quantifizierung der Effekte epidemiologischer Entwicklungen äusserst schwierig ist. Dementsprechend gibt es in der Fachliteratur nur wenige Studien, die solche Prognosen anstellen. Noch weniger Studien sind auf die Schweiz anwendbar.

Akutsomatik nur für einen Leistungsbereich bedeutsame Effekte auf den prognostizierten Leistungsbedarf quantifizieren. So wird von einer Zunahme der Revisionen bei Knie- und Hüftprothesen (BEW7.1.1 und BEW7.2.1) in der Orthopädie ausgegangen. Gestützt wird diese Annahme durch den Anstieg dieser Operationen in den letzten Jahren, was bedeutet, dass eine Revision dieser Prothesen nach einer bestimmten Zeitdauer notwendig wird. Für die übrigen Leistungsbereiche der Akutsomatik werden keine medizintechnischen Entwicklungen mit Auswirkungen auf den künftigen Leistungsbedarf im Prognosemodell berücksichtigt. Insgesamt haben die medizintechnischen Entwicklungen einen eher geringen Einfluss auf die vorliegende Bedarfsprognose.

5.2.4 Ökonomische Entwicklungen

Ökonomische Anreize können die Entwicklungen in der Erbringung und Inanspruchnahme bestimmter Versorgungsleistungen massgeblich beeinflussen. Im Kontext der stationären Versorgung sind vor allem die potenzielle Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Leistungen sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von Fallpauschalen von wesentlicher Bedeutung.

Ambulantisierung

In den letzten Jahren ist die Verlagerung von Gesundheitsdienstleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Thema geworden. Grundsätzlich gilt, je unattraktiver die Vergütung nach stationärem Tarif gegenüber der Vergütung der korrespondierenden ambulanten Leistungen ist, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.

Behandlungen können sowohl komplett wie auch teilverlagert werden. Werden Behandlungen komplett vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert, so führt dies zu einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich. Bei Teilverlagerungen von Komponenten stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich könnte z.B. die Hauptbehandlung nach wie vor stationär im Spital erfolgen, ein Teil der Untersuchungen und Abklärungen würde jedoch in den ambulanten Bereich verlagert (Felder et al., 2014; Widmer et al., 2017). Während sich Gesamtverlagerungen stationärer Leistungen insbesondere auf die Fallzahlen bzw. die Hospitalisierungsraten auswirken, beeinflussen Teilverlagerungen in erster Linie die Dauer der stationären Aufenthalte.

Um die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern, haben mehrere Kantone Listen mit chirurgischen Leistungen eingeführt, die, ausser bei begründeter medizinischer Kontraindikation, ambulant durchgeführt werden müssen. Auch der Bund hat mit der Anpassung der am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Verordnung über Leistungen der OKP entsprechende Vorschriften erlassen (vgl. auch BAG 2019). Diese Regeln «ambulant vor stationär» (AVOS) gelten auf gesamtschweizerischer Ebene und betrafen ursprünglich sechs Gruppen von chirurgischen Leistungen. Ende 2022 hat der Bund beschlossen, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgrund eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Evaluationsberichts zu ändern und empfiehlt eine gesamtschweizerische Harmonisierung der verschiedenen Listen der Kantone und des Bundes. Die KLV hat deshalb per 1. Januar 2023 die Liste der ambulant zu erbringenden Eingriffen von ursprünglich 6 auf 18 Gruppen erweitert.

Nicht alle Fälle, bei denen grundsätzlich ambulant durchführbare Behandlungen kodiert sind, könnten de facto auch ambulant behandelt werden. Letzteres ist zum Beispiel der Fall, wenn schwere Nebenerkrankungen vorliegen oder wenn im Rahmen des in AVOS-gelisteten Eingriffes weitere Eingriffe vorgenommen werden, die eine stationäre Aufnahme des Patienten/der Patientin erfordern. Deshalb wird zusätzlich berücksichtigt, welche der zuvor identifizierten Fälle bestimmte Kriterien für eine stationäre Durchführung erfüllen. Dabei werden die Kriterien des BAG gemäss Anhang 1a KLV berücksichtigt. Trotz Einbezug dieser Kriterien ist es wahrscheinlich, dass immer noch zu viele Fälle als verlagerbar klassifiziert sind. Grund dafür ist vor allem, dass nicht alle Kriterien gemäss Anhang 1a KLV überhaupt in der MS kodierbar sind. Um dieser Situation Rechnung zu tragen, nimmt der

Kanton eine Schätzung vor, um den Anteil der tatsächlich ambulant behandelten Fälle zu bestimmen.

Das Obsan hat das Thema ambulant vor stationär im Rahmen diverser Studien und Analysen aufbereitet und so wesentliche Grundlagen für die politische Diskussion geschaffen (vgl. v.a. Roth & Pellegrini 2018a, 2018b, 2021). Die Änderung der KLV fördert die Ambulantisierung und sollte zu einer weiteren Abnahme der stationären und Zunahme der ambulanten Versorgung führen. Der internationale Vergleich lässt vermuten, dass in Bezug auf die Ambulantisierung durchaus noch Potential vorhanden ist.

In Deutschland haben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Vertrag über die Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe geschlossen (AOP-Vertrag). Die darin vereinbarte Liste ambulant durchzuführender Eingriffe (AOP-Katalog)⁹ ist deutlich umfassender als die AVOS-Listen in der Schweiz. Das Obsan hat die Anwendbarkeit des AOP-Katalogs auf die Schweizer Daten 2019 untersucht (Roth, Pellegrini & Jörg, 2023). Der grössere Umfang des AOP-Katalogs zur AVOS-Liste, lässt sich u.A. durch drei Gründe erklären: (1) Ca. 60% der Eingriffe im deutschen Katalog erfolgen in der Schweiz bereits weitgehend ambulant; (2) die AVOS-Liste konzentriert sich auf die Eingriffsgruppen mit dem grössten Verlagerungspotenzial; (3) Während alle Eingriffsgruppen in der AVOS-Liste im AOP-Katalog vorkommen, so fehlen Lymphsystem, Neurologie und Haut in der AVOS-Liste.

Im Unterschied zur AVOS-Liste sind für den AOP-Katalog keine Ausnahmekriterien definiert, welche eine stationäre Durchführung des Eingriffes rechtfertigen. Für die Analyse der Übertragbarkeit des AOP-Katalogs kamen deshalb im vorliegenden Bericht folgende Kriterien zum Einsatz: Ein PCCL (Patient Clinical Complexity Level) = 0 und ein Spitalaufenthalt von maximal 2 Tagen. Der PCCL beschreibt den patientenbezogenen Gesamtschweregrad und bildet insbesondere die Multimorbidität ab. Das Vorliegen von Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen kann die Behandlung erschweren. Entsprechend gilt: Je niedriger der PCCL, desto eher ist eine ambulante Behandlung möglich. Ein PCCL von 0 stellt die niedrigste Schweregradstufe dar und steht somit für Patientinnen und Patienten bzw. Spitalaufenthalte mit vergleichsweise geringem Behandlungsaufwand.

Auch längere Spitalaufenthalte sind in der Regel Ausdruck schwerer Krankheitsbilder oder komplexer Therapien. Je länger der Aufenthalt, desto unwahrscheinlicher ist eine Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich. Bei der Ermittlung der Verlagerbarkeit werden daher ausschliesslich Fälle mit einer Verweildauer bis maximal zwei Tagen berücksichtigt – bei längeren Aufenthalten erscheint eine ambulante Versorgung nicht plausibel.

⁹ Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog), Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V. Stand: 01.01.2019, www.dkgv.de.

Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Im Zuge der Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik (Vergütung durch SwissDRG) wurde insbesondere eine Auswirkung auf die Aufenthaltsdauern aufgrund des ökonomischen Drucks erwartet. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie Tagespauschalen) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pauschal pro Behandlungsfall, wodurch aus Sicht der Leistungserbringer der Ertrag weitgehend unabhängig von der Dauer des Aufenthalts ist, gleichzeitig die (Opportunitäts-)Kosten aber mit jedem Aufenthaltstag massgeblich steigen. In Kohärenz mit diesen Annahmen war schliesslich in den Jahren nach Einführung der SwissDRG ein kontinuierlicher Rückgang der MAHD in fast allen Kantonen feststellbar. Allerdings ist festzuhalten, dass bereits vor Einführung der Fallpauschalen ein kontinuierlicher Rückgang der Aufenthaltsdauern zu beobachten war. Inwiefern und in welchem Ausmass die Einführung einheitlicher Fallpauschalen die Entwicklung der MAHD seit 2012 beeinflusst hat, kann nicht abschliessend geklärt werden (Tuch et al., 2018). Ungeachtet dessen stellt sich die Frage, inwiefern Annahmen zur Entwicklung der Aufenthaltsdauern zum aktuellen Zeitpunkt zweckmässig sind. Einerseits kann argumentiert werden, dass der Druck auf die Aufenthaltsdauer aufgrund der Opportunitätskosten in einem Fallpauschalensystem bestehen bleibt. Andererseits könnte auch argumentiert werden, dass das vor der Einführung der SwissDRG bestehende Potenzial zur Reduktion der MAHD heute weitgehend ausgeschöpft ist. Demgemäss wäre es nicht plausibel, die sinkende Tendenz der Aufenthaltsdauern seit Einführung SwissDRG im selben Ausmass fortzuschreiben.

Da die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Solothurner Patientinnen und Patienten niedriger ist als der schweizweite Schnitt, wurde für den vorliegenden Bericht die Annahme getroffen, dass es zu keiner Angleichung der Aufenthaltsdauer vom Kanton Solothurn an die Gesamtschweiz kommt.

5.2.5 Angleichung der Hospitalisierungsraten

Wie bereits im Kapitel 2.4 erwähnt, verwendet das Prognosemodell die Hospitalisierungsraten im Referenzjahr (nach Leistungsgruppe, Wohnkanton sowie Geschlecht und Altersgruppe) als Grundlage für die Prognose des Leistungsbedarfs. Diese Hospitalisierungsraten resultieren aus der effektiven Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung im Referenzjahr. Es ist durchaus üblich, sich bei der Prognose des Versorgungsbedarfs auf die aktuelle Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu stützen (Carr-Hill et al., 1994). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass dies auf der vereinfachenden Grundannahme beruht, dass sich der legitime Versorgungsbedarf direkt in der Inanspruchnahme des Versorgungssystems niederschlägt (Schliwen, 2015). Jedoch ist die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen nicht eine alleinige Folge des Bedarfs (McGregor et al., 2008). Zu berücksichtigen sind unter anderem die regionalen Angebotska-

pazitäten sowie die Erreichbarkeit ebendieser Versorgungsangebote (vgl. auch Abbildung G 5.3). Die Variation der Inanspruchnahme spiegelt bei kleinräumiger Betrachtung somit nicht nur die Variation des Versorgungsbedarfs, sondern auch die Variation des regionalen Angebots und Zugangs wider (Sheldon et al., 1993). Anders ausgedrückt: Unterschiede in den kantonalen Hospitalisierungsraten haben unterschiedliche Ursachen. Dazu gehören:

- Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und damit einhergehend Unterschiede in der Morbiditätslast;
- Gesellschaftliche oder kulturelle Gründe wie unterschiedliche Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten;
- Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung.

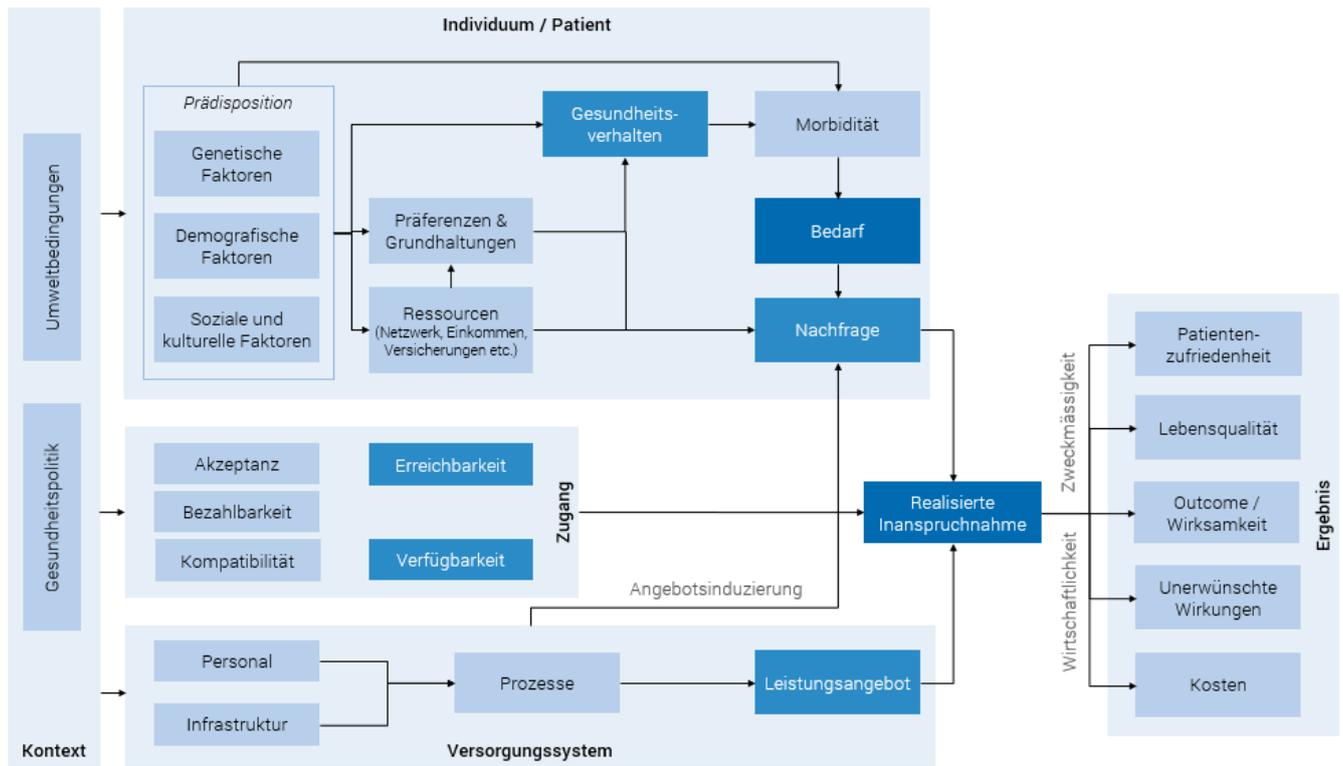
Während Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur sowie gesellschaftliche oder kulturelle Gründe tatsächliche Unterschiede im Bedarf begründen, führen Unterschiede aufgrund von Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung dazu, dass der tatsächliche Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung in der Inanspruchnahme nicht adäquat abgebildet wird. Weil für die Prognose die kantonale bzw. die regionale Inanspruchnahme im Kanton Solothurn im Referenzjahr verwendet wird, besteht somit das Risiko, dass zum Ausgangszeitpunkt bestehende Über- oder Unterversorgungszustände weiter manifestiert werden (SVR, 2018). Wann genau regionale Unterschiede in einem spezifischen Leistungsbe- reich auf eine Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung zurückzuführen sind, ist allerdings schwierig zu bestimmen. Gleichzeitig fehlt es an fachlich-inhaltlichen Massstäben für die Ermittlung des absoluten Versorgungsbedarfs einer Bevölkerung, unabhängig von der Inanspruchnahme (Czaja et al., 2012). Dennoch erscheint es für die kantonale Planung sinnvoll, mögliche Verzerrungen in der Bedarfsschätzung zu berücksichtigen. Im Prognosemodell wird diesem Umstand anhand von unterschiedlichen Szenarien zur Angleichung der Hospitalisierungsraten Rechnung getragen. Je nach Szenario liegen unterschiedliche Annahmen bezüglich der Annäherung der kantonalen Raten an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, Altersgruppe und Leistungsgruppe zugrunde.

5.2.6 Übrige Einflussfaktoren

Korrektur Geburtshilfe

Naturgemäss besteht eine direkte Abhängigkeit des Leistungsbedarfs in der stationären Geburtshilfe von der Anzahl Geburten. Bei der Prognose der Fallzahlen ausgehend von den Bevölkerungsszenarien des BFS wird dieser Abhängigkeit nicht automatisch Rechnung getragen. Die Prognose der Fallzahlen und Pflorgetage ist primär von der Geschlechts- und Altersverteilung in einem SPLB und deren künftigen Entwicklung abhängig. Im Kanton Solothurn wird eine stagnierende bis leicht steigende Geburtenrate

G 5.3 Modell zum Bedarf, zur Nachfrage und Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Andersen (1968, 1995), Penchansky & Thomas (1981) und Donabedian (1980) © Obsan 2025

prognostiziert, während die Zahl der Personen in den geburtenstärksten Altersgruppen tendenziell abnimmt. Das kann dazu führen, dass der prognostizierte Leistungsbedarf in den SPLB Geburtshilfe und Neugeborene divergieren kann, wenn dieser ausschliesslich basierend auf den Bevölkerungsszenarien berechnet wird. Durch die nachträgliche Anpassung der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen in der Geburtshilfe an die Prognose im SPLB Neugeborene, wird die Kohärenz zwischen den beiden SPLB sichergestellt. Der SPLB Neugeborene dient dabei als Referenzpunkt, weil die Bevölkerungsprognosen des BFS in Bezug auf die Neugeborenen vielfältige Einflussfaktoren berücksichtigen, die über die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter hinausgehen. Dazu gehören beispielsweise Annahmen zur Entwicklung der Fertilität sowie das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt.

Covid-19-Pandemie

Die langfristigen Folgen der Covid-19-Pandemie für die stationäre Gesundheitsversorgung sind nach wie vor schwierig zu quantifizieren. Verschiedene Studien legen nahe, dass Covid-19 nicht nur das pulmonale Organsystem beeinträchtigt (Xie et al., 2022; Pavel

et al., 2022; Katsoularis, 2022; Douaud et al., 2022; Liu et al., 2022; Al-Aly et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2021). Somit sind dauerhafte Auswirkungen auf fast alle Organe zu befürchten (vgl. Empfehlung zur Erfassung von Todesfällen¹⁰ der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC). Die Behandlung von Personen mit Covid-19-Folgeerkrankungen könnte sich auf den stationären und den ambulanten Bereich auswirken, aber es gibt noch nicht genügend Erfahrungswerte, um diese zusätzliche Beanspruchung in den Prognosen zu berücksichtigen.

Inwieweit das Auftreten neuer Varianten und wiederholter Infektionen in einer weitgehend geimpften und/oder bereits infizierten Bevölkerung wie der Schweiz Auswirkungen auf deren Gesundheit haben könnten, muss ebenfalls noch geklärt werden, bevor die Planung des Gesundheitssystems diesbezüglich verfeinert werden kann. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Reinfektionen die Gesamtmortalität und die gesundheitliche Beeinträchtigung sowohl in der akuten als auch in der postakuten Phase erhöhen, und unterstreichen somit die Bedeutung der Prävention von Reinfektionen (Bowe et al., 2022; Kuang et al., 2023). Die epidemiologischen Folgen von Covid-19 könnten durch medizintechnische Fortschritte (z.B. Entwicklung alternativer Impf-

¹⁰ «Emerging evidence suggests that severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the virus that causes COVID-19, can have lasting effects on nearly every organ and organ system of the body weeks, months, and potentially years after infection (11,12).

Documented serious post-COVID-19 conditions include cardiovascular, pulmonary, neurological, renal, endocrine, hematological, and gastrointestinal complications (8), as well as death (13)» (Report No. 3, April 2020 - Erweitert Februar 2023. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/vsrg/vsrg03-508.pdf>)

stoffe, insbesondere eines nasalen Impfstoffs, der die Übertragung einschränkt, neue Medikamente) und/oder Investitionen in die Infektionsprävention (z.B. der Einsatz von Technologien zur Verbesserung der Luftqualität in geschlossenen Räumen¹¹) abgemildert werden. Jedoch erscheint die Erstellung mittelfristiger Hypothesen zu riskant. Auch die GDZH (GDZH, 2021) ist der Ansicht, dass allfällige langfristige Auswirkungen durch Covid-19 aktuell in den Prognosen nicht berücksichtigt werden können.

5.3 Definitionen und Berechnung einzelner Kennzahlen

5.3.1 Falldefinition und Abgrenzung der Versorgungsbereiche

Ein Fall entspricht einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, welche während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden (A-Fälle). B-Fälle weisen ein Eintrittsdatum im Datenjahr auf, wurden aber in diesem Jahr noch nicht entlassen. Sie werden nicht berücksichtigt, da einerseits nur unvollständige Daten vorliegen und andererseits Doppelzählungen vermieden werden sollen, z.B. könnte der Fall im Folgejahr zu einem A-Fall werden und für dieses Jahr berücksichtigt werden. Seit der Einführung von SwissDRG (2012), TARPSY (2018) bzw. ST Reha (2022) werden Fälle zusammengeführt, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen rehospitalisiert werden (Fallzusammenführung).

Zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation werden die Fälle in der MS anhand des in der KS enthaltenen Spitaltyps gemäss Krankenhaustypologie, der Hauptkostenstelle (Variable 1.4.V01) und dem Abrechnungstarif (Variable 4.8.V01) abgegrenzt (Tabelle T 5.1). Das geschieht in vier Schritten:

1. Zuerst erfolgt auf Basis der Hauptkostenstelle eine Zuweisung zur Psychiatrie (M500) bzw. zur Rehabilitation (M950).
2. Unter den übrigen Fällen werden anhand des Spitaltyps weitere Psychiatrie- (K211, K212) bzw. Rehabilitationsfälle (K221) identifiziert.
3. Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (K234) bzw. Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) werden anschliessend auf Basis des Abrechnungstarifs der Akutsomatik oder der Rehabilitation zugewiesen.
4. Zuletzt werden bei einzelnen Spitälern Anpassungen hinsichtlich der Abgrenzung vorgenommen, die sich auf die Ergebnisse der Daten-Plausibilisierung, Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen stützen und in einem zentralen System (ObsanSITE) dokumentiert werden.

5.3.2 Aufenthaltsdauer

Für die Akutversorgung (einschliesslich Akutgeriatrie) wird die Aufenthaltsdauer gemäss SwissDRG verwendet. Diese wird gemäss den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung berechnet (SwissDRG, 2019):

Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Unterbrüche – Urlaubstage

Unterbrüche entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen aufgrund von Wiedereintritten. Urlaubstage reflektieren Abwesenheiten von mindestens 24 Stunden und bleibender Bettenreservierung. Bei Todesfällen und Überweisungen in ein anderes Spital mit Ein- und Austritt am gleichen Tag ist die Aufenthaltsdauer gleich ein Tag. Für die Berechnung der MAHD im vorliegenden Bericht ist die individuelle maximale Dauer auf 365 Tage beschränkt.

T 5.1 Definition der Versorgungsbereiche

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Definition des Falls ¹⁾	A	A, C	A
Hauptkostenstelle (HKST) ²⁾	Übrige	M500	M950
Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie ³⁾	Übrige	K21	K221
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit HKST M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit Spitaltyp K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Spital- und standortspezifische Anpassungen	ja	ja	ja

Bemerkungen:

1) A=Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C=Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt.

2) M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatrie; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation.

3) K21=Psychiatrische Kliniken; K221=Rehabilitationskliniken; K234=Geriatriische Kliniken.

4) Abrechnungstarif: 1=Behandlungsfall wurde über SwissDRG abgerechnet.

Quelle: Obsan – ObsanSITE; BFS – Krankenhaustypologie

© Obsan 2025

¹¹ Vgl. https://www3.weforum.org/docs/AM23_Health_and_Safety_Measures.pdf

5.3.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten

Standardisierte Hospitalisierungsraten ermöglichen einen Vergleich verschiedener Regionen oder Länder, ohne dass die abgebildeten Raten von demografischen Unterschieden verzerrt werden. Die in diesem Bericht dargestellten Raten sind nach Alter und Geschlecht standardisiert; das bedeutet, dass die Ergebnisse um die Variationen korrigiert werden, die in der demografischen Struktur der Kantone bestehen.

Die Standardisierung erfolgt nach der direkten Methode und anhand der folgenden Berechnungsformel:

$$R = \frac{\sum_{i,j} (N_{ij} * r_{ij})}{\sum_{i,j} N_{ij}}$$

- R = Standardisierte Raten nach Alter und Geschlecht
 N_{ij} = Anzahl der Personen der Altersklasse i des Geschlechts j in der Standardbevölkerung
 r_{ij} = Anzahl der Personen der Altersklasse i des Geschlechts j in der untersuchten Population

Als Standardbevölkerung wird die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet. Mit der Standardisierung erhält man die Rate, die die untersuchte Bevölkerung aufweisen würde, wenn sie die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die Standardbevölkerung hätte. Die 95%-Vertrauensintervalle wurden dabei auf der Grundlage einer Gamma-Approximation der Varianz der Rate berechnet (Tiwari et al., 2006). Das Vertrauensintervall ist ein Mass der Präzision der Schätzung und definiert die Grenzen, innerhalb derer der «wahre» Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt.

5.3.4 Kennzahlen Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme ist eine wichtige Komponente der Spitalplanung, da sie die Koordination zwischen den Kantonen erfordert. Die Analyse der Patientenströme dient, kurz gesagt, dazu, die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen aufzuzeigen, so dass diese in den Planungen entsprechend berücksichtigt werden können. In Tabelle sind verschiedene Indikatoren aufgeführt, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen.

T 5.2 Indikatoren Patientenströme

Indikator	Beschreibung	Formel
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region). Die Zuwanderung ist folglich die absolute Anzahl der nicht im Kanton (in der Region) wohnhaften Patient/-innen, die für eine Behandlung in den Kanton (die Region) kommen.	$Z_k =$ Hospitalisierungen im Kanton/Region k von Patient/-innen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons bzw. der Region k
Zustrom, %	Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) kommenden Patient/-innen an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region).	$Zustrom_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $H_k =$ Hospitalisierungen in Standorten im Kanton bzw. in der Region k
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) von Patient/-innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons (der Region). Die Abwanderung ist folglich die absolute Anzahl der Patient/-innen aus dem Kanton (der Region), die sich ausserhalb des Kantons (der Region) behandeln lassen.	$A_k =$ Hospitalisierungen ausserhalb vom Kanton/Region k von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Abfluss, %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region).	$Abfluss_k = \frac{A_k}{P_k}$ $P_k =$ Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Market Share Index (MSI), %	Der Market Share Index zeigt, wie viele der in einem Kanton (oder in einer Region) hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region) ab, die in einem Spital mit Standort innerhalb des Kantons (der Region) behandelt werden.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - Zustrom_k$
Lokalisationsindex (LI), %	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bezeichnet den Anteil der in einem Kanton (oder in einer Region) wohnhaften Fälle, die im Kanton (in der Region) hospitalisiert werden, an allen Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region). Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton (in der eigenen Wohnregion) hospitalisiert wird und somit im Kanton (in der Region) «bleibt».	$LI_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - Abfluss_k$
Nettowanderung (auch Absolut-Saldo, Huber, 2015)	Die Nettowanderung zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb eines Kantons (einer Region) kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton (der Region) hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons (der Region) kommen als vom Kanton (von der Region) aus in andere Kantone (Regionen) gehen. Ist der Saldo nahe null, so deutet dies auf einen zahlenmässigen Ausgleich der hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse hin.	$Nettowanderung_k = Z_k - A_k$
Exportindex (EI)	Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung. 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.	$EI = \frac{A_k}{Z_k}$

Quelle: Huber,2015; Pellegrini & Luyet, 2012; Matter-Walstra et al.,2006

© Obsan 2025

6 Literaturverzeichnis

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. (2021). *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. *Nature* 594, 259–264
- Andersen, R. M. (1968). *A behavioural model of families: Use of health services*. Research Series No. 25. Chicago, IL: Chicago Center for Health Administration Studies, University of Chicago
- Andersen, R. M. (1995). *Re-visiting the behavioural model and access to medical care: does it matter?*. *Journal of Health Social Behavior*, 36, 1-10. doi:10.2307/2137284
- BAG (2019). *Faktenblatt: Regelung „ambulant vor stationär“*. Bundesamt für Gesundheit. 29. April 2019, www.bag.admin.ch.
- BFS (2006). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie*. Neuchâtel, November 2006, Version 5.2, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch
- BFS (2025). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2025-2055*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch
- Bowe, B., Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection (2022)*. *Nat Med* 28, 2398–2405. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02051-3>
- Bucher, H.-P. (2008). *Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050*. Statistisches Amt des Kantons Zürich, www.statistik.zh.ch.
- Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services*. *British Medical Journal*, 309(6961), 1046– 1049.
- Czaja, M., Meinschmidt, G. & Bettge, S. (2012). *Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte*. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 66(3), 34–43. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring*, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. (2022) *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. & Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulantem Sektor*. Basel. www.fmh.ch
- GDK (2018). *Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung: Empfehlung der GDK. Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_d.pdf
- GDK (2022a). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007, der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23.6.2021 und der Rechtsprechung vom 1.1.2012 bis 31.12.2021. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 und am 25.5.2018 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 20.5.2022*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung_revidiert_20220520_def_d.pdf
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2017). *Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 – 2025*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Februar 2017. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplaner_kliniken/spitalplanung/bericht_bedarfsprognose_2015_2025.pdf
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. www.gd.zh.ch.
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der*

- Kantone Bern und Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). www.gd.zh.ch.
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- 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.
- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Katsoularis I., Fonseca-Rodríguez O., Farrington P., et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 2022 Apr; 377:e069590. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069590>.
- Kuang, S., Earl, S., Clarke, J., et al. (2023). *Experiences of Canadians with long-term symptoms following COVID-19. Insights on Canadian Society*. December 2023. Statistics Canada Catalogue no. 75-006-X. statcan.gc.ca
- Liu Y., Chen Y., Wang Q., et al. *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Neurol*. 2022; 79(5):509–517. doi: [10.1001/jamaneurol.2022.0461](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0461)
- Matter-Walstra, K.; Widmer, M.; Busato, A. (2006). *Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland*, *BMC Health Services Research*, (6), p. 119, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-119>.
- McGregor, P., McKee, P. & O'Neill, C. (2008). *The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison*. *The European Journal of Health Economics*, 9(2), 147– 156.
- Pavel B., Moroti R., Spataru A., Popescu MR, Panaitescu AM, Zagrean A-M. *Neurological Manifestations of SARS-CoV2 Infection: A Narrative Review*. *Brain Sciences*. 2022; 12(11):1531. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111531>
- Penchansky R., Thomas J.W. (1981). *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction*. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127-40. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001. PMID: 7206846.
- Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pérez-Gómez, A., Vitallé, J., Gasca-Capote, C. et al. *Dendritic cell deficiencies persist seven months after SARS-CoV-2 infection*. *Cell Mol Immunol* 18, 2128–2139 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41423-021-00728-2>
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018a). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Obsan Dossier 63)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018b). *Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. & Jörg, R. (2023). *Catalogue allemand d'interventions ambulatoires: contenu, volumes concernés et part ambulatoire en Suisse (Obsan Rapport 04/2023)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Sheldon, T. A., Smith, G. D. & Bevon, G. (1993). *Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS*. *British Medical Journal*, 306, 835–839.
- Schliwen, A. (2015). *Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System*. Frankfurt a. M., Deutschland: Peter Lang International Academic Publishers. <http://dx.doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9>
- SVR (2018). *Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsge-rechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, www.svr-gesundheit.de
- SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. (Version Juni 2019). Gültig ab 1.1.2020*, https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf
- SwissDRG (2022). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha (Version Mai 2021). Gültig ab 01.01.2022*, https://www.swissdrg.org/application/files/4116/2402/3114/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha.pdf

- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates*. *Statistical methods in medical research*, 15(6), 547-569.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Weaver, F., Cerboni, S., Oettli, A., Andenmatten, P., Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Wehrli, R. (2015). *Bedarfsprognose HSM: Teilbericht Methodik*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG*. Polynomics et Helsana sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. *Nat Med* 28, 583–590 (2022).
<https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali 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.