
Ergebnisbericht

Sekundärdaten-Analyse zur

«Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung»

Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung:
«Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft
und die Sicherstellung der Versorgung»

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

25. November 2018

Impressum

Vertragsnummer:	16.926898
Laufzeit:	15.11.2016 bis 31.12.2018
Datenerhebungsperiode:	Januar 2010 bis Dezember 2015
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung (E + F)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichtes wurde vom BAG und der Begleitgruppe kommentiert. Die Kommentare fanden Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	<p>Fachstelle für Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung</p>
Übersetzung:	keine
Zitiervorschlag:	<p>Gruber J., Lippitsch S., (2018): Ergebnisbericht Sekundärdaten-Analysen zur Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung. Studie innerhalb der Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung». LENZ AG im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Juli 2018, Zürich.</p>
Korrespondenzadresse:	<p>LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG Asylstrasse 41, 8032 Zürich</p>
Geschlechtergerechte Sprache:	<p>Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.</p>

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	9
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Auftrag	10
1.3 Operationalisierung und Begriffsdefinitionen	10
2 Methodik	14
2.1 Datengrundlage	14
2.2 Untersuchungsperioden	14
2.3 Fallzuteilungen zu den Versorgungsbereichen	16
2.4 Definition Leistungsbereiche	16
2.4.1 Akutsomatik	16
2.4.2 Rehabilitation	17
2.4.3 Psychiatrie	17
2.5 Auswertungen nach Grossregionen	18
2.6 Rechtlich-wirtschaftliche Status	18
2.7 Spezialisierung und Konzentration	19
2.8 Erreichbarkeit nächstgelegener Notfallaufnahmen	21
2.9 Herausforderungen und Grenzen der Auswertungen	22
3 Entwicklung der Spitallandschaft	23
3.1 Überblick	23
3.2 Entwicklung der Anzahl Betriebe und Standorte	24
3.2.1 Akutsomatik	24
3.2.2 Rehabilitation	27
3.2.3 Psychiatrie	29
3.2.4 Leistungserbringer Geriatrie	30
3.2.5 Veränderung der Bettenkapazitäten	31
3.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse Standort-Analysen	31
3.3 Leistungsspektren	33
3.3.1 Leistungsspektrum Akutsomatik	33
3.3.2 Leistungsspektrum Rehabilitation	38
3.3.3 Leistungsspektrum Psychiatrie	39
3.3.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse	41
3.4 Marktanteile	42
3.4.1 Marktanteile Akutsomatik	42

3.4.2	Marktanteile Rehabilitation	47
3.4.3	Marktanteile Psychiatrie	50
3.4.4	Marktanteile Geriatrie	53
3.4.5	Regionale Betrachtung	55
3.4.6	Zusammenfassung der Erkenntnisse	55
3.5	Entwicklung innerhalb der Versicherungsklassen	56
3.5.1	Akutsomatik	57
3.5.2	Rehabilitation	59
3.5.3	Psychiatrie	61
3.5.4	Zusammengefasste Erkenntnisse	63
3.6	Spezialisierung und Konzentration	64
3.6.1	Akutsomatik	64
3.6.2	Rehabilitation	71
3.6.3	Psychiatrie	73
3.6.4	Regionale Betrachtung	75
3.6.5	Fazit zur Konzentration und Spezialisierung	76
3.7	Zugang zu stationären, akutsomatischen Leistungen	77
3.7.1	Einleitung	77
3.7.2	Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannten Notfallaufnahmen – Gesamtschweiz	78
3.7.3	Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannten Notfallaufnahmen nach Grossregion	80
3.7.4	Zusammengefasste Erkenntnisse	81
	Literatur	82
	Tabellenverzeichnis	83
	Abbildungsverzeichnis	83
	Abkürzungsverzeichnis	89
	Anhang	90
A-1	Tabellen und Graphiken	90

Zusammenfassung

Im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sollen im Themenbereich «Spitallandschaft» die Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung untersucht werden. Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eindämmen, ohne die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu gefährden. Am 21. Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte die Revision verabschiedet. Sie trat 2009 in Kraft und seit Anfang 2012 werden die neuen Finanzierungsregeln umgesetzt. Die zentralen Massnahmen der KVG-Revision sind die dual-fixe Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten, leistungsbezogene Pauschalen basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen, die kantonale Spitalplanung und die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz.¹

Die Evaluation im Themenbereich «Spitallandschaft»² basiert auf Dokumentenanalysen, Befragungen der Kantone, Spitäler und Kliniken sowie auf Analysen von Sekundärdaten.

Der vorliegende Ergebnisbericht basiert auf der Analyse von Sekundärdaten und fasst deren Ergebnisse in deskriptiver Form zusammen. Erklärungen, Schlussfolgerungen und Bewertungen der Ergebnisse im Kontext der KVG-Revision finden ausschliesslich im Rahmen des Evaluationsberichtes zu den Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung statt (econcept/LENZ, 2019).

Die quantitativen Analysen zur Entwicklung der Spitallandschaft erfolgten grösstenteils mit deskriptiven statistischen Auswertungen der Medizinischen Statistiken der Krankenhäuser, der administrativen Krankenhausstatistik sowie der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des Bundesamtes für Statistik (BFS). Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich grundsätzlich über die Datenjahre 2010 bis 2016, um die Entwicklungen innerhalb der Spitallandschaft nicht nur nach sondern auch vor Umsetzung massgeblicher Massnahme der KVG-Revision zu untersuchen. Die Analyse der Sekundärdaten über den Zeitraum von sieben Jahren gemäss der Konzept- und Machbarkeitsstudie «Auswirkungen der KVG Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung»³ bot aufgrund verschiedener Dateninkonsistenzen zahlreiche methodische Herausforderungen. Diese betreffen u.a. den rechtlich-wirtschaftlichen Status, veränderte Falldefinitionen, das Führen der Variable „Standort“ in der Medizinischen Statistik erst ab 2013 und die stetige Weiterentwicklung des SPLG-Groupers. Dies führte dazu, dass zuweilen die Untersuchungsperioden den vorhandenen, validen Daten anzupassen waren und deshalb variieren (vgl. hierzu Kapitel 2.2).

¹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

² Weitere, parallel durchgeführte Evaluationen untersuchten die Auswirkungen der KVG-Revision auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems (B,S,S. 2019) und die Qualität der Spitalleistungen (INFRAS 2019)

³ Vgl. Jörg R., Ruffin R., (2016)

Gemäss der Konzept- und Machbarkeitsstudie⁴ sind innerhalb des vorliegenden Ergebnisberichtes anhand von Sekundärdaten die Entwicklungen in folgenden Bereichen zu analysieren:

1. Entwicklung der Spitallandschaft;
2. Entwicklung der stationären Leistungsspektren und Marktanteile der Spitäler;
3. Spezialisierung und Konzentrationsprozesse;
4. Zugang zu stationären Leistungen infolge der Konzentration in der Spitallandschaft.

Die Analysen der Sekundärdaten erfolgten aus verschiedenen Perspektiven für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie jeweils auf der Ebene Gesamtschweiz und der sieben Grossregionen der Schweiz.

Die wichtigsten Erkenntnisse aus den oben genannten Bereichen werden an dieser Stelle zusammengefasst.

Entwicklung der Spitallandschaft

Akutsomatik (2011-2016)

- Rückgang der Anzahl Betriebe, welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, von 189 auf 171 Betriebe (-18 bzw. -9%):
 - 10 Fusionen von insgesamt 22 Betrieben (-12)
 - 3 Schliessungen von Spezialkliniken (-3)
 - 3 Neugründungen von Spezialkliniken (+3)
 - 2 Spezialkliniken neu mit akutstationärem Angebot (+2)
 - 8 Klinken mit Neuausrichtung ausserhalb stationärer Akutsomatik (-8)
- Rückgang der Anzahl Standorte mit mind. 30 stationären Fällen p.a. von 240 auf 223 Standorte (-17 bzw. -7%). Der Rückgang ist hauptsächlich auf eine Neuausrichtung der Standorte auf Leistungen ausserhalb der stationären Akutsomatik zurückzuführen. Fusionen führten nur in 2 Fällen zur Reduktion von Standorten.
- Rückgang der Bettenkapazitäten um 3%.

Rehabilitation (2011-2016)

- Anstieg der Anzahl Betriebe, welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, von 77 auf 89 Betriebe (+12 bzw. +16%):
 - 1 Fusion von zwei Rehabilitationskliniken (-1)
 - 2 Schliessungen von Rehabilitationskliniken (-2)
 - 8 Neugründungen von Rehabilitationskliniken (+8)
 - Splittings von jeweils 2 Kliniken (+3)
 - 10 Betriebe mit neuem Reha-Angebot (+10)
 - 6 akutsomatische Betriebe, welche keine Reha-Fälle mehr behandeln (-6)
- Anstieg der Anzahl Standorte mit mind. 30 Fällen p.a. von 91 auf 103 Standorte (+12 bzw. +13%). Die Fusion hatte keinen Einfluss auf die Anzahl Standorte.
- Rückgang der Bettenkapazitäten um 1%.

⁴ Vgl. Jörg R., Ruffin R., (2016), Seite 83

Psychiatrie (2011-2016)

- Die Anzahl Betriebe mit mind. 30 stationären Psychiatrie-Fällen pro Jahr blieb stabil bei 73 Betrieben:
 - 5 Fusionen mit Beteiligung von insgesamt 12 Betrieben (-2)
Integration von 3 Psych.-Kliniken in Akutspitäler & von 2 in Psychiatrische Klinik
 - 2 Schliessungen von Psychiatrischen Kliniken (-2)
 - 1 Neugründung einer Psychiatrischen Klinik (+1)
 - 4 Betriebe, welche neu Psych.-Fälle behandeln (+4)
 - 1 akutsomatischer Betrieb, welcher keine Psych.-Fälle mehr behandelt (-1)
- Anstieg der Anzahl Standorte mit mind. 30 Fällen p.a. von 89 auf 101 Standorte (+12 bzw. +13%). Fusionen führten zur Reduktion eines Standortes.
- Anstieg der Bettenkapazitäten um 4%.

Geriatric (2011-2016)

- Anstieg der Anzahl Standorte mit geriatrischem Leistungsprofil von 29 im Jahr 2011 auf 41 Standorte im Jahr 2016 (+12 bzw. 41%).

Entwicklung der stationären Leistungsspektren und Marktanteile

Akutsomatik (2012-2016)

- Relative Stabilität der Leistungsspektren bei allen Spitaltypen
- Rückgang der Fallanteile des Basispakets bei allen Spitaltypen
 - Private Spitäler: -3.5 Prozentpunkte (pp)
 - Öffentliche Spitäler: -1.3 pp
- Zunahme der Fallanteile im Bereich des Bewegungsapparats chirurgisch, ausgeprägt v.a. bei den privaten Spitälern (+3.5 pp).
- Reduktion der Anzahl Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), in welchen die Spitäler Leistungen erbrachten, bei allen Spitaltypen, am deutlichsten bei den Nebenstandorten der Zentrumsspitäler und bei den Grundversorgungsspitalern.
- Die Marktanteile der Universitätsspitäler (+0.4 pp) und der übrigen Klinken (+0.7 pp) haben sich zulasten der Zentrumsspitäler (-0.3 pp) und der Grundversorgungsspitäler (-0.9 pp) minim erhöht.
- Die Hauptstandorte der Zentrumsspitäler erhöhen die Marktanteile leicht, während deren Nebenstandorte tendenziell an Marktanteilen einbüßen.
- Kontinuierlicher Anstieg des Marktanteils der privaten Spitäler seit 2010 um 1.7 pp auf 20% im Jahr 2016. Dies vor allem in den Leistungsbereichen Bewegungsapparat, Gefässe und Viszeralchirurgie.
- Anstieg des Anteils allgemeinversicherter Patienten seit 2010 um 2 pp auf 77%.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um 11.4 Prozentpunkte auf 54.5%, die öffentlichen Spitäler um 0.6 pp auf 82.8%.

Rehabilitation (2010-2016)

- Es sind nur marginale Veränderungen innerhalb der Leistungsspektren sowohl zwischen den Spitaltypen als auch hinsichtlich des rechtlich-wirtschaftlichen Status (öffentliche vs. private Spitäler) erkennbar.
- Ein Anstieg der Marktanteile der spezialisierten Rehabilitationskliniken um 9 pp auf 77% zulasten der Marktanteile der Grundversorgungsspitäler und Spezialkliniken. Der höhere Marktanteil zeigt sich in praktisch allen Leistungsbereichen.
- Anstieg des Marktanteiles privater Anbieter seit 2010 um 2.1 pp auf 47.6% im Jahr 2016, dies vor allem in den Bereichen der internistisch-onkologischen und psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation.
- Die Anteile allgemein-, halb- und privatversicherter Patienten blieben in der Rehabilitation seit 2012 unverändert. Weiterhin sind 73% der Patienten der allgemeinen Versicherungsklasse zugehörig.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um knapp 4 Prozentpunkte auf 62.5%. Bei den öffentlichen Spitalern reduzierte sich der Anteil Allgemeinversicherter um 1.2 pp auf 83.1%.

Psychiatrie (2010-2016)

- Die Leistungsspektren zeigen sich bis auf einen überproportionalen Anstieg der affektiven Störungen über die Jahre weitgehend stabil.
- Klar breiteres Angebotsspektrum bei den öffentlichen Psychiatrischen Kliniken. Bei den Privaten konzentrieren sich über 50% der Fälle auf den Bereich der affektiven Störungen, mit weiterhin leicht steigender Tendenz.
- Steigerung des Marktanteils der Psychiatrischen Kliniken seit 2010 um 7 pp auf 81%, einhergehend mit sinkenden Marktanteilen akutsomatischer Spitäler.
- Anstieg des Marktanteils privater Kliniken um 1.7 pp auf 13% im Jahr 2016.
- Anstieg des Anteils allgemeinversicherter Patienten seit 2010 um 3 pp auf 93%.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um 9.2 pp auf 74.3%, die öffentlichen Spitäler um 3.4 pp auf 96.1%.

Spezialisierung und Konzentrationstendenzen

Akutsomatik (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine schwache Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Universitäts- und Zentrumsspitäler mit breiterem Angebot gegenüber 2012;
 - Während Hauptstandorte der Zentrumsspitäler einen abnehmenden Spezialisierungsgrad aufweisen, spezialisieren sich deren Nebenstandorte zunehmend;
 - Der Spezialisierungsgrad der Grundversorgungsspitäler zeigt sich praktisch unverändert gegenüber 2012, jedoch mit grosser Streuung innerhalb des Spitaltyps;
 - Klar höhere (gegenüber allen anderen Spitaltypen) und zunehmend im Steigen begriffene Spezialisierung der Spezialkliniken;
 - Öffentliche Spitäler mit sich verbreiterndem Angebot gegenüber 2012;

- Private Spitäler mit gegenüber öffentlichen Spitälern deutlich höherer und im Steigen begriffener Spezialisierung.
- Zunehmende Konzentrationstendenzen hauptsächlich in Bereichen der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin feststellbar:
 - IVHSM: Herztransplantationen, allogene Blutstammzelltransplantation und spezialisierte Viszeralchirurgie;
 - SPLGs mit Mindestfallzahlen: Gefässchirurgie, radikale Prostatektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat;
 - Andere spezialisierte Bereiche: spezialisierte Geburtshilfe und Neonatologie.

Rehabilitation (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine schwache Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Rehabilitationskliniken mit steigender Spezialisierung gegenüber 2016;
 - Sämtliche übrige Spitaltypen mit leicht breiterem (Akutspitäler, Geriatrische Spezialkliniken) oder stark verbreiterem Angebot (übrige Spezialkliniken);
 - Private Kliniken mit höherem Spezialisierungsgrad (als öffentliche Kliniken) und sich weiter verstärkender Spezialisierung.
- Schwache Konzentrationstendenzen lediglich bei der internistisch-onkologischen und neurologischen Rehabilitation (inkl. Paraplegiologie).

Psychiatrie (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine leichte Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Psychiatrische Kliniken mit zunehmender Spezialisierungstendenz;
 - Alle anderen Spitaltypen mit sich stets verbreiterndem Angebot;
 - Private Kliniken mit klar höherem Spezialisierungsgrad (als öffentliche Kliniken) und sich weiter verstärkender Spezialisierung;
 - Öffentliche Spitäler mit stets breiterem Angebot gegenüber 2012.
- Kaum Konzentrationstendenzen innerhalb der Diagnosebereiche seit 2012.

Zugang zu stationären Leistungen (2010 – 2016)

- 86.4% der Wohnbevölkerung erreichte im Jahr 2016 das nächstgelegene Akutspital mit einer 24h-Notaufnahme innerhalb von 15 Minuten, 95.7% innerhalb von 20 Minuten und 99.7% innerhalb von 30 Minuten.
- Die Erreichbarkeit von Spitälern mit einer 24h-Notfallaufnahme zeigt sich im Jahr 2016 praktisch unverändert gegenüber dem Jahr 2010.
- Die Spitalerreichbarkeit – betrachtet anhand der Fahrzeit zur nächstgelegenen anerkannten 24h-Notfallaufnahme eines Spitals – kann auch 2016 und somit 5 Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung weiterhin als sehr gut bezeichnet werden.
- Einzig in den beiden Grossregionen Région Lémanique und Espace Mittelland hat sich die Erreichbarkeit zwischen 2010 und 2016 geringfügig verschlechtert.

Regionale Betrachtungen (2010 – 2016)

- Bei den Ausprägungen der Resultate sämtlicher Analysebereiche bestehen zwischen den Grossregionen Abweichungen, welche u.a. auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zurückzuführen sind.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das BAG führt von 2012 bis 2019 im Auftrag des Bundesrates eine Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung durch. Die Evaluation soll die Auswirkungen der Revision aufzeigen und Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung des KVG schaffen. 2015 hat das BAG einen Zwischenbericht zur Evaluation veröffentlicht.

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eindämmen, ohne die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu gefährden. Am 21. Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte die Revision verabschiedet. Sie trat 2009 in Kraft und seit Anfang 2012 werden die neuen Finanzierungsregeln umgesetzt. Die zentralen Massnahmen der KVG-Revision sind die dual-fixe Finanzierung der Betriebs- und Anlagenutzungskosten, leistungsbezogene Pauschalen basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen, die kantonale Spitalplanung und die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz.⁵

Die Evaluation untersucht innerhalb von drei Themenbereichen die Auswirkungen der Revision auf die

- Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
- Qualität der stationären Spitalleistungen
- Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung

Der vorliegende Ergebnisbericht leistet einen Beitrag zum Themenbereich «Spitallandschaft». Ziel der Evaluation im Themenbereich «Spitallandschaft» ist es, die Wirkungen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft aufzuzeigen und zu beurteilen sowie adressatengerecht die relevanten Erkenntnisse festzuhalten. Die Evaluation im Rahmen des Themenbereichs «Spitallandschaft» basiert auf einer Dokumentenanalyse, einer Analyse der Patientenströme, einer Befragung der Kantone, Spitäler und Kliniken sowie auf Analysen von Sekundärdaten.

Der vorliegende Ergebnisbericht fokussiert ausschliesslich auf die Analysen von Sekundärdaten und fasst deren Ergebnisse in deskriptiver Form zusammen. Erklärungen, Schlussfolgerungen und Bewertungen der Ergebnisse finden primär im Rahmen des Evaluationsberichtes zu den Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung statt. (econcept/LENZ, 2019).

⁵ Vgl. www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

1.2 Auftrag

Gemäss der Konzept- und Machbarkeitsstudie «Auswirkungen der KVG Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung»⁶ sind innerhalb von Modul 1 und Modul 6 «Analyse der Veränderung in der Spitallandschaft» anhand von Sekundärdaten die Entwicklungen zwischen 2010 und 2016 in folgenden Bereichen zu analysieren:

1. Entwicklung der Spitallandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2010 – 2016;
2. Entwicklung der stationären Leistungsspektren und Marktanteile der Spitäler;
3. Spezialisierung und Konzentrationsprozesse;
4. Zugang zu stationären Leistungen infolge der Konzentration in der Spitallandschaft.

1.3 Operationalisierung und Begriffsdefinitionen

Damit die oben genannten Analysebereiche anhand von Sekundärdaten-Analysen zielgerichtet bearbeitet werden können, bedarf es der Operationalisierung der Bereiche und der Klärung von Begrifflichkeiten.

1. Entwicklung der Spitallandschaft (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie)

Zur Beschreibung der Entwicklung der Spitallandschaft ist die Zahl der Leistungserbringer ein zentraler Faktor. Mit einer Analyse der Entwicklung der Anzahl Leistungserbringer soll untersucht werden, ob seit der Implementation der KVG Revisionsmassnahmen Veränderungen innerhalb der Spitallandschaft zu beobachten sind.

Die Entwicklung der Spitallandschaft wird, gemäss der oben genannten Konzept- und Machbarkeitsstudie, anhand der Anzahl der in den drei stationären Versorgungsbereichen tätigen stationären Leistungserbringer für jedes Jahr der Untersuchungsperiode dargestellt. Da verschiedene Leistungserbringer über mehrere Standorte verfügen und angenommen werden kann, dass Veränderungen auch auf Ebene der Standorte erfolgten, werden innerhalb der nachfolgenden Analysen sowohl der **Betrieb als auch der Standort als Untersuchungseinheit** verwendet. Aus dem Detailkonzept der Krankenhausstatistik geht hervor, dass unter dem Begriff Betrieb grundsätzlich eine juristische Einheit verstanden wird. Jeder Betrieb verfügt über eine eigene Nummer des Betriebs- und Unternehmensregister (BUR), welche in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser als Variable hinterlegt ist. Allfällige Standorte eines Betriebes sind mittels erweiterter BUR-Nummer ebenfalls in der Medizinischen Statistik als Variable geführt.

Da die Standortvariable erst seit 2011 in der Medizinischen Statistik geführt wird, beschränken sich die Analysen auf die Untersuchungsperiode 2011 bis 2016.

Zur Zählung der Betriebe und Standorte wurden die genannten Variablen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser verwendet, dabei wurden aber lediglich Standor-

⁶ Vgl. Jörg R., Ruffin R., (2016), Seite 83

te mit mindestens 30 Austritten pro Jahr in einem Versorgungsbereich berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.1). Mit der Wahl der Medizinischen Statistik als Datengrundlage, dem gewählten Einschlusskriterium und der Zuteilung zu Versorgungsbereichen auf Fall-ebene kann die Veränderung der Anzahl Betriebe und Standorte anhand der effektiven Leistungserbringung der relevanten stationären Akteure abgebildet werden. Die daraus resultierende Anzahl Betriebe und Standorte stimmt somit aufgrund der unterschiedlichen Zuordnungen und Zählweisen nicht mit jenen der Krankenhausstatistik überein.

Die erbrachten stationären Leistungen der Standorte werden anhand einer definierten Zuteilung (vgl. Kap. 2.3) den drei Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zugeordnet. Im Kontext der KVG-Revision ist hinsichtlich der drei Versorgungsbereiche zu beachten, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen mit schweizweit einheitlicher Tarifstruktur innerhalb der Untersuchungsperiode erst in der Akutsomatik erfolgte (SwissDRG ab 2012). Für die stationäre psychiatrische Versorgung und die stationäre Rehabilitation erfolgte die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen (TARPSY bzw. ST Reha) im Untersuchungszeitraum nicht.⁷ Geriatrische Leistungen werden separat betrachtet. Erbringen Standorte Leistungen in mehreren Versorgungsbereichen, werden sie in jedem tätigen Versorgungsbereich gezählt.

Die Entwicklung der Anzahl Standorte je Versorgungsbereich wird zusätzlich nach Spitaltypen dargestellt. Dabei wird zwischen Universitätsspitalern (K111), Zentrumsspitalern (K112), Grundversorgungsspitalern (K121-K123), Psychiatrischen Kliniken (K211 und K212), Rehabilitationskliniken (K221), Geriatrischen Spezialkliniken (K234), übrigen Kliniken (K231, K232⁸, K233, K235) und Geburtshäusern (K232⁹) unterschieden.

Ergänzend zu den Betriebs- und Standortanalysen wird zur Beschreibung der Spitalandschaft zusätzlich die Entwicklung der Anzahl Betten pro Spitaltyp innerhalb der Zeitspanne 2011 – 2016 untersucht.

2. *Entwicklung der stationären Leistungsspektren und Marktanteile der Spitäler*

Aufgrund des von der KVG Revision beabsichtigten verstärkten Wettbewerbs zwischen Spitalern stellt sich die Frage, inwiefern sich die Leistungsspektren und Marktanteile der Spitäler ändern.

Die Entwicklung der Leistungsspektren und der Marktanteile von Spitalern sind gemäss Konzept- und Machbarkeitsstudie wie folgt zu operationalisieren:

⁷ Vgl. BAG 2014, Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Foliensatz 2014, publiziert auf <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> (abgerufen am 04.08.2018).

⁸ K232: Spezialkliniken Gynäkologie / Neonatologie mit Aktivitätstyp A=Akutsomatik

⁹ K232: Spezialkliniken Gynäkologie / Neonatologie mit Aktivitätstyp B=Geburtshäuser

Unter dem Begriff der **Leistungsspektren** wird der Anteil der stationären Austritte pro Leistungsbereich an der Gesamtzahl der stationären Austritte eines Spitals in einem Jahr verstanden. Mit dieser Betrachtungsweise erhält man Informationen über die Veränderung der Leistungsspektren von Spitälern und allenfalls Hinweise zu Spezialisierungstendenzen innerhalb eines zu untersuchenden Zeitraumes. Da diese Analysen auf Ebene von einzelnen Spitälern nicht zielführend dargestellt werden können, wurde die Veränderung der Leistungsspektren in den drei Versorgungsbereichen wiederum auf der Ebene der Spitaltypen berechnet.

Bei der Analyse der **Marktanteile** der Spitäler werden je Versorgungsbereich wiederum die Spitäler anhand des Spitaltyps zusammengefasst. Die Analysen erfolgten sowohl über den gesamten Versorgungsbereich als auch auf Ebene der Leistungsgruppen (vgl. Kapitel 2.4). Anhand dieser Betrachtungsweise können Informationen generiert werden, in welchen Bereichen sich innerhalb der verschiedenen Spitaltypen die Leistungsmengen in Relation zur Gesamtmenge während der Untersuchungsperiode veränderten.

Die Veränderungen innerhalb der Leistungsspektren und bei den Marktanteilen werden zudem hinsichtlich des rechtlich-wirtschaftlichen Status eines Spitals (öffentlich vs. privat: vgl. Kapitel 2.5) und der Verteilung der Versicherungsklassen (allgemein, halbprivat, privat) analysiert.

3. *Spezialisierung und Konzentrationsprozesse*

Innerhalb des Bereiches „Spezialisierung und Konzentrationsprozesse“ wird untersucht, ob und in welchem Ausmass Spezialisierungen und Konzentrationsprozesse im Spitalbereich seit Einführung der Massnahmen der KVG-Revision stattgefunden haben.

Infolge diverser Dateninkonsistenzen (Standortvariable erst ab 2011, valide akutso-matische Leistungsbereichsdaten erst ab 2012, neue Falldefinition ab 2012) be-schränken sich die Analysen auf die Datenjahre 2012 bis 2016 (vgl. Kapitel 2.2).

Die **Spezialisierung** legt den Fokus auf die Perspektive der Leistungserbringer und beschreibt die Fokussierung einzelner Leistungserbringer auf bestimmte Leistungs-bereiche. Erste Hinweise zu Spezialisierungstendenzen liefern bereits die Analysen zu den Standorten, Leistungsspektren und zu den Marktanteilen. Zusätzlich werden Spezialisierungstendenzen auf Ebene der Spitaltypen anhand des Information Theory Index (ITI) berechnet (vgl. Kapitel 2.7).

Die **Konzentration** entspricht der Perspektive des Versorgungssystems und be-schreibt die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungs-bereichen bzw. die Verschiebung der Marktanteile zugunsten grösserer Leistungserbrin-ger. Zur Berechnung der Konzentrationstendenzen wurde ebenfalls der ITI verwen-det. Dabei werden allfällige Konzentrationen auf Ebene der Leistungsbereiche je Ver-sorgungsbereich untersucht. Ferner wird pro Versorgungsbereich für jedes Jahr zwi-

schen 2012 und 2016 untersucht, wie viele Standorte in einem Leistungsbereich tätig waren.

4. *Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen*

Im Zuge der KVG-Revision und der sich dadurch verändernden Spitallandschaft (freie Spitalwahl, neue koordinierte Spitalplanung, verbesserte Transparenz) ist anzunehmen, dass sich der Zugang zu stationären Leistungen ebenfalls verändert. Der „Zugang“ zu stationären Leistungen kann unter verschiedenen Sichtweisen betrachtet werden. Er kann als zeitliche Dimension (Wartezeiten) oder als geographische Dimension (Veränderung geographische Erreichbarkeit infolge Angebotskonzentration) bewertet werden.

Da die Sekundärdaten keine Hinweise auf Wartezeiten liefern, konzentrieren die vorliegenden Auswertungen auf die **Erreichbarkeit des nächstgelegenen Spitals mit einer 24h-Notaufnahme**. Auf Erreichbarkeitsanalysen hinsichtlich des Zugangs zu spezialisierten Leistungen, welche allenfalls Konzentrationsprozessen unterworfen sind, wird innerhalb dieser Auswertungen verzichtet (vgl. hierzu Kapitel 3.7.1).

2 Methodik

Der vorliegende Ergebnisbericht fokussiert ausschliesslich auf die Analysen von Sekundärdaten und fasst deren Ergebnisse in statistisch-deskriptiver Form zusammen. In diesem Kapitel wird dargelegt, welche Sekundärdaten verwendet wurden (Datengrundlage) und über welche Zeiträume die jeweiligen Analysen erfolgten (Untersuchungsperioden). Es wird beschrieben, welche Definitionen angewendet wurden, um die in den Datensätzen vorhandenen medizinischen Fälle den verschiedenen Versorgungsbereichen zuzuteilen (Fallzuteilung) und anhand welcher Definitionen die Zuweisung der Fälle eines Versorgungsbereiches in unterschiedliche Leistungsgruppen erfolgte. Ferner wird dargelegt, anhand welcher Grundlage ein Spital dem rechtlich-wirtschaftlichen Status „privat“ oder „öffentlich“ zugeteilt wurde. Des Weiteren ist das methodische Vorgehen zur Berechnung der Konzentration und Spezialisierung und für die Erreichbarkeitsanalysen beschrieben. Abschliessend werden die Herausforderungen und Grenzen der vorliegenden Sekundärdatenanalyse und deren Einfluss auf die Ergebnisse thematisiert.

2.1 Datengrundlage

Die nachfolgenden Auswertungen basieren hauptsächlich auf den Daten der Medizinischen Statistik der Schweizer Spitäler (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) aus den Jahren 2010 bis 2016. Dabei handelt es sich um eine Verknüpfung des GEO-Datensatzes mit dem TYPO-Datensatz der Medizinischen Statistik und vereinzelt Variablen der Krankenhausstatistik (KS). Damit konnten sowohl Auswertungen Standortbezogen vorgenommen als auch Auswertungen auf Ebene der sieben Grossregionen durchgeführt werden. Zudem konnte unter anderem über die BUR-Nummern der stationären Einrichtungen die Variable des rechtlich-wirtschaftlichen Status der Jahre 2011 und 2012 in die Datenbank eingepflegt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen durften die Autoren dieser Studie nur in den Räumlichkeiten des BFS in Neuenburg auf die Datenbank zugreifen. Anhand von, in Neuenburg erstellten, Excel-Ergebnistabellen mussten die darin enthaltenen Daten abgekoppelt von den Rohdaten in aufwändiger Detailarbeit für die Auswertungen und Graphikerstellung aufbereitet werden. Die Auswertungen der vom BFS verknüpften Rohdaten erfolgten mit SPSS, die Aufbereitung der Ergebnistabellen mittels Excel.

Zusätzlich zur MS wurde auf bereits publiziertes Datenmaterial (Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG, Standardtabellen zur KS und MS) zurückgegriffen.

2.2 Untersuchungsperioden

Die Datenkonsistenz der Medizinischen Statistik war über den untersuchten Zeitrahmen 2010 bis 2016 nicht immer gegeben. So wurde beispielsweise die Variable des rechtlich-

wirtschaftlichen Status in der Medizinischen Statistik nur bis 2012, die Standortvariable jedoch erst ab 2011 geführt.

Für die als Basis der Marktanteils-, Leistungsspektrums-, Konzentrations- und Spezialisierungsberechnungen verwendeten Spitalleistungsgruppen (SPLG) ist die Datenkonsistenz für die Jahre 2010 und 2011 ebenfalls nicht ausreichend. Als Indiz hierfür dient der relative Anteil der Grundversorgungsleistungen (Leistungsgruppe Basispaket), der sich erst ab 2012 auf einem stabilen Niveau einpendelt. Plausible Ursachen dafür sind einerseits die laufende Weiterentwicklung der SPLG-Systematik wie auch der zugrundeliegenden Diagnose- und Behandlungskataloge sowie andererseits die zunehmende Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen mit Einführung der Fallpauschalen, infolgedessen die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher wird.¹⁰

Ferner wurde die Definition der Hospitalisierungen für den Bereich der Akutsomatik ab 2012 geändert. Seither erfolgt eine Fallzusammenführung, wenn Fälle innerhalb von 18 Tagen mit der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) rehospitalisiert werden. Dies führt zu einem Bruch in der Zeitreihe vor/nach 2012. Gemäss Berechnungen des Obsan verringerte sich durch die rückwirkend erfolgten Fallzusammenführungen die Fallzahl um jeweils 1.9% in den Jahren 2010 und 2011.¹¹

Die beschriebenen Dateninkonsistenzen führen dazu, dass nicht bei allen Auswertungen die Datenjahre 2010 bis 2016 analysiert werden können. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der gewählten Untersuchungsperioden:

Analysebereich	Versorgungsbereich	Untersuchungsperiode	Begründung
Spitallandschaft	Alle	2011 – 2016	Standortvariable erst ab 2011
Leistungsspektren und Marktanteile	Akutsomatik	2012 – 2016	SPLG erst ab 2012 valide, neue Falldefinition 2012
	Rehabilitation	2010 – 2016	
	Psychiatrie	2010 – 2016	
Versicherungsklassen	Alle	2010 – 2016	
Spezialisierung und Konzentration	Alle	2012 – 2016	Standortvariable erst ab 2011, SPLG, neue Falldefinition 2012
Erreichbarkeitsanalyse	Akutsomatik	2010 und 2016	

Tabelle 1: Untersuchungsperioden je Analysebereich

¹⁰ Vgl. Jörg R., Ruffin R., (2016), Seite 59.

¹¹ vgl. Hediger, D.,Tuch, A.& Widmer, M. (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017, S. 6.

2.3 Fallzuteilungen zu den Versorgungsbereichen

Die Fälle der medizinischen Statistiken wurden wie folgt den Versorgungsbereichen zugewiesen:

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Geriatric
Definition des Falles¹⁾	A	A	A	A
Krankenhaustypologie²⁾	Alle ausser K21, K221	K21	K221	
Hauptkostenstelle³⁾	Alle ausser M500, M900, M950	Alle ausser M900, M950	Alle ausser M900	M900 (aus allen Spitaltypen)
zusätzlich		M500 aus K111, K112, K12, K221, K23	M950 aus K111, K112, K12, K21, K23	

¹⁾ A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.

²⁾ K111=Universitätsspital; K112=Zentrumsspital; K12= Grundversorgungsspital; K21=Psychiatrische Klinik; K221=Rehabilitationsklinik; K23=Spezialklinik

³⁾ M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatric; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation

Tabelle 2: Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen

Oft wurden in der Vergangenheit die Leistungen der Hauptkostenstelle M900 (Geriatric) dem Versorgungsbereich der Rehabilitation zugerechnet. Die geriatricen Fälle aus der M900 werden aber grösstenteils in geriatricen Spezialkliniken und in Akutspitalern behandelt. Rehabilitationskliniken führen praktisch keine Fälle innerhalb der M900. Des Weiteren wird innerhalb der Geriatric zwischen Akutgeriatric und geriatricer Rehabilitation unterschieden. Während die Akutgeriatric überwiegend in Akutspitalern erfolgt, wird die geriatric Rehabilitation zumeist in geriatricen Spezialkliniken angeboten. Eine allgemein anerkannte Zuteilung der geriatricen Leistungen zu einem Versorgungsbe-
reich existiert bis heute nicht.¹² Um weder die Resultate der Auswertungen innerhalb der Rehabilitation noch die Ergebnisse aus den Analysen der „reinen“ Akutsomatik zu verfälschen, werden die Leistungen der Hauptkostenstelle M900 in diesem Bericht gesondert betrachtet.

2.4 Definition Leistungsbereiche

Nachfolgend wird beschrieben, wie innerhalb der Versorgungsbereiche die Fälle einzelnen Leistungsbereichen zugewiesen wurden.

2.4.1 Akutsomatik

Für die Akutsomatik erfolgt die Kategorisierung der Fälle anhand der Spitalleistungsgruppen-Systematik (SPLG) der Gesundheitsdirektion Zürich. Seit 2010 werden die SPLG vom BFS auf Basis der Medizinischen Statistik mittels Grouper der Gesundheitsdirektion

¹² Vgl. hierzu auch Oggier W., Pellanda G, Rossi G.R. (2017, S. 106).

Zürich gruppiert. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungscodes (CHOP) definiert. Die Auswertungen nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen beschränken sich in der Akutsomatik aufgrund der in Kapitel 2.2 geschilderten Dateninkonsistenzen auf die Datenjahre ab 2012.

2.4.2 Rehabilitation

Die Beschreibung der Leistungsspektren in der Rehabilitation erfolgt basierend auf der Gruppierungssystematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD Zürich) anhand der Hauptdiagnose.¹³ Während des Untersuchungszeitraums war diese Zuteilungssystematik massgebend in der Spitalplanung. Von einer Fallzuteilung nach ST Reha wurde aufgrund von Überlegungen zur Datenkonsistenz über die Vergleichsjahre (Cudierqualität) verzichtet. Sämtliche geriatrischen Fälle (HKST M900) werden in den Auswertungen zur Rehabilitation nicht berücksichtigt und werden separat betrachtet.

Die Leistungen der stationären Rehabilitation unterscheiden sich gemäss der, während des Betrachtungszeitraumes, gültigen Definition der Gesundheitsdirektion Zürich in folgende Bereiche:

1. Muskuloskelettale Rehabilitation (nachfolgend Muskuloskelettal genannt)
2. Neurologische Rehabilitation inkl. Paraplegiologie (Neurologie/Paraplegie)
3. Kardiovaskuläre Rehabilitation (Kardiologie)
4. Pulmonale Rehabilitation (Pulmologie)
5. Internistisch-onkologische Rehabilitation (internistisch)
6. Psychiatrische und sozialmedizinische Rehabilitation (Psychosozial)
7. Nicht klassifizierbare Rehabilitation (übrige Reha)

Fälle, die anhand der Zuteilungssystematik über die Hauptdiagnose keinem Bereich zuzuordnen waren, werden in der Rubrik „übrige Reha“ geführt. Während schweizweit im Jahr 2010 rund 7.4% der Reha-Fälle nicht klassifizierbar waren, betrug deren Anteil im Jahr 2016 noch 1.4%.

2.4.3 Psychiatrie

Für die stationäre Psychiatrie lassen sich folgende Leistungsbereiche basierend auf den Diagnosegruppen psychischer Störungen nach ICD-10 unterscheiden. Die Zuordnung erfolgte dabei anhand der Hauptdiagnose.

1. F0 – Organische Störungen
2. F10 – Alkohol
3. F11-F19 – Drogen
4. F2 – Schizophrenie
5. F3 – Affektive Störungen
6. F4 – Neurotische Störungen

¹³ Die Differenzierung der Rehabilitationsfälle anhand der Hauptdiagnose ist ein pragmatischer Weg, um die Fälle den Reha-Leistungsgruppen zuzuteilen. Die (kurative) Hauptdiagnose stimmt meistens, aber nicht zwangsläufig immer mit der Indikation für einen bestimmten Rehabilitationsbereich überein.

7. F6 – Persönlichkeitsstörungen
8. F5, F7- F9 – übrige F- Diagnosen¹⁴
9. Non-F-Diagnosen

2.5 Auswertungen nach Grossregionen

Aus datenschutzrechtlichen Gründen durften keine Analyse auf Kantonsebene vorgenommen werden. Alleine anhand der Spitaltypen hätten bei kleinen Kantonen einzelne Spitäler de-anonymisiert werden können. Die Auswertungen wurden deshalb auf Ebene Grossregion vorgenommen. Dabei wird zwischen folgenden Grossregionen unterschieden¹⁵:

- Région Lémanique
- Espace Mittelland
- Nordwestschweiz,
- Zürich
- Ostschweiz
- Zentralschweiz
- Tessin

Entsprechende Tabellen finden sich in den separaten Anhängen A (für Akutsomatik), R (für Rehabilitation) und P (für Psychiatrie).

2.6 Rechtlich-wirtschaftliche Status

Die dem Auftrag zu den vorliegenden Auswertungen zugrundeliegende Konzept- und Machbarkeitsstudie¹⁶ sieht für die Sekundärdatenanalysen zum Themenbereich „Spitalandschaft“ Auswertungen zur Entwicklung der Anzahl privater und öffentlicher Leistungserbringer, deren Marktanteile und Leistungsspektren vor.

Mit der KVG-Revision wurde die Zuordnung in private und öffentliche/öffentlich-subventionierte Spitäler durch die Unterscheidung in Listen- und Vertragsspitäler abgelöst. Spitäler, die auf einer Spitalliste stehen, erhalten den kantonalen Finanzierungsanteil für Behandlungen, für welche sie einen Leistungsauftrag haben, unabhängig von der Rechtsform. Des Weiteren änderten in den letzten Jahren zahlreiche Spitäler ihre Rechtsform. Spitäler der öffentlichen Hand mutierten mitunter zu Aktiengesellschaften, teilweise mit Aktienanteilen der öffentlichen Hand unter 100%. Eine klare Unterscheidung, welches Spital nun eindeutig der öffentlichen oder der Kategorie der privaten Spitäler zuzurechnen ist, ist schwierig.

Hinzu kommt der Umstand, dass die Variable „privat – öffentlich/öffentlich-subventioniert“ seit dem Jahr 2013 nicht länger Bestandteil der Krankenhausstatistik ist, da die für ihre Ermittlung benötigten Elemente nicht mehr verfügbar sind, namentlich die Angabe, ob

¹⁴ Die Gruppe „F5, F7-F9 übrige F-Diagnosen“ beinhaltet: F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen und F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

¹⁵ vgl. BFS (1999), Pressemitteilung Nr. 40/99, Die sieben Grossregionen der Schweiz.

¹⁶ Vgl. Jörg R., Ruffin R., (2016, Seite 84f.)

Subventionen oder finanzielle Garantien durch den Staat vorliegen.¹⁷ Diese sind infolge der Neuregelung der Finanzierung im Zuge der KVG-Revision nicht mehr vorgesehen. Zudem war der rechtlich-wirtschaftliche Status nur auf Ebene der Betriebe (BUR-Nummern) erfasst.

Damit nachvollzogen werden kann, inwiefern sich das Leistungsspektrum und die Marktanteile der privaten Spitäler nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Verhältnis zu den öffentlich subventionierten Spitalern entwickelt haben, mussten die Datensätze für die Jahre 2013-2016 mit einer zusätzlichen Variable manuell ergänzt werden. Die Variablenbildung erfolgte in folgenden Schritten:

Schritt 1: Zuteilung des rechtlich-wirtschaftlichen Status 2012 der Betriebe (Ebene BUR) auf deren Standorte für sämtliche Jahre des Untersuchungszeitraumes.

Schritt 2: Anhand einer vom BFS zur Verfügung gestellten Mutationsliste, in welcher sämtliche Neueröffnung, Schliessungen, Wiederaufnahme, Fusionen, Übernahmen und Splittings von Betrieben zwischen 2011 und 2016 mit Angabe des Namens, der Vorgänger- und Nachfolger-BUR dokumentiert waren, wurde entweder anhand des Status 2012 der Nachfolger-BUR oder nach Recherche auf Einzelbetriebsebene der für das jeweilige Jahr gültige Status manuell zugeteilt.

2.7 Spezialisierung und Konzentration

Für die Berechnung der Spezialisierung von Spitalern werden in der Wissenschaft zumeist die Methoden des Herfindahl Hirschmann Index (HHI) und/oder der Information-Theory-Index (ITI) verwendet. In der Folge werden die beiden Methoden und deren Vor- und Nachteile kurz beschrieben und die Wahl der für die vorliegende Studie verwendeten Methodik begründet.

Der HHI (Herfindahl Hirschmann Index) wurde ursprünglich für Marktanalysen im industriellen Umfeld entwickelt und dort oft eingesetzt (Tirole, 1988). Mittlerweile hat er aber auch im Bereich des Gesundheitswesens und hierbei im Speziellen beim Vergleich von Spitalern Verbreitung erfahren (z.B. Kim et al., 2015). Der HHI wird gebildet, indem die quadrierten Marktanteile des untersuchten Spitals summiert werden (Fahrmeir et al., 2001).

$$HHI_h = \sum_{g=1}^G \left(\frac{n_{gh}}{n_g} \right)^2$$

Wobei gilt:

g = Index der Gruppen, in denen die Marktanteile bestimmt werden

G = Anzahl verschiedener Gruppen

h = Index der Spitäler, für die die Marktanteile berechnet werden

n = Anzahl Fälle in jeweiliger indizierter Gruppe

HHI = Herfindahl Hirschmann Index

¹⁷ Zur Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitalern wurde bis 2012 auf den rechtlich-wirtschaftlichen Status abgestellt. Die Unterscheidung erfolgte dabei massgeblich anhand der Rechtsform des Betriebs sowie der Existenz einer Betriebsbeitrags- bzw. einer Defizitdeckungsgarantie. Vgl. auch BFS (2001)

Jedes Spital erhält dabei einen individuellen Wert, der zwischen 0 und 1 liegt. Je höher der Wert, desto stärker ausgeprägt ist die Spezialisierung des Spitals.

Ein Nachteil des HHI besteht jedoch darin, dass er zwar die tatsächliche Verteilung der Fälle in einem individuellen Spital berücksichtigt, nicht jedoch die Verteilung der Fälle in der Grundgesamtheit. Jedes Spital erhält demnach einen eigenen Wert, der die unterschiedliche Verteilung der Fälle in der jeweiligen Einrichtung widerspiegelt. Wenn die Verteilung der Fälle in der Grundgesamtheit jedoch sehr ähnlich zu dieser Verteilung ist und es Häufungen in der Grundgesamtheit in einzelnen analysierten Gruppen gibt, kann ein höherer HHI eines Spitals darauf zurückzuführen sein, dass die Häufung der Fälle im Spital aufgrund der stärkeren Vertretung dieses Patientenguts in der Grundgesamtheit zustande kommt und nicht aufgrund einer strategischen Spezialisierung des Spitals.

Um in der Ermittlung der Spezialisierung eine Relativierung der Fallverteilung im Spital anhand der Verteilung in der Grundgesamtheit anzustreben, wurde in der vorliegenden Studie der ITI (Information Theory Index) verwendet, der gerade diese Berücksichtigung vornimmt (Evans et al., 1972).

$$ITI_h = \sum_{g=1}^G P_{gh} \times \ln \left(\frac{P_{gh}}{\theta_g} \right)$$

Wobei gilt:

g = Index der Gruppen, in denen die Marktanteile bestimmt werden

G = Anzahl verschiedener Gruppen

h = Index der Spitäler, für die die Marktanteile berechnet werden

P_{gh} = Anteil Fälle einer bestimmten Gruppe g an allen Fällen in Spital h

θ_g = Anteil Fälle einer bestimmten Gruppe g an allen Fällen

ITI = Information Theory Index

Bei der Spezialisierung wird die Blickrichtung der Spitäler eingenommen, bei der Konzentration wird die Blickrichtung umgekehrt und daher lediglich die Laufindizes der obigen Formel vertauscht, damit je untersuchter Fallgruppe ausgesagt werden kann, wie sehr sich die Verteilung der Fälle zwischen den Spitalern in der jeweiligen Gruppe von der Gesamtverteilung der Gruppen unterscheidet.

Der ITI ist ein relatives Mass für die Diversifikation der gemessenen Einheiten (Einrichtungen des Gesundheitswesens) im Vergleich zur Unterschiedlichkeit der Werte in der Grundgesamtheit (Fälle aller in der jeweiligen Analyse gemessenen Gesundheitseinrichtungen). Gegenüber diesem Vorgehen ist der HHI ein absolutes Mass, da er keinen Vergleich zur durchschnittlichen Verteilung der Fälle in den verschiedenen Fallgruppen vornimmt. Durch die spezielle Berechnungsformel des ITI ist dieser zwar nach unten begrenzt, jedoch nicht nach oben. Je näher der Wert des ITI für eine konkrete Einrichtung bei 0 liegt, desto ähnlicher ist die Verteilung der Fälle in dieser Einrichtung der Verteilung über alle Fälle in der Grundgesamtheit. Je höher der Wert des ITI, desto stärker ist diese Einrichtung abweichend von der Verteilung in der Grundgesamtheit. Eine starke Abweichung von der Verteilung der Grundgesamtheit kann auch als ausgeprägte Spezialisierung interpretiert werden.

Die Grenzen des ITI liegen in der Interpretierbarkeit von Vergleichen zwischen verschiedenen Jahren. Da der ITI an der jeweiligen Verteilung der Werte jedes Jahres relativiert ist, kann ein Vergleich des ITI über verschiedene Jahre auch nur als relativer Spezialisie-

rungsverlauf angesehen werden. Ein über mehrere Jahre ansteigender ITI sagt also aus, dass sich der Grad der Unterschiedlichkeit des einzelnen Spitals gegenüber der Grundgesamtheit verändert hat bzw. relativ die Spezialisierung zugenommen hat. Dies kann einerseits auf eine unterschiedliche Verteilung der Fälle in der Grundgesamtheit oder andererseits auf eine unterschiedliche Verteilung der Fälle im Spital oder eine Mischung aus beiden Faktoren zurückzuführen sein.

2.8 Erreichbarkeit nächstgelegener Notfallaufnahmen

Die Selektion der Spitäler mit anerkannten Notfallaufnahmen erfolgte in mehreren Schritten. In einem ersten Schritt wurde über eine Verknüpfung der KS und der MS für Akutspitäler die Variable „anerkannte Notfallaufnahme“ dem MS-Datensatz hinzugefügt.

In einem zweiten Schritt erfolgte eine manuelle Prüfung hinsichtlich Plausibilität der Angaben aus der KS. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass z.B. Spezialkliniken mit eingeschränktem Leistungsangebot (u.a. Augenkliniken) als Spitäler mit einer Notfallaufnahme geführt waren. Solche Kliniken wurden nach Überprüfung der Angaben auf den jeweiligen kantonalen Spitallisten und auf deren Homepages ausgeschlossen.

Da in der KS lediglich auf Ebene Betriebsnummer die entsprechende Variable geführt ist, mussten in einem dritten Schritt für BUR-Nummern mit Standortzusatz separate Abklärungen getroffen werden. Dies erfolgte anhand der Informationen der Plattform spitalinformation.ch (für das Jahr 2016), der Homepages und Geschäftsberichte der jeweiligen Spitäler, der Spitallisten der Standortkantone und anhand von weiteren Internetrecherchen. Schlussendlich wurden die Listen mit den selektierten Standorten bei den entsprechenden Kantonen plausibilisiert und gegebenenfalls angepasst.

Die daraus resultierenden Listen von Spitälern mit Notaufnahmen für die Jahre 2010 und 2016 wurde dem GIS-Spezialisten, EBP Schweiz AG, zur Weiterbearbeitung übermittelt. EBP ihrerseits bereitete die BFS-Daten zur ständigen Wohnbevölkerung für die Gesamtschweiz und die sieben Grossregionen vor. Die Verortung der Spitalstandorte 2010 und 2016 erfolgte mittels Esri ArcGIS Online Geocoding Service.

Die Isochronen (Gebiete gleicher Fahrzeit) wurden für die Erreichbarkeits-Intervalle «0-15 Minuten», «15-20 Minuten», «20-30 Minuten» und «über 30 Minuten» für 2010 und 2016 ermittelt. Dazu wurden in der Abfrage des Service Area-Dienstes von Esri ArcGIS Online folgende Parameter gewählt:

- Analysis Region: Europe
- Travel Direction: Towards Facility
- Time of Day: 16.03.2010 10:00:00 / 15.3.2016 10:00:00
- Time zone: Geographically Local
- Use Hierarchy
- UTurn at junctions: Intersections & dead ends
- Polygon Simplification Tolerance: 10m
- Impedance: Drive Time

Die resultierenden Isochronen wurden ins Schweizer Landeskoordinatensystem (EPSG.21781 LV03) umprojiziert und nachprozessiert: Die Isochrone «30Min+» wurde,

wo notwendig, durch die Differenz zwischen der Grossregion (Verschmelzung aller Grossregionen für CH-Datensatz) und den anderen Isochronen-Flächen bis 30 min gebildet. Pro berechneter Isochrone und Jahresstand erfolgt eine Verschneidung mit und Summierung der Wohnbevölkerung des jeweiligen Jahres.

2.9 Herausforderungen und Grenzen der Auswertungen

Grenzen sind der Studie hinsichtlich der Qualität der verwendeten Daten gesetzt. Einerseits bestehen Unterschiede zwischen 2010 und 2016 hinsichtlich der Codierqualität, was sich auf die korrekte Zuteilung der Fälle zu Leistungsbereichen auswirken kann. Andererseits ist die Konsistenz der Daten über den untersuchten Zeitrahmen nicht immer gegeben (vgl. Ausführungen hierzu in Kapitel 2.2).

Der vorgegebenen Rahmen der Studie liess es zudem nicht zu, umfassend die Zusammenhänge der beobachteten Entwicklungen mit der Implementierung von SwissDRG zu analysieren. Herausforderungen und Grenzen hinsichtlich der Durchführung von Erreichbarkeitsanalysen sind in den Kapiteln 2.8 und 3.7.1 beschrieben.

Wie schnell sich eine Gesetzesrevision auf die Ausgestaltung einer Spitallandschaft auswirkt, ist nicht bekannt und hängt zudem von den einzelnen Gesetzesänderungen ab. Die in diesen Analysen betrachtete Zeitspanne von fünf Jahren ab KVG-Revision (2012-2016) mag wohl etwas kurz sein, um die Auswirkungen auf die Spitallandschaft erfassen zu können.

Zudem beschränken sich die vorliegenden Analysen auf Sekundärdaten. Damit können verschiedene Änderungen innerhalb der Spitallandschaft, beispielsweise Kooperationen zwischen Spitälern und zwischen Kliniken verschiedener Versorgungsbereiche, nicht erfasst werden.

3 Entwicklung der Spitallandschaft

3.1 Überblick

Zur Einleitung in die Thematik soll ein Überblick zu den Entwicklungen der stationären Versorgung zwischen 2012 und 2016 aufgezeigt werden. Dabei werden die Kennzahlen aller stationären Spitäler zusammengefasst und nicht zwischen Akutspitälern, Psychiatriekliniken und Rehabilitationskliniken unterschieden. Abb. 1 ist zu entnehmen, dass sich die Hospitalisierungen (Anzahl Fälle) zwischen 2012 und 2016 um 7.7% erhöhten, obschon die Bevölkerung der Schweiz in derselben Zeitspanne nur um 4.7% wuchs. Die Anzahl Pflgetage erhöhte sich seit 2012 um lediglich 1.6%, was zur Senkung der Mittleren Aufenthaltsdauern (MAD) um 5.7% führte. Die Anzahl Betten reduzierte zwischen 2010 und 2016 um 0.6%. Die Bettenbelegung erhöhte sich um 2.5%. Die Anzahl Spitäler (Betriebe) reduzierte sich zwischen 2012 und 2016 um 4.7%.

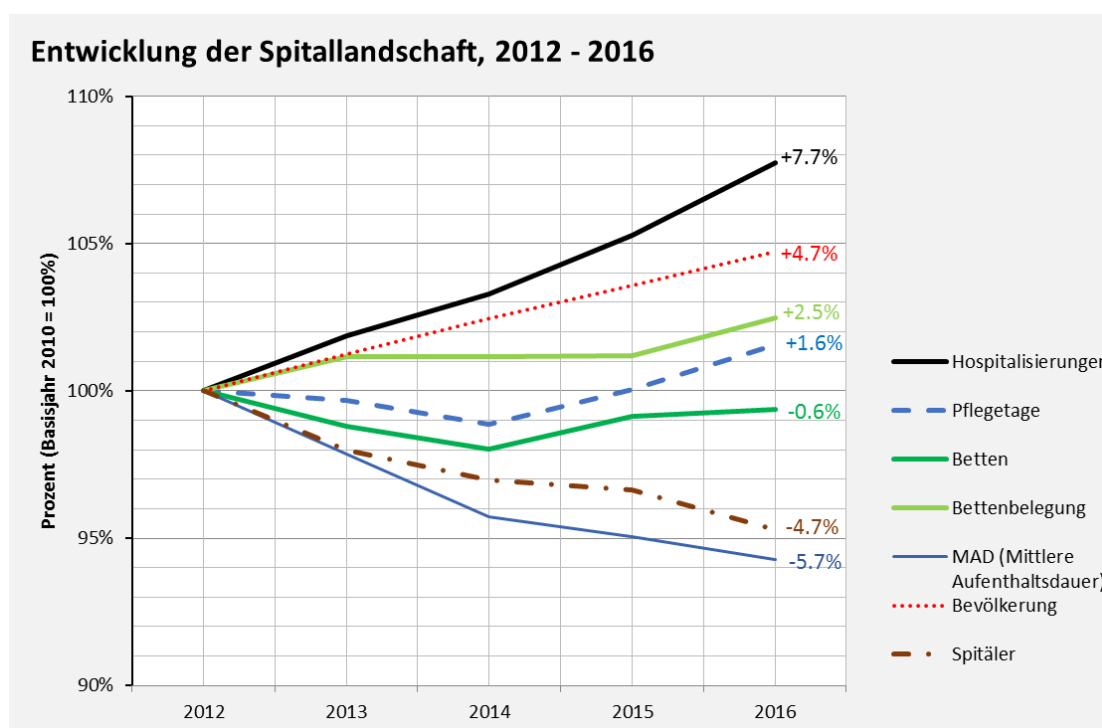


Abb. 1: Entwicklung der Spitallandschaft; Quelle: Krankenhausstatistik 2010-2016; STATPOP; Darstellung gemäss Jörg R., Ruffin R., (2016), Seite 55).

Die in Abb. 1 angegebenen Kennzahlen stammen aus den Krankenhausstatistiken 2012-2016.¹⁸ Bei der Kennzahl „Spitäler“ wird jeweils bewusst von der Anzahl Betriebe gesprochen. Aus dem Detailkonzept der Krankenhausstatistik geht hervor, dass unter dem Begriff Betrieb grundsätzlich eine juristische Einheit verstanden wird. So wird in der Regel ein Spital (Betrieb) mit mehreren Standorten als lediglich ein Betrieb gezählt.

¹⁸ Die in Kapitel 2.2 beschriebene neuen Falldefinitionen per 2012 und der daraus erfolgte Datenbruch zwischen den Jahren 2011/2012 haben Auswirkungen auf die Darstellung der Entwicklung der Hospitalisierungen und Mittleren Aufenthaltsdauern im Vergleich der Jahre 2010/2011 vs. 2012/2016. Deshalb wird in Abb. 1 lediglich die Entwicklung zwischen 2012 und 2016 dargestellt.

Um im nachfolgenden Kapitel die Entwicklung der Spitallandschaft hinsichtlich der darin sich betätigenden stationären Einrichtungen zu beschreiben, ist die Wahl des Betriebes als Untersuchungseinheit nicht ausreichend, da verschiedene Betriebe mehrere Standorte umfassen. Betrachtet man lediglich die Betriebe, zählte man viel zu wenige Spitäler und Kliniken. Deshalb werden in der Folge zur Beschreibung der Entwicklung der Spitallandschaft sowohl **die Betriebe** als auch die **Standorte als Untersuchungseinheiten** verwendet.

Als Datengrundlage für die vorliegenden Analysen dient die Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Die Medizinische Statistik führt seit dem Jahr 2011 sämtliche medizinischen Fälle auf Ebene Standort und ermöglicht somit eine detaillierte Betrachtung der tatsächlichen Entwicklung in der Spitallandschaft ab 2011. Die Fälle der Betriebe und der einzelnen Standorte werden gemäss Zuteilungsdefinition (vgl. Kapitel 2.3) den Versorgungsbereichen zugeteilt. Da Betriebe und Standorte existieren, die in mehreren Versorgungsbereichen Leistungen erbringen, kann es zu Doppel- oder Mehrfachzählungen kommen. Um nur die für einen Versorgungsbereich relevanten Betriebe und Standorte zu erfassen, werden sowohl auf Ebene der Betriebe als auch auf Ebene der Standorte Kleinstanbieter mit einem Fallvolumen von <30 Fällen pro Jahr und Versorgungsbereich ausgeschlossen.¹⁹ Geburtshäuser unterliegen bei der Analyse nicht dem Kriterium der minimal 30 Fälle pro Jahr, da es mehrere Geburtshäuser gibt, welche diese Marke nicht erreichen.

3.2 Entwicklung der Anzahl Betriebe und Standorte

3.2.1 Akutsomatik

Die nachfolgende Abb. 2 gibt einen Überblick über die Anzahl Betriebe und Standorte, welche im Bereich der stationären Akutsomatik jährlich mindestens 30 Fälle behandelten.

Die Anzahl der Betriebe reduzierte sich zwischen 2011 und 2016 um 18 Betriebe auf 171 Betriebe (-9.5%). Die Anzahl Standorte sank in der gleichen Zeitspanne von 240 auf 223 Standorte (-7.1%).

¹⁹ Aufgrund unterschiedlicher Zuordnungen und Zählweisen stimmen die aus den Analysen resultierende Anzahl von Betrieben und Standorten nicht mit jenen der Krankenhausstatistik überein.

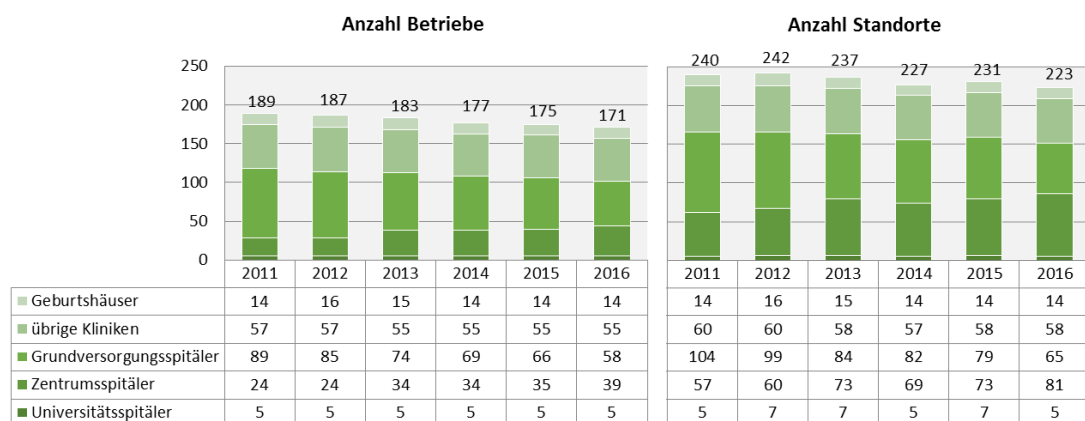


Abb. 2: Anzahl Betriebe & Standorte 2011–2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011–2016; eigene Berechnungen. Bemerkung: Ausschluss von Betrieben und Standorten mit <30 akutsomatischen Fällen pro Jahr.

In Bezug auf die Verteilung der Betriebe und Standorte nach Spitaltyp ist insbesondere die Verschiebung von Grundversorgungs- zu Zentrumsspitäler auffallend. Infolge der, alle drei Jahre, durchgeführten Neubeurteilung der Krankenhaustypologie wurden zwischen 2011 und 2016 15 Betriebe mit insgesamt 24 Standorten, die noch 2011 den Grundversorgungsspitalern zugerechnet wurden, neu als Zentrumsspitäler geführt.²⁰

Aufgrund datenschutzrechtlicher Gründe liegen der vorliegenden Analyse nur anonymisierte BUR- und Standort-Nummern zugrunde. Deshalb ist es nicht möglich, die einzelnen Standorte namentlich zu identifizieren. Trotzdem wurde der Versuch unternommen, die in Abb. 2 dargestellten Veränderungen in der stationären akutsomatischen Spitallandschaft anhand der BUR- und Standortnummern näher zu untersuchen. Werden z.B. ab einem bestimmten Jahr verschiedene Betriebe und Standorte unter einer (allenfalls neuen) gemeinsamen BUR-Nummer geführt, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um einen Zusammenschluss bzw. Fusion der vormals unter eigenständigen BUR-Nummern geführten Betriebe und Standorte handelt. Entsprechende Beobachtungen wurden anhand der Mutationsübersichten der vom BAG jährlich publizierten Kennzahlen der Schweizer Spitäler²¹ plausibilisiert.

Um Hinweise auf die Auswirkungen von erfolgten Fusionen, Neugründungen und Schliessungen von Betrieben und Standorten zu erhalten, werden in nachfolgender Tabelle 2 die beobachteten Änderungen näher analysiert.

²⁰ Vgl. BFS (2006): Das Bundesamt für Statistik nimmt die Zuteilung zu einem Spitaltypen anhand klar definierter Kriterien vor. Ein einer bestimmten Kategorie zugeteilter Betrieb wird erst einer anderen Kategorie zugeordnet, wenn er während mindestens drei aufeinanderfolgender Jahre die festgelegte Definition der bisherigen Kategorie nicht erfüllt. Bei einer Neuausrichtung eines Betriebes kommt diese 3-Jahres-Klausel jedoch nicht zur Anwendung. In diesem Fall kann der Betrieb, nach Rücksprache mit den verantwortlichen Stellen, umgehend einer anderen Kategorie zugeteilt werden.

²¹ BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, jeweils Tabelle 2, www.bag.admin.ch/kzss

Mutationen 2011-2016 Akutsomatik						
Kanton	Fusion / Zusammenführung neues stationäres Angebot	Aufgabe stationäres Angebot anderes	Beschreibung	Auswirkung auf Anzahl Betriebe	Auswirkung auf Anzahl Standorte	
AG		-1	2016: K235-Spital mit Aufgabe stationärer akutsomatischen Leistungen und Mutation zu K221-Spital	-1	-1	
AR	1		2013: Zusammenführung von 2 K122-Spitälern in ein K121-Spital 2014: Einführung einer 2. Standort-Nummer der 2013 fusionierten Spitälern	-1	-1	
BE	1		2013: Fusion von 2 K121-Spitalstandorten mit einem K112-Spital	-1	0	
	1		2012: Fusion eines K121-, eines K122- und eines K231-Spitals in ein K112-Spital	-2	0	
		-1	2015: K231-Spital ohne stationäre akutsomatische Fälle ab 2015	-1	-1	
		-1	2016: K235-Spital ab 2016 ohne stationäre akutsomatische Fälle	-1	-1	
		-1	2016: Standort eines K112-Spitals ohne stationäre akutsomatische Fälle 2016		-1	
		-1	2012: Standort eines K121-Spitals ab 2012 ohne stationäre, akutsomatische Fälle		-1	
		-1	2013: Standort eines K112-Spitals ab 2013 ohne stationäre, akutsomatische Fälle		-1	
BL	1		2012: Fusion von 2 K112-Spitälern und einem K123-Spitälern zu einem K112-Spital	-2	0	
	1		2014: Fusion von einem K123- und einem K235-Spital zu einem K123-Spital	-1	-1	
BS		-1	2013: K234-Spital ohne akutsomatische Fälle ab 2013 (neu: nur noch Geriatrie und Rehabilitation)	-1	-1	
FR	1		2014: Fusion und Zuteilung eines K123-Spitals zu anderem Kanton, die stationären akutsomatischen Fälle werden seither unter dem neuen Standort geführt	-1	-1	
GR		-2	2014: Aufgabe von 2 Standort-Nrn. eines K112-Spitals mit vormals 3 Standort-Nummern		-2	
LU		-1	2012: Schliessung/Umnutzung eines K235-Spitals	-1	-1	
NE	1		2015: Fusion eines K123- und eines K235-Spitals in ein K231-Spital	-1	0	
		-1	2014: Standort einer Spitalgruppe ab 2014 ohne stationäre akutsomatische Fälle		-1	
SG		-1	2011: Schliessung eines K235-Spitals	-1	-1	
	1		2014: Neugründung eines K235-Spitals (ab 2015 >30 akutsomatische Fälle)	1	1	
SO		-1	2011: Schliessung stationäre Abteilung eines K121-Spitalstandortes		-1	
SZ		-1	2014: K123-Spital mutiert zu K212-Spital, ab 2014 <30 stationäre akutsomatische Fälle	-1	-1	
TI		-1	2016: K123-Spital ab 2016 ohne stationäre akutsomatische Fälle (neu K212)	-1	-1	
VD	1		2014: Fusion eines K122- und K123-Spitals (neu: K121, ohne Auswirkungen auf Anzahl Standorte)	-1	0	
	1		2012: Neugründung eines K231-Spitals	1	1	
			2014: Fusion eines K122-Spitals mit einem K112-Spital	-1	-1	
		-1	2016: K231-Spital ab 2016 ohne stationäre akutsomatische Fälle	-1	-1	
	1		2016: Standort eines K112-Spitals ab 2016 neu mit >30 stationärer akutsomatischer Fälle		1	
VS	1		2013: Fusion eines K112-Spitals mit ausserkantonalem K112-Spital	-1	-1	
			Standorte werden im Standortkanton des fusionierten Spitals geführt, 1 davon ohne Akutsomatik			
	1		2014: Neugründung eines K231-Spitals	1	1	
ZH		-1	2015: 1 K123-Spital ab 2015 ohne stationäre akutsomatischen Fälle (neu K221)	-1	-1	
		-1	2014: 1 Standort eines K233-Spitals ab 2014 ohne stationäre akutsomatischen Fälle		-1	
	1		2012: 1 K231-Spital ab 2012 mit stationären akutsomatischen Fällen	1	1	
	1		2012: 1 K231-Spital ab 2012 mit >29 stationären akutsomatischen Fällen	1	1	
		-1	2016: Schliessung eines K231-Spitals	-1	-1	
Total	10	6	-18	-5	-18	

Tabelle 3: Analyse der Standortänderungen Akutsomatik nach Kanton; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen. Legende: K111=Universitätsspital, K112=Zentrums-spital, K12x=Grundversorgungsspital, K21x=Psychiatrische Klinik, K221=Rehabilitationsklinik, K23x=Spezialkliniken.

Aus der Medizinischen Statistik 2011-2016 kann abgeleitet werden, dass insgesamt **10 Spital-Fusionen** seit 2011 stattgefunden haben. An den Fusionen waren 22 Betriebe beteiligt. 5 Fusionen fanden zwischen öffentlichen Betrieben statt, 5 Fusionen zwischen privaten Betrieben. Lediglich zwei der Fusionen führten zur Reduktion von insgesamt zwei stationären akutsomatischen Standorten. Die Fusionen erfolgten in den Kantonen BE (2), BL (2), VD (2), AR, FR, VS und NE (je 1).

Während des Untersuchungszeitraumes konnten **drei Spitalschliessungen** und **drei Eröffnungen** von Spitälern registriert werden. Dabei handelt es sich jeweils ausschliesslich um Spezialkliniken der Typologien K231 und K235. Gegenüber 2011 behandeln im Jahr 2016 sechs zusätzliche Standorte mehr als 29 stationäre akutsomatische Fälle. 23 Standorte weisen im Jahr 2016 gegenüber 2011 weniger als 30 oder keine entsprechenden Fälle aus.

3.2.2 Rehabilitation

Im Jahr 2016 wurden in 89 Betrieben an insgesamt 103 Standorten mindestens 30 stationäre Reha-Fälle behandelt. Dies entspricht einem Zuwachs von jeweils 12 Betrieben und Standorten seit 2011 bzw. einer Steigerung um 16% (Betriebe) bzw. 13% (Standorte). Die Rehabilitationskliniken erfuhren einen Zuwachs von 13 Standorten zwischen 2011 und 2016, was einer Steigerung von knapp 29% entspricht. In der gleichen Zeitspanne erhöhte sich die Anzahl Standorte der Zentrumsspitäler um drei. Eine Reduktion der Anzahl Standorte, die im Versorgungsbereich Rehabilitation tätig waren, ist bei den Grundversorgungsspitalern (-6 Standorte) zu verzeichnen. Die Anzahl Geriatriische Spezialkliniken und die der übrigen Kliniken erhöhte sich zu 2011 um jeweils einen Standort.

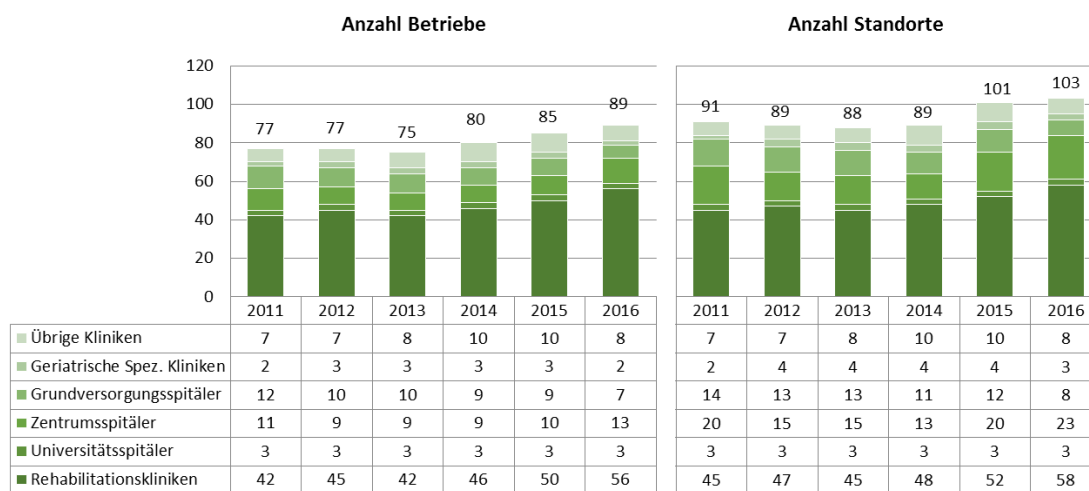


Abb. 3: Anzahl Betriebe und Standorte Rehabilitation mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen

Auch für die Rehabilitation wurden die beobachteten Änderungen der Betriebs- und Standortzahlen 2011-2016 näher betrachtet (vgl. Tabelle 4). Anhand der Medizinischen Statistik 2011-2016 und plausibilisiert mit den Mutationsübersichten der vom BAG jährlich publizierten Kennzahlen der Schweizer Spitäler²² konnte zwischen 2011 und 2016 **eine Fusion** zweier Rehabilitationskliniken ohne Einfluss auf die Anzahl Standorte eruiert werden.

Des Weiteren konnten zwischen 2011 und 2016 **zwei Schliessungen/Umnutzungen** von Rehabilitationskliniken ausgemacht werden. Demgegenüber stehen im gleichen Zeitraum **acht Neueröffnungen** von Rehabilitationskliniken (je 2 in den Kantonen GE, LU, SG, ZH). **Sieben Neuausrichtungen** konnten festgestellt werden, bei welchen sich vormals als Grundversorgungsspitäler oder als spezialisierte Klinik tätige Standorte mittlerweile mehrheitlich auf Leistungen der Rehabilitation (K221) konzentrieren.

Gegenüber 2011 behandeln im Jahr 2016 24 zusätzliche Standorte mehr als 29 stationäre Reha-Fälle. 12 Standorte weisen im Jahr 2016 gegenüber 2011 weniger als 30 oder keine entsprechenden Fälle aus.

²² BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, jeweils Tabelle 2, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Mutationen 2011-2016 Rehabilitation							
Kanton	Fusion	Neuausrichtung neues Reha-Angebot	Aufgabe Reha	anderes	Beschreibung	Auswirkung auf Anzahl Betriebe	Auswirkung auf Anzahl Standorte
AG	1			0	2014: Splitting einer BUR-Nummer in 2 BUR-Nummern 2016: Neuausrichtung einer vormals K235-Klinik auf K221(Rehabilitationsklinik)	1	0
AR			-1		2015: K231-Spital ohne Rehabilitationsfälle ab 2015	-1	-1
BE	1	1	-1		2012: K112-Spital mit <30 Reha-Fällen ab 2012 2016: stationäre Reha-Leistungen ab 2016 eines K231-Spitals 2016: Mutation einer K235-Klinik zur K221-Klinik	-1	-1
		1			2016: stationäre Reha-Leistungen >29 Fälle bei zusätzlichem K112-Standort ab 2016	1	1
BL		1			2012: stationäre Reha-Leistungen eines K121-Spitalstandortes (Fälle >29 ab 2015)		1
		1			2014: stationäre Reha-Leistungen eines K123-Spitals (Fälle >29 ab 2015)	1	1
BS			0		2012: Aufgabe von Reha-Leistungen eines K235-Standortes (bereits 2011 <29 Fälle) 2012: stationäre Reha-Leistungen eines K234-Standortes ab 2012	1	0
		2				1	2
FR				-1	2014: BUR-Nr. eines Standortes mit Reha-Angebot unter anderem Kanton geführt	-1	-1
GE	1	1			2014: Neugründung einer K221-Rehaklinik (Reha-Fälle ab 2015)	1	1
		1			2015: Umstrukturierung eines K123-Spitals in eine Rehaklinik K221 ab 2015	1	1
		1			2016: Neugründung einer K221-Rehaklinik	1	1
GL				0	2012: Splitting von 2 K221-Rehakliniken	1	0
GR	1	1			2016: stationäres Reha-Angebot eines K123-Spitals ab 2016	1	1
					2016: Neuausrichtung einer vormals K235-Klinik auf K221(Rehabilitationsklinik)		
LU			-1		2012: Schliessung einer K221-Rehaklinik	-1	-1
			-1		2012: K121-Spital ohne Reha-Leistungen ab 2012	-1	-1
		1			2013: Neugründung einer K221-Rehaklinik (ab 2014 mit <29 Fälle)	1	1
		1			2013: stationäres Reha-Fälle eines K235-Spitals ab 2013	1	1
		1			2016: Neugründung einer neue K221-Rehaklinik	1	1
NE			-2		2012-2016: Reduktion der Anzahl Standorte mit Reha-Leistungen innerhalb K112-Spital		-2
SG	1				2013: Fusion von 2 K221-Rehakliniken ohne Auswirkungen auf die Anzahl Standorte	-1	0
		2			2015: Neugründung von 2 neuen K221-Rehakliniken	2	2
SO			-2		2012: Konzentration der Reha-Leistungen innerhalb eines K112 von 3 auf 1 Standort		-2
TG			-1		2013: Schliessung/Umnutzung einer K221-Rehaklinik	-1	-1
VD	1	1			2012: K121-Spital ab 2012 mit 2 Standorten >29 Reha-Fälle (2011 nur 1 Standort)		1
		1			2014: Splitting eines K212-Spitals mit 2 Standorten in ein K212- und ein K221-Spital 2016: Neuausrichtung einer vormals K234-Klinik auf K221(Rehabilitationsklinik)	1	1
VS		2			2015: 2 K121-Spitalstandorte neu ab 2015 mit stationären Reha-Leistungen	1	2
		1			2015: K221-Spital ab 2015 mit stationären Reha-Leistungen	1	1
ZH		1			2011: Neugründung neuer Reha-Klinik, ab 2012 mit >29 Fälle	1	1
			-1		2012: K121-Spital ab 2012 ohne stationäre Reha-Leistungen	-1	-1
		1			2012: Neugründung neuer Reha-Klinik, ab 2013 mit >29 Fälle	1	1
			-1		2012: K121-Spital ab 2012 ohne Reha-Leistungen	-1	-1
		1			2014: K233-Spital neu mit stationären Reha-Leistungen	1	1
	1			2015: Neuausrichtung eines vormals K123-Spitals auf K221 (Rehabilitation)	1	1	
		1			2015: K235-Spital ab 2015 mit stationären Reha-Leistungen	1	1
Total	1	7	24	-11	-1	12	12

Tabelle 4: Analyse der Standortänderungen Rehabilitation nach Kanton; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen. Legende: K111=Universitätsspital, K112=Zentrums-spital, K12x=Grundversorgungsspital, K21x=Psychiatrische Klinik, K221=Rehabilitationsklinik, K23x=Spezialkliniken.

3.2.3 Psychiatrie

Die Anzahl Betriebe, welche mindestens 30 stationäre psychiatrische Fälle p.a. aufweisen, blieb zwischen 2011 und 2016 relativ konstant bei 73 Betrieben.

Die Anzahl Standorte, welche stationäre psychiatrische Behandlungen vorgenommen haben, erhöhte sich zwischen 2011 und 2016 um 12 Standorte bzw. 13.5%. Während 2011 insgesamt 89 Standorte stationäre Leistungen im Bereich der Psychiatrie erbrachten, waren es im Jahr 2016 101 Standorte, welche mindestens 30 psychiatrische Fälle stationär auswiesen. Die Zahl der Psychiatrischen Kliniken stieg in diesem Zeitraum um 17 Standorte. Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl Grundversorgungsspitäler mit relevanter Leistungserbringung im Bereich Psychiatrie um 2, jener der übrigen Kliniken um 4 Standorte zurück. Auffällig ist jedoch der Anstieg zwischen 2011 und 2012 um 10 Standorte, davon 7 Standorte bei den Psychiatrischen Kliniken.

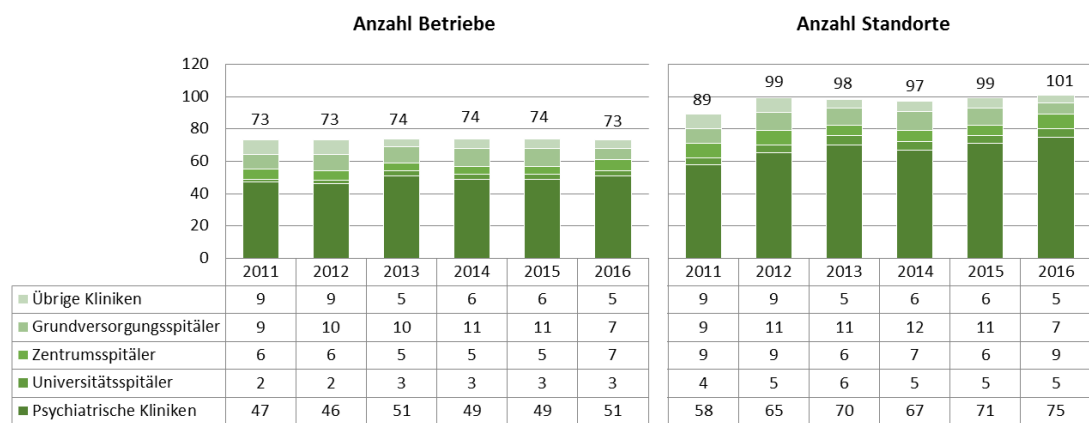


Abb. 4: Anzahl Betriebe und Standorte Psychiatrie mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen

Die genauere Betrachtung der beobachteten Änderungen der Anzahl Standorte im Bereich der Psychiatrie lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Tabelle 5):

Zwischen 2011 und 2016 sind **fünf Fusionen**, welchen den Bereich der Psychiatrie tangieren, zu beobachten. Im Kanton BE wurden zwei bislang unter einer eigenen BUR-Nummer geführte Psychiatriekliniken in Akutspitäler integriert. Dasselbe erfolgte einmal im Kanton JU. Im Kanton ZH erfolgten 2 Zusammenführungen von Psychiatriekliniken. Die Fusionen führten zur Reduktion von 2 Betrieben, aber nur einem Standort.

Eine Neueröffnung einer Psychiatrischen Klinik (Kanton GR) steht **zwei Schliessungen** (im Kanton ZH) gegenüber. Ferner wurden im Jahr 2016 neben der neueröffneten Klinik gegenüber 2011 an zusätzlich 17 Standorten neu stationäre psychiatrische Leistungen erbracht, hauptsächlich an Standorten von Psychiatrischen Kliniken. An 4 Standorten wurde zwischen 2011 und 2016 die stationäre Leistungserbringung auf unter 30 psychiatrische Fälle pro Jahr reduziert oder gänzlich eingestellt.

Mutationen Psychiatrie 2011/2016								
Kanton	Fusion / Zusammenführung	Schliessung	neues stationäres Angebot	Aufgabe stationäres Angebot	anderes	Beschreibung	Auswirkung auf Anzahl Betriebe	Auswirkung auf Anzahl Standorte
AG			2			2015: neues stationäres Angebot bei 2 K212-Standorten		2
			1			2015: neues stationäres Angebot bei einem K211 Standort		1
BE			3			2012: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf mehrere Standorte		3
			1			2012: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf mehrere Standorte		1
	1					2014: Zusammenführung von eines K212-Spitals und eines K121-Spitals in ein K121-Spital		0
	1					2014: Zusammenführung von eines K212-Spitals und eines K121-Spitals in ein K121-Spital		1
						Psychiatrie-Fälle ab 2016 an 2 Standorten		
						2015: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf einen weiteren Standort		1
BL			1			2014: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf einen weiteren Standort		1
BS				-1		2013: Reduktion der Anzahl stationärer Standorte mit Fällen >29 eines K211-Spitals um 1 Standort		-1
GR			1			2012: Neueröffnung einer K212-Klinik	1	1
JU	1			-1		2012: Zusammenführung eines K212-Spitals und eines K121-Spitals in ein K121-Spital		-1
NE			3			2015: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf mehrere Standorte		3
SG			1			2012: Aufteilung der stationären psych. Fälle eines K211-Spitals auf zusätzlichen Standort		1
			1			2013: stationäre psych. Fälle ab 2013 an einem K223-Standort	1	1
SZ			0			2015: Weiterbetrieb eines K123-Spitals mit Mutation zu K212-Spital im Jahr 2016		0
VD				-1		2016: Ein K121-Standort ab 2016 mit <30 stationären psychiatrischen Fällen		-1
VS				-1		2013: Reduktion der Anzahl stationärer Standorte eines K211-Spitals um einen Standort	-1	-1
ZH		-1				2011: Schliessung K212-Spital	-1	-1
	1					2012: Zusammenführung von 2 K211-Spitälern	-1	0
		-1				2012: Schliessung K212-Spital	-1	-1
			1			2012: K212-Spital mit >29 stationären psych. Fällen ab 2014	1	1
			1			2013: K111- und K233-Spital neu mit stationären psych. Fällen	2	2
	1					2016: Zusammenführung eines K212-Spitals mit einem K211-Spital	-1	-1
Total	5	-2	18	-4	0		0	12

Tabelle 5: Analyse der Standortänderungen Psychiatrie nach Kanton, Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen; plausibilisiert anhand BAG Kennzahlen der Schweizer Spitäler.

3.2.4 Leistungserbringer Geriatrie

Da sich die Fälle der Hauptkostenstelle M900 „Geriatrie“ weder konkret der Akutsomatik noch der Rehabilitation zuordnen lassen, werden die Fälle der Hauptkostenstelle M900 separat betrachtet.

Geriatrische Behandlungen werden hauptsächlich an Standorten der Grundversorgungs- und Zentrumsspitäler durchgeführt. Die Anzahl der Grundversorgungsspitäler, welche Fälle der HKST M900 führen, liegt sowohl 2011 als auch 2016 bei 10 Standorten, jene der Zentrumsspitäler ist in der gleichen Zeitspanne um neun Standorte gestiegen. Die Anzahl geriatrischer Spezialkliniken erhöhte sich seit 2011 um einen Standort und beträgt seit 2014 fünf Standorte. Die Gesamtzahl der für die Erbringung geriatrischer Leistungen relevanten Standorte stieg von 2011 um 12 auf insgesamt 41 Standorte im Jahr 2016, wobei der grösste Zuwachs zwischen 2011 und 2012 (+6 Standorte) erfolgte.

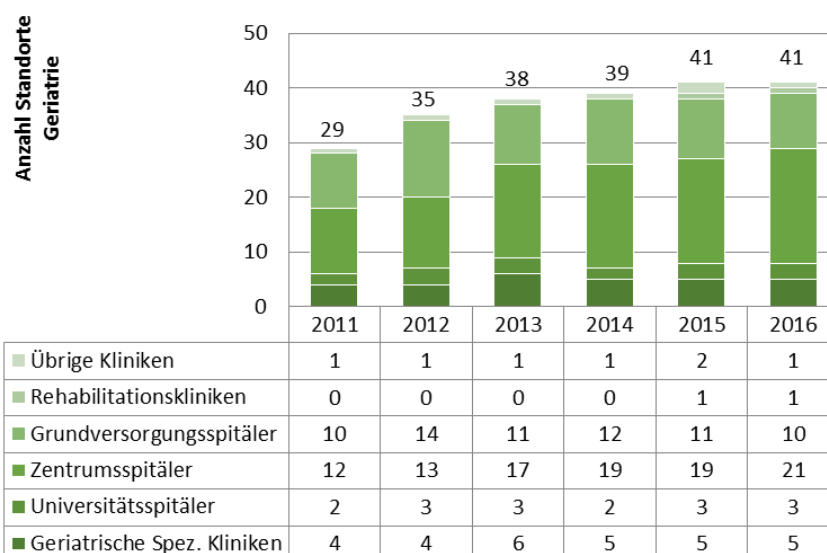


Abb. 5: Anzahl Standorte Geriatrie mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016
Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen.

3.2.5 Veränderung der Bettenkapazitäten

Die Anzahl Betten hat sich in der stationären Versorgung zwischen 2011 und 2016 lediglich um 1 Prozent verringert. Während in der stationären Akutsomatik ein Rückgang der Bettenkapazitäten um 3% zu verzeichnen ist, blieben jene im Bereich der Rehabilitation stabil (-1%). Einen leichten Zuwachs verzeichnet hingegen die Psychiatrie (+ 4%).

Spitaltyp	Anzahl Betten											
	Akutsomatik			Rehabilitation			Psychiatrie			Total		
	2011	2016	Δ in %	2011	2016	Δ in %	2011	2016	Δ in %	2011	2016	Δ in %
Universitätsspitäler (K111)	4'167	4'296		960	624		648	669		5'775	5'588	
Zentrumsspitäler (K112)	9'662	12'513		1'284	1'139		404	320		11'350	13'972	
Grundversorgungsspitäler (K12)	8'259	4'344		507	261		173	154		8'940	4'759	
Psychiatrische Kliniken (K21)	-	49		27	69		5'841	6'279		5'868	6'397	
Rehabilitationskliniken (K21)	19	48		3'264	4'466		15	127		3'298	4'641	
Geriatriische Spezialkliniken (K234)	36	88		507	357		-	-		543	445	
Geburts Häuser (K232)	48	32		-	-		-	-		48	32	
übrige Kliniken (K232,233,235)	1'747	1'883		705	278		235	24		2'687	2'185	
Total	23'939	23'252	-3%	7'253	7'194	-1%	7'316	7'572	4%	38'507	38'019	-1%

Abb. 6: Anzahl und Veränderung der betriebenen Spitalbetten nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2011 und 2016. Quelle: BFS Krankenhausstatistik 2011-2016.

3.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse Standort-Analysen

Die Interpretation der Ergebnisse im Kontext der KVG-Revision erfolgt im Synthesebericht zur Spitallandschaft (vgl. econcept/LENZ, 2019). Die Ergebnisse der Standortanalysen sollen an dieser Stelle jedoch stichwortartig zusammengefasst werden.

Im Untersuchungszeitraum von 2011 bis 2016 wurden folgende Entwicklungen beobachtet:

Akutsomatik (2011-2016)

- Rückgang der Anzahl Betriebe, welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, von 189 auf 171 Betriebe (-18 bzw. -9%):
 - 10 Fusionen von insgesamt 22 Betrieben (-12)
 - 3 Schliessungen von Spezialkliniken (-3)
 - 3 Neugründungen von Spezialkliniken (+3)
 - 2 Spezialkliniken neu mit akutstationärem Angebot (+2)
 - 8 Klinken mit Neuausrichtung ausserhalb stationärer Akutsomatik (-8)
- Rückgang der Anzahl Standorte mit mind. 30 stationären Fällen p.a. von 240 auf 223 Standorte (-17 bzw. -7%). Rückgang ist hauptsächlich auf Neuausrichtungen von Standorten auf Leistungen ausserhalb der stationären Akutsomatik zurückzuführen. Fusionen führten nur in 2 Fällen zur Reduktion von Standorten.
- Rückgang der Bettenkapazitäten um 3%.

Rehabilitation (2011-2016)

- Anstieg der Anzahl Betriebe, welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, von 77 auf 89 Betriebe (+12 bzw. +16%):
 - 1 Fusion von zwei Rehabilitationskliniken (-1)
 - 2 Schliessungen von Rehabilitationskliniken (-2)
 - 8 Neugründungen von Rehabilitationsklinken (+8)
 - Splittings von jeweils 2 Kliniken (+3)
 - 10 Betriebe mit neuem Reha-Angebot (+10)
 - 6 akutsomatische Betriebe, welche keine Reha-Fälle mehr behandeln (-6)
- Anstieg der Anzahl Standorte mit mind. 30 Fällen p.a. von 91 auf 103 Standorte (+12 bzw. +13%). Die Fusion hatte keinen Einfluss auf die Anzahl Standorte.
- Rückgang der Bettenkapazitäten um 1%.

Psychiatrie (2011-2016)

- Die Anzahl Betriebe mit mind. 30 stationären Psychiatrie-Fällen pro Jahr blieb stabil bei 73 Betrieben:
 - 5 Fusionen mit Beteiligung von insgesamt 12 Betrieben (-2)
Integration von 3 Psych.-Kliniken in Akutspitäler & von 2 in eine Psychiatrische Klinik
 - 2 Schliessungen von Psychiatrischen Kliniken (-2)
 - 1 Neugründung einer Psychiatrischen Klinik (+1)
 - 4 Betriebe, welche neu Psych.-Fälle behandeln (+4)
 - 1 akutsomatischer Betrieb, welcher keine Psych.-Fälle mehr behandelt (-1)
- Anstieg der Anzahl Standorte mit mind. 30 Fällen p.a. von 89 auf 101 Standorte (+12 bzw. +13%). Fusionen führten zur Reduktion eines Standortes.

- Anstieg der Bettenkapazitäten um 4%.

Geriatric (2011-2016)

- Anstieg der Anzahl Standorte mit geriatrischem Leistungsprofil von 29 im Jahr 2011 auf 41 Standorte im Jahr 2016 (+12 bzw. 41%).

3.3 Leistungsspektren

Zur zweckmässigen Beschreibung der stationären Leistungsspektren der Spitäler eignet sich die Unterteilung des Leistungsgeschehens nach Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereichen. In der Folge wird die Entwicklung der Leistungsspektren der Spitäler innerhalb der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zwischen den Jahren 2010 und 2016 einerseits nach Spitaltypen, andererseits nach rechtlich-wirtschaftlichem Status dargestellt. Einzig für die Akutsomatik beschränken sich die Auswertungen nach Leistungsbe-
reichen und Leistungsgruppen auf die Datenjahre ab 2012 (vgl. Kapitel 2.2).

3.3.1 Leistungsspektrum Akutsomatik

Abb. 7 zeigt die relative Verteilung der akutsomatischen Fälle auf die Leistungsbereiche nach Spitaltyp. Aufgrund der zahlreichen Spitaltypenwechsel innerhalb der Akutsomatik erfolgte die Zuteilung der Spitäler und Standorte anhand des Spitaltyps im Datenjahr 2012. So wurde sichergestellt, dass jeweils innerhalb eines Spitaltyps immer dieselben Leistungserbringer verglichen werden.

Die Analyse zeigt eine relative Stabilität innerhalb der Leistungsspektren bei allen Spitaltypen. Auffallend ist der Rückgang der Anteile des Basispakets bei allen Spitaltypen, ausgeprägt vor allem bei den Spezialkliniken (-2.9 pp) und bei den Grundversorgungsspi-
tälern (-1.5 pp). Dies kann einerseits auf die Weiterentwicklung der SPLG-Systematik zurückgeführt werden, andererseits kann es auch mit einer Verbesserung der Codierqua-
lität der Spitäler zusammenhängen, wodurch eine Zuordnung in eine spezifische Lei-
stungsgruppe wahrscheinlicher wird.

Die Universitätsspitäler weisen erwartungsgemäss das breiteste Leistungsspektrum auf, gefolgt von den Zentrums- und Grundversorgungsspitälern. Erwähnenswert ist zudem, dass sich der Anteil der Neugeborenen über den Betrachtungszeitraum bei allen Spitalty-
pen steigerte.

Neben dem Basispaket hat der „Bewegungsapparat chirurgisch“ eine überproportionale Bedeutung innerhalb der Leistungsbereiche. Mit einem Anteil von 11.8% bei den Zent-
rumsspitälern und 16.1% bei den Grundversorgungsspitälern finden in diesem Leistungs-
bereich nach dem Basispaket die meisten Behandlungen statt. Bei den Spezialkliniken liegt der Anteil des „Bewegungsapparats chirurgisch“ bei 47.4%. Dieser hohe Anteil orthopädischer Leistungen ist auf den hohen Anteil der orthopädischen Spezialkliniken innerhalb dieses Spitaltyps zurückzuführen.

Anteil Fälle nach SPLG-Bereich, 2012 und 2016

Relativer Anteil der Austritte an der Gesamtzahl der Austritte pro Spitaltyp
Inkl. Veränderung in Prozentpunkten (pp.)

■ 2012 ■ 2016 ■ Veränderung 2012-2016 (pp.)

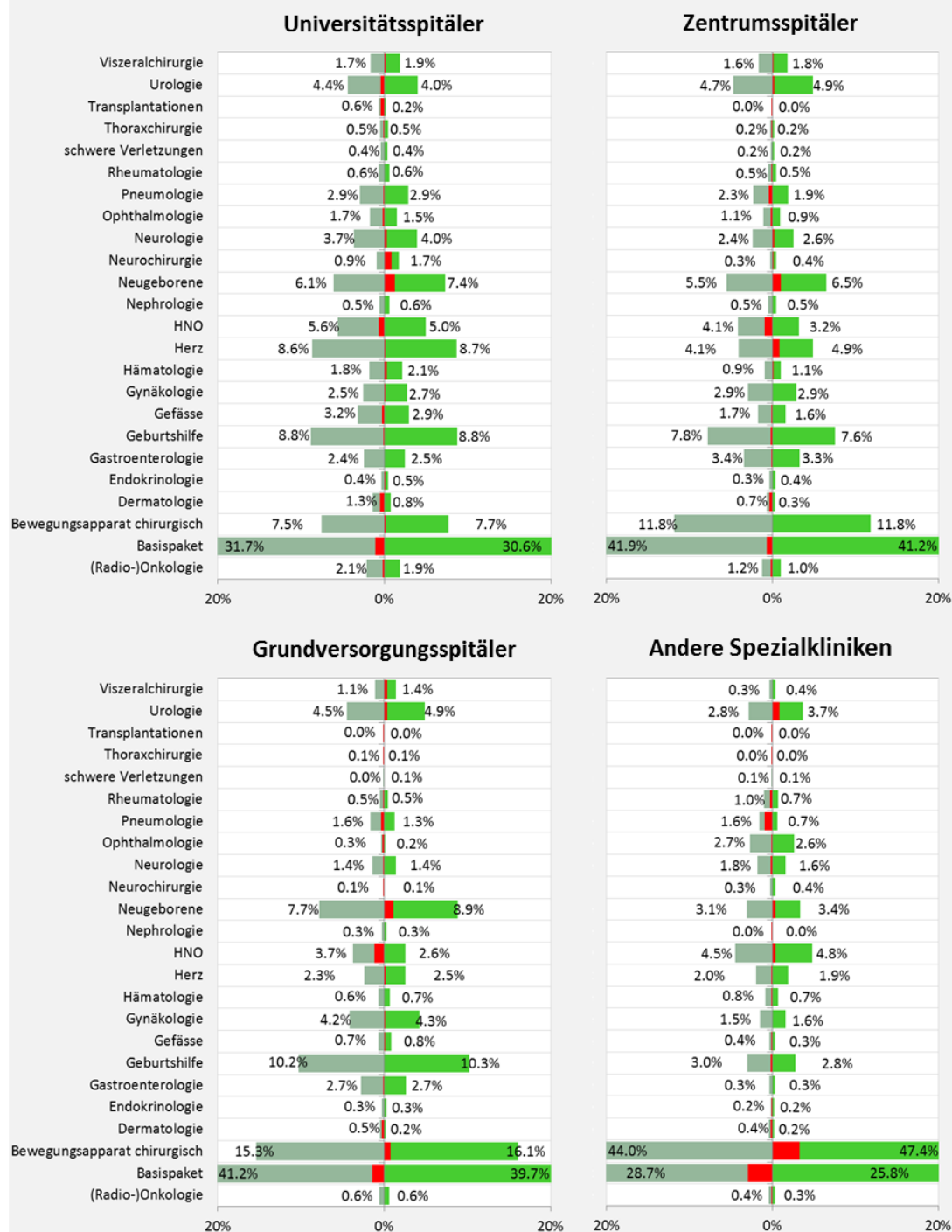


Abb. 7: Anteil akutsomatische Fälle nach SPLG und Spitaltyp – 2012 und 2016; Zuordnung gemäss Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Bemerkung: Die Balken für das Basispaket und den Bewegungsapparat chirurgisch reichen teilweise über die gewählte Skala hinaus. Zugunsten einer besseren Visualisierung aller Leistungsbereiche wurden die Balken bei 20% abgeschnitten, die effektiven Anteils-Werte jedoch hinzugefügt. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60).

Ein Vergleich des Leistungsspektrums der privaten mit jenem der öffentlichen Spitäler zeigt ebenfalls, dass bei beiden Kategorien keine grossen Verschiebungen innerhalb der erbrachten Leistungen zu beobachten sind (vgl. hierzu nachfolgende Abb. 8).

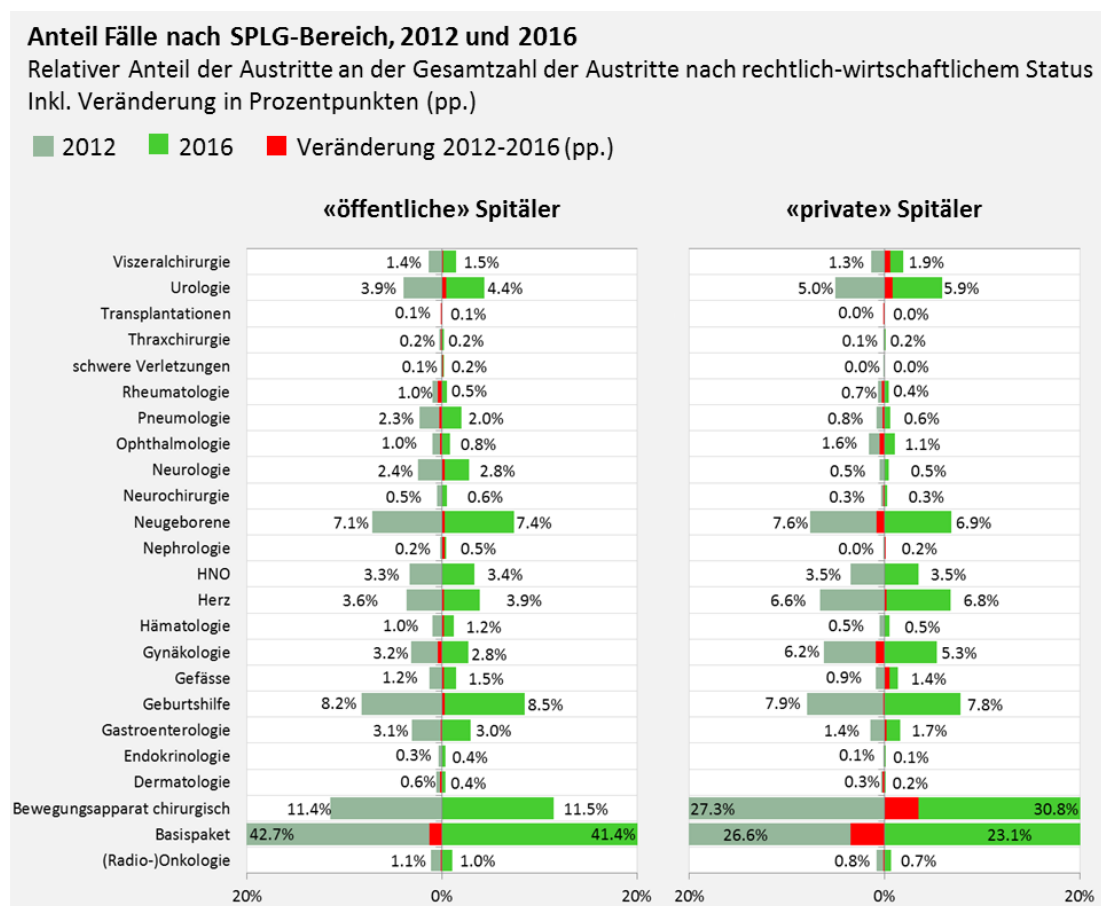


Abb. 8: Anteil akutsomatische Fälle nach SPLG und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2012 und 2016
 Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Die Balken für das Basispaket und den Bewegungsapparat chirurgisch reichen teilweise über die gewählte Skala hinaus. Es gelten die jeweils angegebenen Anteils-Werte.

Der relative Rückgang der Leistungen innerhalb der Grundversorgung (Basispaket) ist bei den privaten Kliniken (-3.5 pp) höher als bei den öffentlichen Leistungserbringern (-1.3 pp). Die privaten Spitäler steigerten seit 2012 ihren Anteil innerhalb des Leistungsbeereiches „Bewegungsapparat chirurgisch“ um 3.5 Prozentpunkte, wogegen der entsprechende Anteil bei den öffentlichen Spitälern stabil blieb.

Vergleicht man die Leistungsspektren der beiden rechtlich-wirtschaftlichen Status kann generell festgestellt werden, dass die privaten Spitäler jeweils höhere Anteile in den operativen Bereichen aufweisen (Urologie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Viszeralchirurgie). Beim „Bewegungsapparat chirurgisch“ ist der Anteil der privaten Spitäler mit 30.8% in 2016 fast dreimal so hoch wie bei den öffentlichen Spitälern. Der Anteil an Fällen im Leistungsbereich „Herz“ ist bei den privaten Anbietern (6.8% in 2016) ebenfalls höher als bei den öffentlichen Spitälern (3.9% in 2016). Dies kann auf einige spezialisierte private Herzzentren zurückgeführt werden.

Eine zusätzliche Sichtweise auf die Entwicklung der Leistungsspektren und auf allfällige Spezialisierungstendenzen bietet die Analyse der Anzahl verschiedener SPLG je Standort. Eine hohe Anzahl an SPLG ist dabei ein Zeichen für eine geringere Spezialisierung der jeweiligen Einrichtung, eine niedrige Anzahl steht für eine hohe Spezialisierung. Um ein Mass für die Veränderung zu haben, wurde die Differenz der Anzahl SPLG zwischen 2012 und 2016 ermittelt. Sinkt die Anzahl SPLG eines Standortes, spricht dies für eine Zunahme der Spezialisierung, eine steigende Anzahl spricht dagegen für eine geringere Spezialisierung.

Um einen direkten Vergleich zu ermöglichen, wurden die Leistungen nur in denjenigen 113 SPLG gezählt, die sowohl in 2012 als auch in 2016 innerhalb der SPLG-Systematik vorgefunden wurden.²³ Es wurden zudem lediglich solche Standorte eingeschlossen, welche sowohl 2012 als auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Die Untersuchung bei den 194 Standorten²⁴ zeigt, dass insgesamt 110 Standorte im Jahr 2016 weniger SPLG ansteueren als im Jahr 2012. Bei 20 Standorten blieb die Anzahl SPLG konstant und bei 64 Standorten erhöhte sich die Anzahl SPLG.





Differenzklasse	Häufigkeit	Balken	Gruppierung
mind. 16 weniger	1		weniger: 110
11 - 15 weniger	6		
6 - 10 weniger	29		
1 - 5 weniger	74		
gleich viele	20		gleich: 20
1 - 5 mehr	51		mehr: 64
6 - 10 mehr	11		
11 - 15 mehr	1		
mind. 16 mehr	1		

Abb. 9: Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche sowohl 2012 als auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.

Die Interpretation liegt also nahe, dass insgesamt eine Zunahme der Spezialisierung erfolgt ist. Das Ausmass hält sich jedoch im moderaten Bereich, da die Anzahl der SPLG-Differenzen zwischen 2012 und 2016 meistens zwischen 1 und 5 liegt. Zur Veranschaulichung werden in Abb. 10 die einzelnen Differenzen der beteiligten Einrichtungen grafisch dargestellt.

Wertepaare unterhalb der Diagonale sprechen für eine Abnahme der SPLG-Anzahl, Werte oberhalb der Diagonale für eine Zunahme. Es zeigt sich ein leichter Überhang von Einrichtungen mit einer Abnahme der SPLG-Anzahl.

²³ Da es – im Gegensatz zu den Gruppierungsprozessen nach SwissDRG – keine Simulations-Gruppierung gibt, bei der eine SPLG-Gruppierung nach einem jüngeren System mit älteren Daten und den passenden Diagnosen- und Prozeduren-Katalogen durchgeführt werden kann, sind SPLG-Verschiebungen zwischen verschiedenen Jahren potentiell auch auf Zuordnungsveränderungen durch adjustierte Regeln zurückführbar. Eine gefundene SPLG-Änderung muss daher nicht zwingend auf eine Veränderung des Leistungsportfolios zurückzuführen sein. Da dieser Effekt jedoch nicht herauszurechnen ist, muss man ihn bei der Interpretation der Daten stets einbeziehen.

²⁴ Die 194 eingeschlossene Standorte behandelten 2016 1'211'957 stationäre Fälle, was einem Anteil von 96.7% aller akutstationären Fälle im Jahr 2016 entspricht.

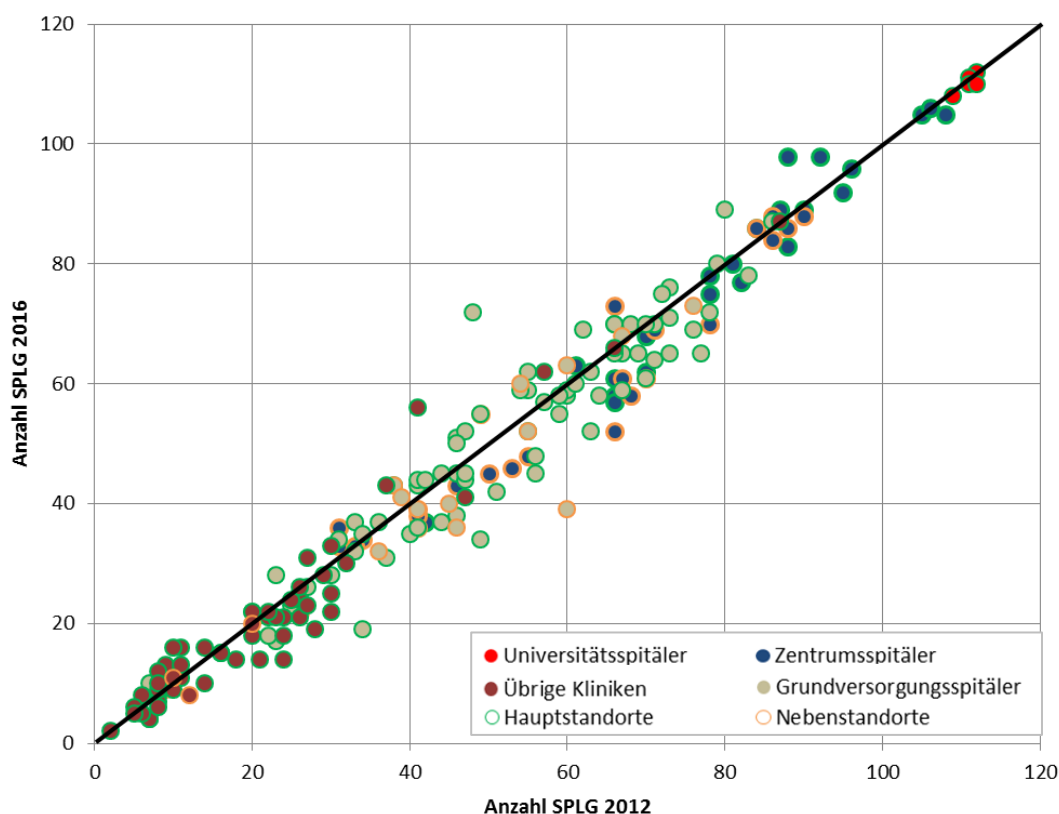


Abb. 10: Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche sowohl 2012 als auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Zuordnung nach Spitaltyp 2012.

Im Durchschnitt hat sich die Anzahl SPLG zwischen 2012 und 2016 um rund 1.3 SPLG pro Standort verringert. Die Zentrumsspitäler verzeichnen einen durchschnittlichen Rückgang der SPLG pro Standort um 2.2 SPLG. Unterscheidet man zwischen Haupt- und Nebenstandorten²⁵ innerhalb der Zentrumsspitäler, zeigt sich bei den Nebenstandorten (orange umrandeter blauer Punkt) eine durchschnittliche Reduktion um 2.7 SPLG pro Standort. Dies deutet auf eine leichte Tendenz zur Zentralisierung von Leistungen innerhalb von Spitalverbänden hin.

Bei den Grundversorgungsspitalern zeigen sich Unterschiede zwischen den Versorgungsniveaus²⁶ (3-5). Während die Standorte der Versorgungsniveaus 3 und 5 (K121 und K123) einen durchschnittlichen Rückgang der SPLG um 3.2 (Versorgungsniveau 3) und um 2.4 (Versorgungsniveau 5) verzeichnen, steigt die Anzahl SPLG innerhalb der Versorgungsniveau-4-Standorte (K122) sogar leicht an (vgl. Tabelle 9 im Anhang).

Bei den „Übrige Kliniken“ verringert sich die Anzahl SPLG zwischen 2012 und 2016 um durchschnittlich 1.2 SPLG.

²⁵ Als Hauptstandorte gelten diejenigen Spitäler mit Standortnummer 1 (MS-Variable 0.1.V03).

²⁶ Die Spitaltypen sind zusätzlich in Versorgungsniveaus unterteilt, wobei die Universitätsspitäler (K111) dem Niveau 1 entspricht, die Zentrumsspitäler (K112) dem Niveau 2. Die Grundversorgungsspitäler werden wie folgt den Versorgungsniveaus zugeteilt: K121 = Niveau 3, K122 = Niveau 4 und K123 = Niveau 5.

3.3.2 Leistungsspektrum Rehabilitation

Abb. 11 zeigt die Leistungsspektren der Jahre 2010 und 2016 unterschieden nach Spitaltypen innerhalb der Rehabilitation. Die Rehabilitationskliniken, welche im Jahr 2016 über 75% der Reha-Fälle behandelten, blieben ohne gravierende Änderungen des Leistungsspektrums. Die Anteile der Bereiche pulmonale (+4 pp), internistisch-onkologische (+2.5 pp) und psychosoziale Rehabilitation (+1.1 pp) erhöhten sich, jener der „übrigen“ Reha reduzierte sich von 8.2% im Jahr 2010 auf 1.9% im Jahr 2016. Dieser Rückgang kann hauptsächlich auf eine verbesserte Codierqualität zurückzuführen sein. Bei den Rehabilitationskliniken, den Akutspitälern und bei den Geriatrischen Spezialkliniken ist zwischen 2010 und 2016 ein relativer Rückgang der muskuloskelettalen Rehabilitation auszumachen. Dies ist damit begründbar, dass der Anteil muskuloskelettalen Fällen an sämtlichen Reha-Fällen trotz Fallzahlsteigerung rückläufig war, da die anderen Reha-Bereiche noch höhere Fallzahlsteigerungen aufwiesen. Da die Fallzahlen bei den Geriatrischen Spezialkliniken und den anderen Spezialkliniken sehr gering sind, führen kleine Veränderungen relativ betrachtet zu grossen Verschiebungen, die jedoch im Gesamtbild vernachlässigbar sind (vgl. hierzu auch Kapitel 3.4.2).

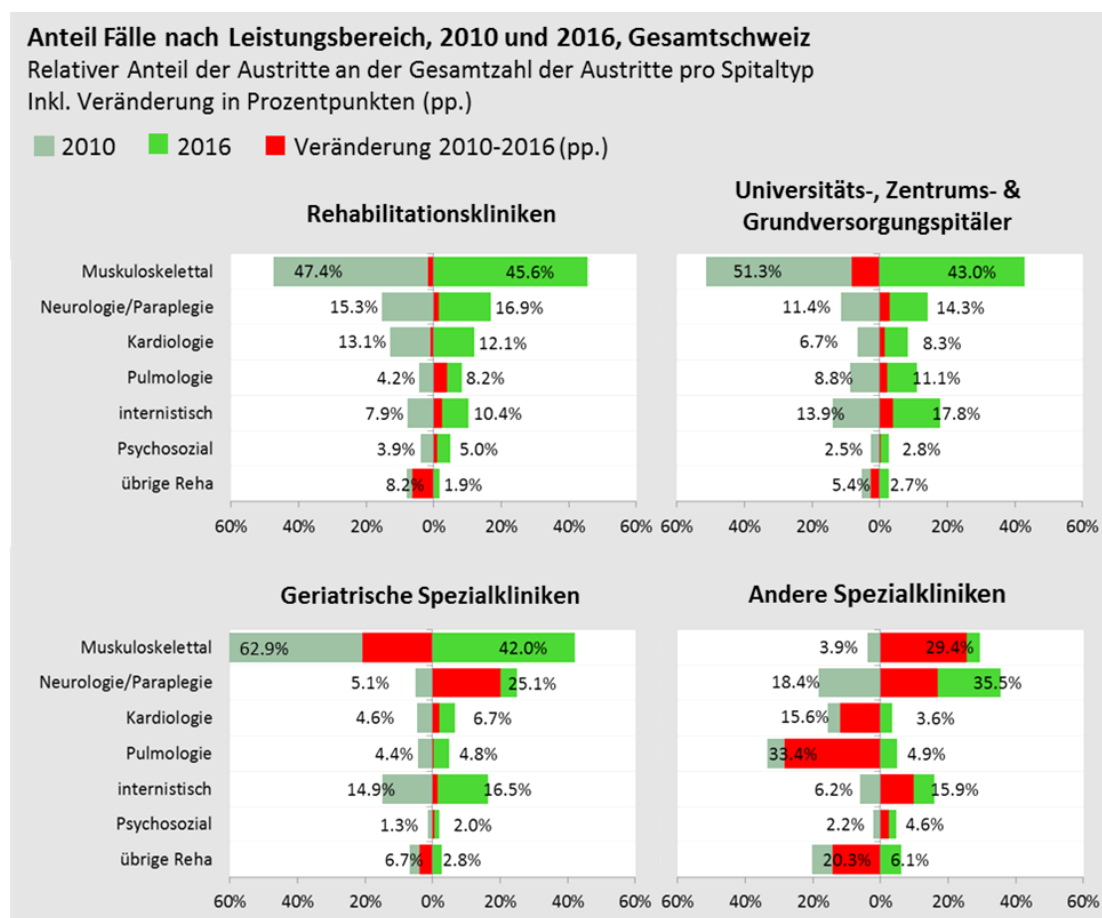


Abb. 11: Anteil Reha-Fälle nach Leistungsbereich und Spitaltyp – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Betrachtet man die Leistungsspektren 2010 und 2016 nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, zeigen sich schweizweit keine grossen Differenzen zwischen den öffentlichen und privaten Kliniken.

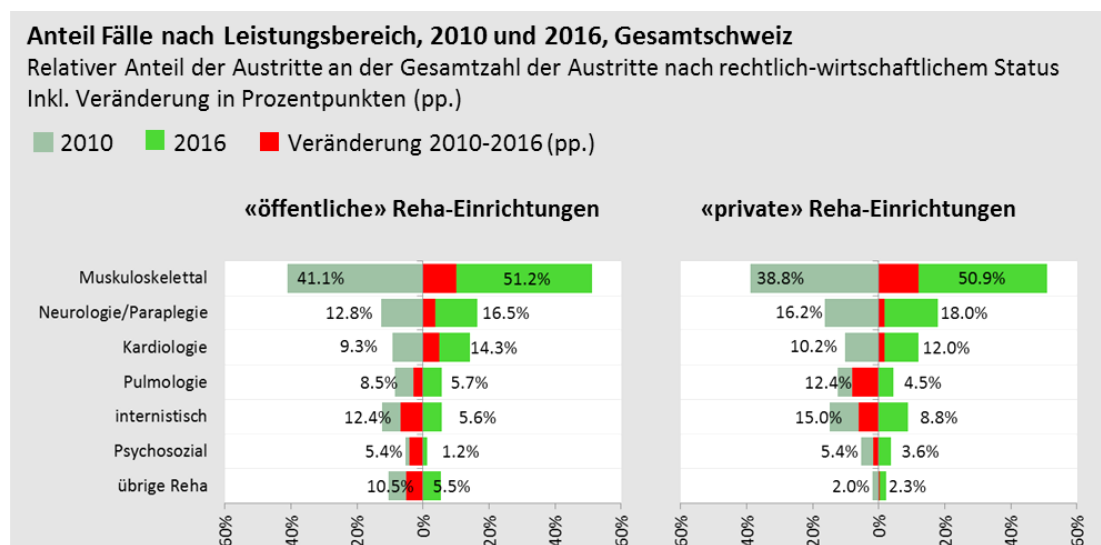


Abb. 12: Anteil Reha-Fälle nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

3.3.3 Leistungsspektrum Psychiatrie

In Abb. 13 sind die Leistungsspektren für die Jahre 2010 und 2016 dargestellt, wobei zwischen Psychiatrischen Kliniken und den übrigen Leistungserbringern mit Fällen in der Hauptkostenstelle M500 unterschieden wird. Analog zur Akutsomatik und zur Rehabilitation erweisen sich auch hier die Leistungsspektren als weitgehend stabil. Der beobachtbare Anstieg des relativen Anteils im Bereich der affektiven Störungen innerhalb der psychiatrischen Kliniken ist auf einen überproportionalen Anstieg der gesamthaften Fallzahlen in diesem Leistungsbereich zurückzuführen. Die Zahl der Hospitalisationen im Bereich der affektiven Störungen stieg zwischen 2010 und 2016 um +34%, währenddessen für die Zahl der psychiatrischen Hospitalisationen insgesamt im gleichen Zeitraum „nur“ ein Anstieg um +16% zu verzeichnen ist.

Auch der Vergleich zwischen den beiden Spitaltypen zeigt ein ähnliches, vergleichbares Leistungsspektrum für die Psychiatrischen Kliniken und die übrigen Leistungserbringer, bei den übrigen Leistungserbringern sind die Anteile in den Bereichen Alkohol und Drogen (F1) und übrige F-Diagnosen stärker im Sinken begriffen.

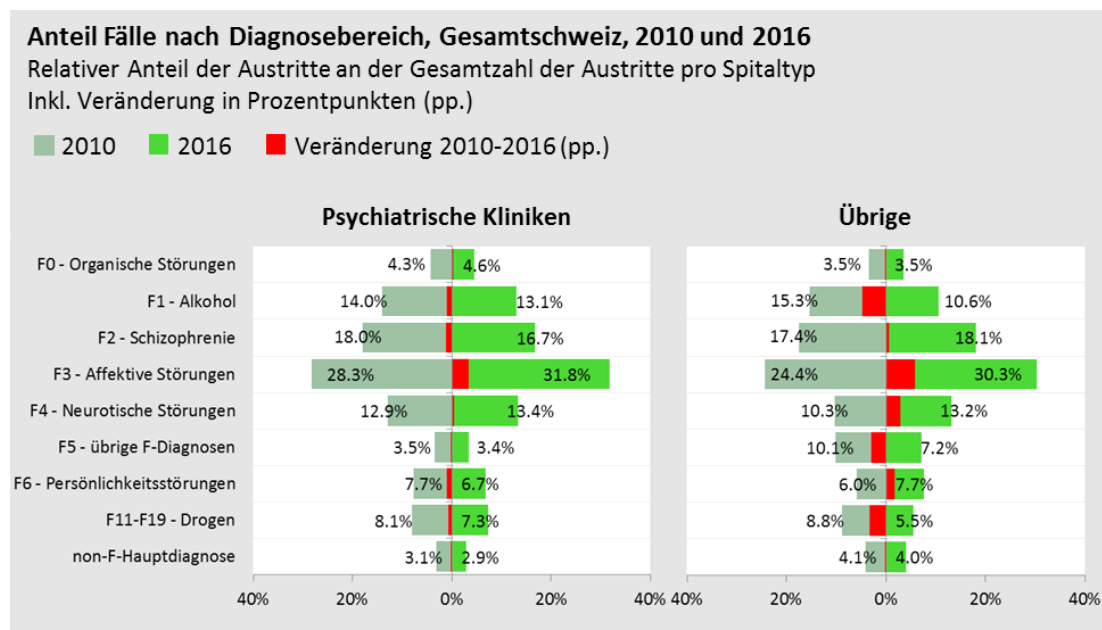


Abb. 13: Anteil Fälle Psychiatrie nach Leistungsbereich und Spitaltyp – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Vergleicht man die Leistungsspektren der „öffentlichen“ und „privaten“ Anbieter von stationären psychiatrischen Behandlungen zeigt sich bei den öffentlichen Kliniken ein deutlich breiteres psychiatrisches Behandlungsspektrum. Die privaten Einrichtungen erbringen im Jahr 2016 über 50% ihrer Leistungen im Diagnosebereich der affektiven Störungen und 17.5% im Bereich der neurotischen Störungen.

Auffällige Veränderungen zwischen den Jahren 2010 und 2016 sind weder bei den öffentlichen noch bei den privaten Einrichtungen auszumachen.

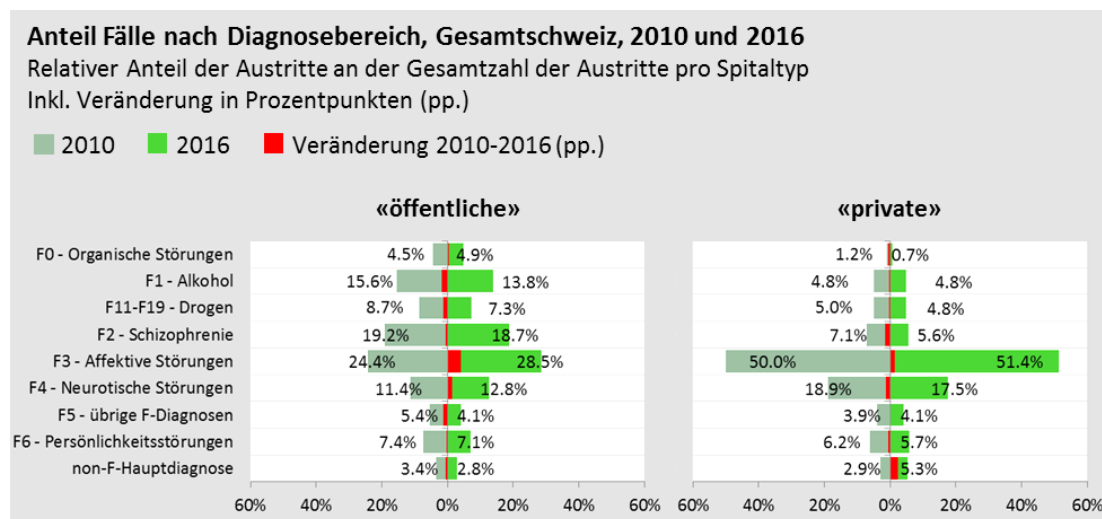


Abb. 14: Anteil Psychiatrie-Fälle nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Neben der gesamtschweizerischen Betrachtung wurden die Analysen auch auf Ebene der Grossregionen vorgenommen. Entsprechende Grafiken und Tabellen zu allen Versorgungsbereichen finden sich in den separaten Anhängen A, R und P. Dabei bestätigen sich die Erkenntnisse zur Gesamtschweiz in Grossen und Ganzen auch für die Grossregionen.

3.3.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Zusammengefasst können folgende Erkenntnisse aus den Analysen zu den Leistungsspektren festgehalten werden:

Akutsomatik

- Relative Stabilität der Leistungsspektren bei allen Spitaltypen im Vergleich 2012/2016
- Rückgang der Fallanteile des Basispakets bei allen Spitaltypen seit 2012
 - Private Spitäler: -3.5 Prozentpunkte
 - Öffentliche Spitäler: -1.3 Prozentpunkte
- Zunahme der Fallanteile im Bereich des Bewegungsapparats chirurgisch, ausgeprägt v.a. bei den privaten Spitälern (+3.5 pp)
- Reduktion der Anzahl angesteuerter SPLG bei allen Spitaltypen, am deutlichsten bei den Nebenstandorten der Zentrumsspitäler und bei den Grundversorgungsspitalern

Rehabilitation

- Es sind nur marginale Veränderungen innerhalb der Leistungsspektren sowohl zwischen den Spitaltypen als auch hinsichtlich des rechtlich-wirtschaftlichen Status zwischen 2010 und 2016 erkennbar.

Psychiatrie

- Im Vergleich der Jahre 2010 und 2016 zeigen sich die Leistungsspektren sowohl innerhalb der Psychiatrischen Kliniken als auch bei den übrigen Kliniken weitgehend stabil.
- Ein überproportionaler Anstieg der Fallanteils der affektiven Störungen seit 2010 ist jedoch auffallend.
- Klar breiteres Angebotsspektrum bei den öffentlichen Psychiatrischen Kliniken. Bei den Privaten konzentrieren sich über 50% der Fälle auf den Bereich der affektiven Störungen, mit weiterhin leicht steigender Tendenz.

3.4 Marktanteile

Im folgenden Kapitel wird die Marktanteils-Entwicklung der Spitäler innerhalb der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zwischen den Jahren 2010 und 2016 (Rehabilitation und Psychiatrie) bzw. 2012 und 2016 (Akutsomatik) dargestellt. Die Analysen erfolgen wiederum nach Spitaltypen, rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach Leistungsbe- reichen.

3.4.1 Marktanteile Akutsomatik

In Abb. 15 sind die Marktanteile nach Spitaltyp für die Jahre 2012 bis 2016 dargestellt. Die Zuteilung der Spitäler zu den Spitaltypen erfolgte anhand des Spitaltyps des jewei- ligen Standortes im Datenjahr 2012. So wurde sichergestellt, dass jeweils immer diesel- ben Leistungserbringer verglichen werden.

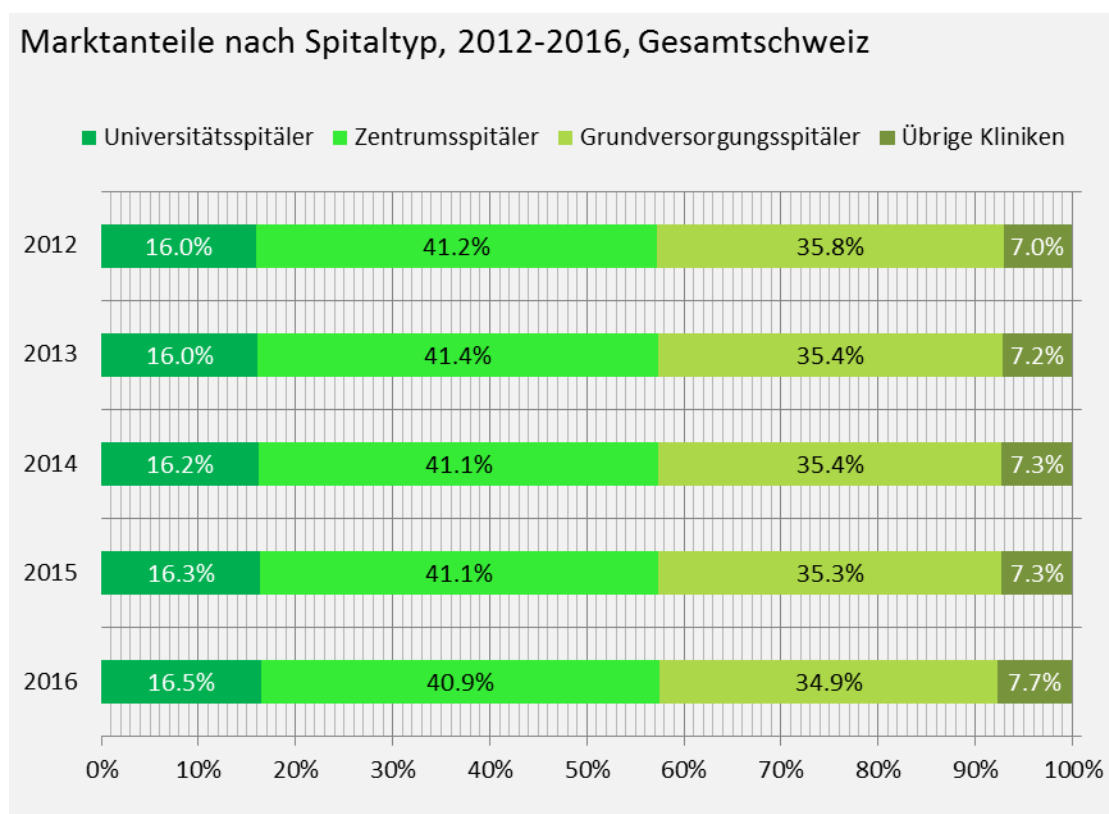


Abb. 15: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 bis 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Abb. 15 lässt einen Anstieg des Marktanteils der Universitätsspitäler (+0.5 pp) und der übrigen Kliniken (+0.7 pp) zwischen 2012 und 2016 erkennen. Die Marktanteile der Zentrumsspitäler (-0.3 pp) und Grundversorgungsspitäler (-0.9 pp) hingegen waren leicht rückläufig.

Betrachtet man in Abb. 16 die Marktanteile je Spitaltyp nach dem rechtlich-wirtschaftlichen Status erkennt man einen Anstieg der Marktanteile privater Leistungserbringer in allen Spitaltypen, mit Ausnahme der Universitätsspitäler, welche allesamt der öffentlichen Trägerschaft zugerechnet werden. Der Marktanteil der privaten Leistungserbringer bei den Zentrumsspitalern verdoppelte sich seit 2010 und beträgt im Jahr 2016

13.2%. Der Marktanteil der privaten Grundversorgungsspitäler erhöhte sich seit 2012 um 5.2 Prozentpunkte und beträgt 2016 18.6%. Bei den Spezialkliniken, die sich überwiegend in der Hand privater Leistungserbringer befinden, konnte der Marktanteil gegenüber 2010 ebenfalls gesteigert werden, er liegt im Jahr 2016 bei 61.9%. Über alle Spitaltypen gesehen erhöhte sich der Marktanteil der „privaten“ Spitäler seit 2010 um 1.4 Prozentpunkte und liegt im Jahr 2016 bei 20.0%.

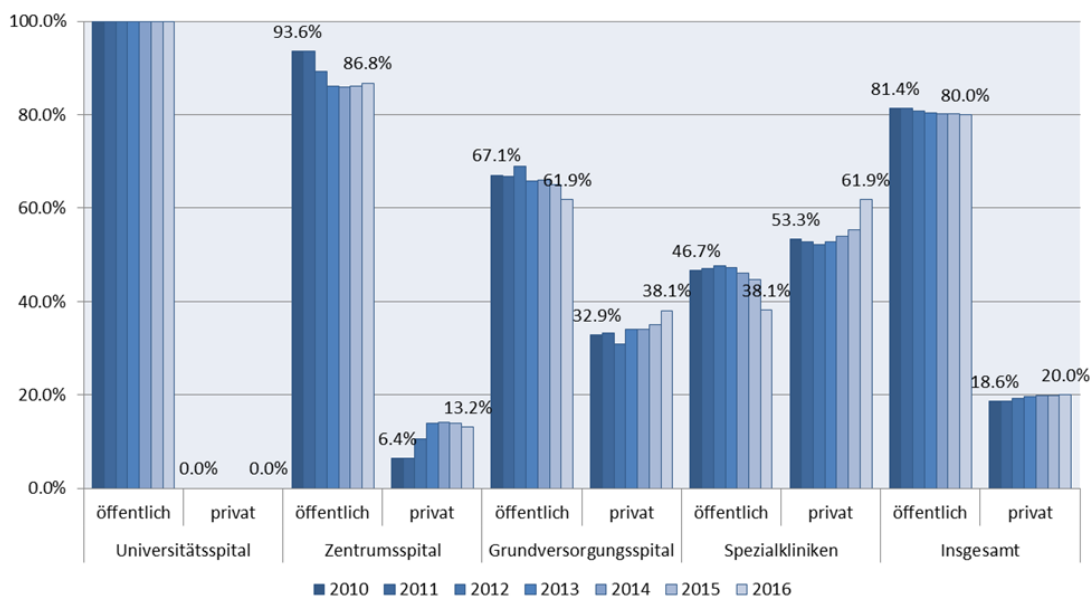


Abb. 16: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016
Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

In Abb. 17 ist die Entwicklung der Marktanteile zwischen 2012 und 2016 nach Leistungsbereich differenziert. Betrachtet man hier die Marktanteile der Universitätsspitäler, ist eine relative Stabilität auf Leistungsbereich-Ebene zu erkennen. Die einzelnen Marktanteile der Universitätsspitäler konnten in den Bereichen Dermatologie, Endokrinologie, HNO, Nephrologie, Neurochirurgie, Ophthalmologie, Pneumologie und Rheumatologie um jeweils zwei oder mehr Prozentpunkte gesteigert werden. Auffallend ist dabei v.a. der Anstieg innerhalb der Neurochirurgie um 10 Prozentpunkte. Marktanteilsverluste der Universitätsspitäler um jeweils 2 Prozentpunkte sind in den Leistungsbereichen Gefäße, Herz und Urologie zu verzeichnen, der Leistungsbereich schwere Verletzungen sank derweil um 4 Prozentpunkte.

Die Spezialkliniken bauten ihre Marktanteile hauptsächlich in den Bereichen Ophthalmologie (+4 pp), Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat chirurgisch (jeweils +3 pp), und Urologie (+2 pp) aus.

Die Grundversorgungs- und Zentrumsspitäler verloren seit 2012 in verschiedenen Leistungsbereichen leicht an Marktanteilen. Sie konnten aber in den Bereichen Herz (Zentrumsspitäler) sowie Gefäß und Viszeralchirurgie (Grundversorgungsspitäler) an Marktanteilen zulegen. Aufgrund der ab 2012 erfolgten Mutationen verschiedener Grundversorgungsspitäler zu Zentrumsspitalern sind die Marktanteile dieser beiden Spitaltypen mit Vorsicht zu interpretieren.



Abb. 17: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und Leistungsbereich – 2012 und 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Die Marktanteile innerhalb der akutstationären Versorgung sollen schliesslich auch noch anhand des rechtlich-wirtschaftlichen Status der Leistungserbringer untersucht werden.

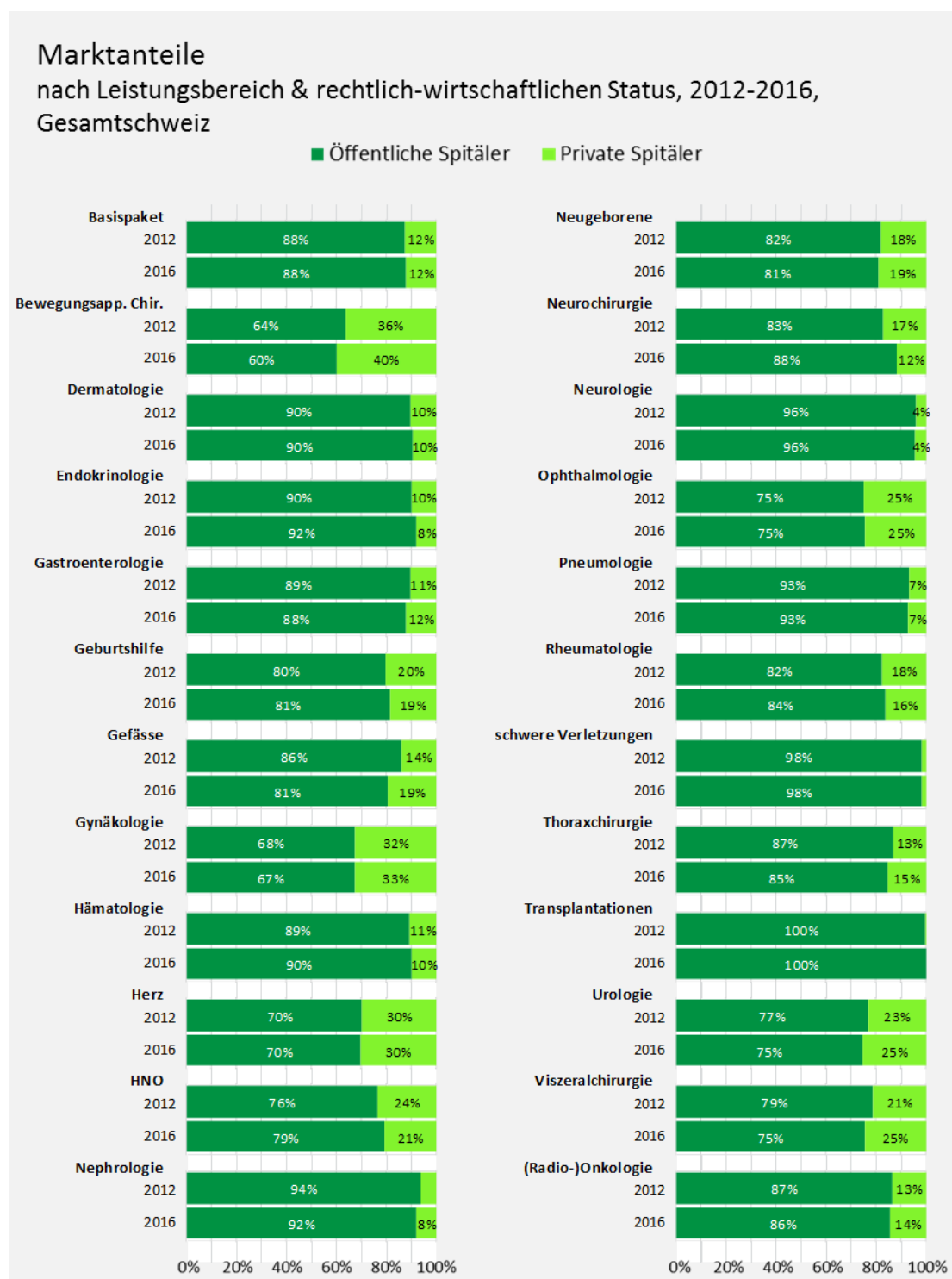


Abb. 18: Marktanteile Akutsomatik nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Abb. 18 zeigt im Jahr 2016 bei den privaten Leistungserbringern einen Marktanteil von mindestens 25 Prozent in den Bereichen Bewegungsapparat chirurgisch, Gynäkologie, Herz, Ophthalmologie, Urologie und Viszeralchirurgie. Seit 2012 konnten die privaten Anbieter ihre Marktanteile im Bereich des Bewegungsapparates chirurgisch (von 36% auf 40% im Jahr 2016), bei den Gefässen (von 14% auf 19% im Jahr 2016) und in der Viszeralchirurgie (von 21% auf 25% im Jahr 2016) steigern. In den Bereichen Neurochirurgie (-5 pp) und HNO (-1 pp) ist dagegen der Marktanteil der Privaten gesunken. In den ande-

ren Leistungsbereichen blieb die Verteilung der Marktanteile zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern relativ stabil.

In Abb. 19 sind die Veränderungen der Marktanteile der einzelnen Standorte abgebildet. Dabei wurden lediglich die Standorte berücksichtigt, die sowohl 2012 als auch 2016 Leistungen innerhalb der Akutsomatik erbrachten und einwandfrei anhand der BUR-Nummer identifiziert werden konnten.²⁷

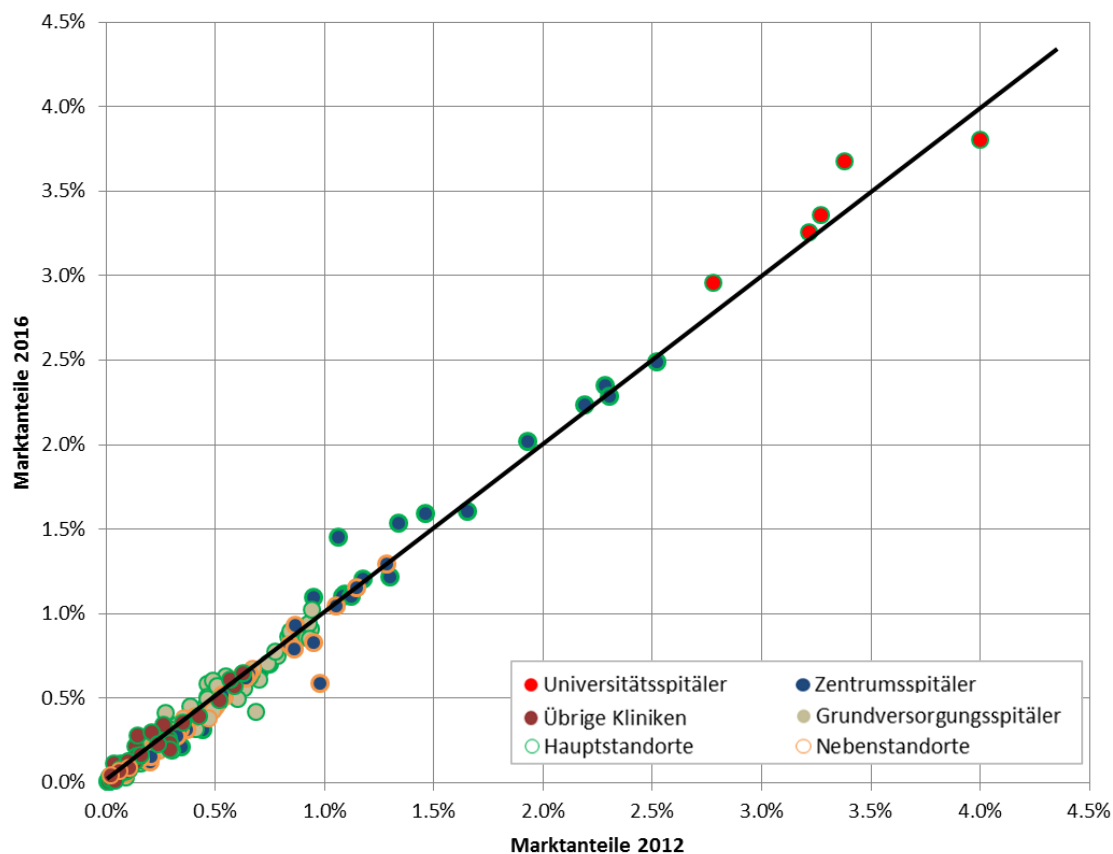


Abb. 19: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 & 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen. Bemerkung: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.

Standorte, die sich unterhalb der Diagonale befinden, haben zwischen 2012 und 2016 Marktanteile verloren, jene über der Diagonale konnten ihren Marktanteil vergrössern.

Vier der fünf Universitätsspitäler konnten ihre Marktanteile in unterschiedlichem Mass erhöhen. Bei den Zentrumsspitälern zeigt sich, dass die meisten Hauptstandorte – Standorte mit der Standortnummer 1 – ebenfalls an Marktanteilen zulegen konnten (+0.7 pp). Die mit einem roten Kreis versehen Nebenstandorte der Zentrumsspitäler befinden sich tendenziell unterhalb der Diagonale (-0.8 pp), was als Zeichen einer Leistungsverlagerung innerhalb von Spitalverbänden von den kleineren Standorten hin zu den eigentlichen Zentrumsspitälern gedeutet werden kann. Bei den Grundversorgungsspitälern haben jeweils Haupt- und Nebenstandorte in ähnlichem Ausmass an Marktanteilen verloren (-0.4 pp bzw. -0.3 pp). Die übrigen Kliniken liegen in der Tendenz oberhalb der Dia-

²⁷ Es wurden 194 Standorte berücksichtigt mit einem Fallvolumen 2016 von 1'211'957 Fällen, was einem Anteil von 96.7% aller akutstationären Fälle im Jahr 2016 entspricht.

gonale, wobei sich fast ausschliesslich chirurgische Spezialkliniken (K231: +0.6 pp) für den Marktanteilgewinn verantwortlich zeigen (vgl. hierzu Tabelle 8 im Anhang).

3.4.2 Marktanteile Rehabilitation

In Abb. 20 ist ersichtlich, dass die Rehabilitationskliniken ihren Marktanteil von 68% im Jahr 2010 auf 77% im Jahr 2016 steigern konnten. Dies auf Kosten der Marktanteile insbesondere der Grundversorgungsspitäler und übrigen Kliniken, obwohl auch die Universitäts- und Zentrumsspitäler leicht an Marktanteilen über den ganzen Beobachtungszeitraum einbüssten.

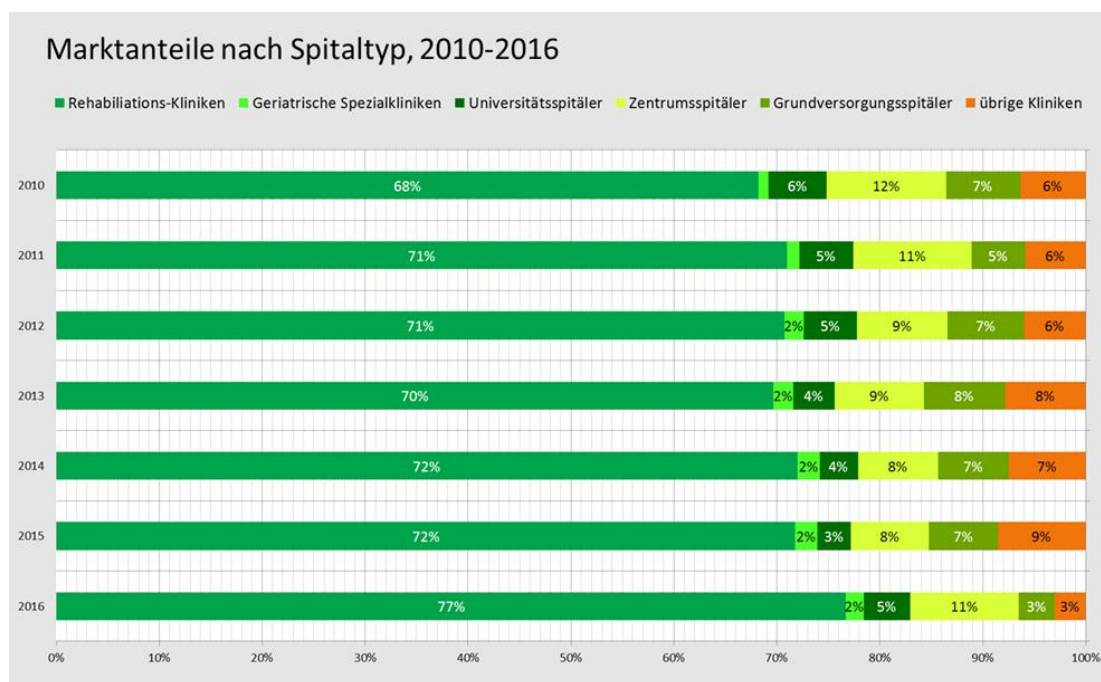


Abb. 20: Marktanteile Rehabilitation nach Spitaltypen – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Der Anstieg des Marktanteils der Rehabilitationskliniken kann zum Teil auch darauf zurückgeführt werden, dass sich mehrere Spitäler, welche noch 2012 einem anderen Spitaltypen zugeordnet waren, auf den Bereich der Rehabilitation konzentrieren und mittlerweile als Rehabilitationsklinik (K221) geführt werden.

Eine Differenzierung der Marktanteile nach dem rechtlich-wirtschaftlichen Status zeigt, dass im Jahr 2016 insgesamt 47.6% der stationären Reha-Fälle von privaten Leistungserbringern behandelt wurden. Dies entspricht einem Anstieg von 2.1 Prozentpunkten gegenüber 2010. Der Marktanteil der privaten Rehakliniken innerhalb des Spitaltyps der Rehabilitationskliniken (K221) beträgt 60.5% und hat sich gegenüber 2010 kaum verändert. Während stationäre Reha-Leistungen bei Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitalern fast ausschliesslich von öffentlichen Anbietern erbracht werden, reduzierte sich der Marktanteil von privaten Anbietern der Übrigen Kliniken um 22.3 Prozentpunkte auf 34.6% im Jahr 2016.

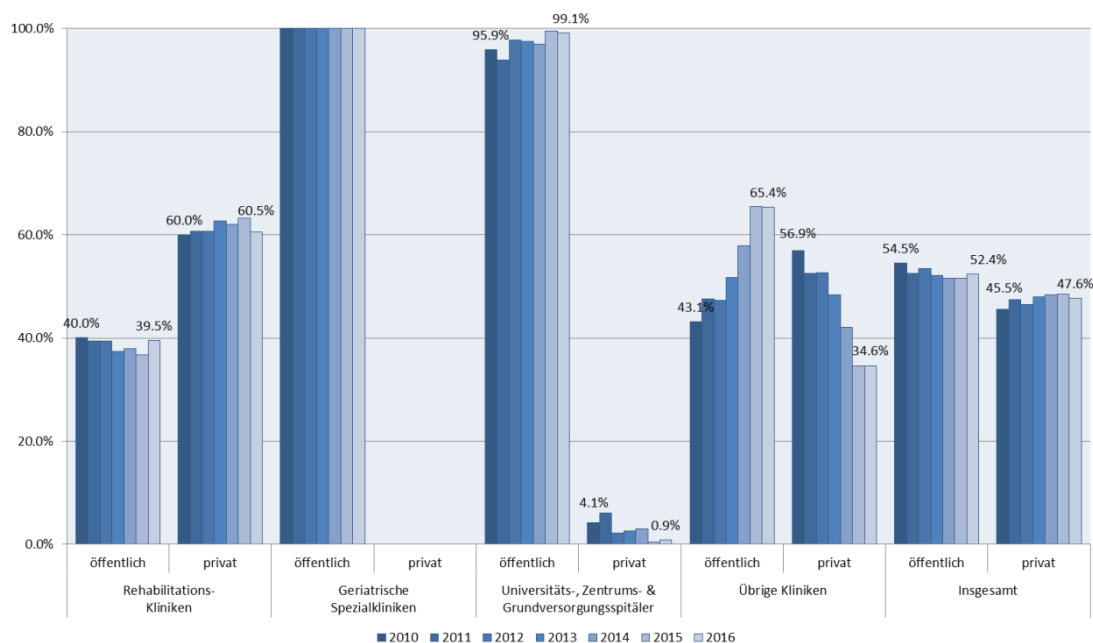


Abb. 21: Marktanteile Rehabilitation nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Abb. 22 zeigt die Entwicklung der Marktanteile pro Spitaltyp und Leistungsbereich zwischen den Jahren 2010 und 2016.

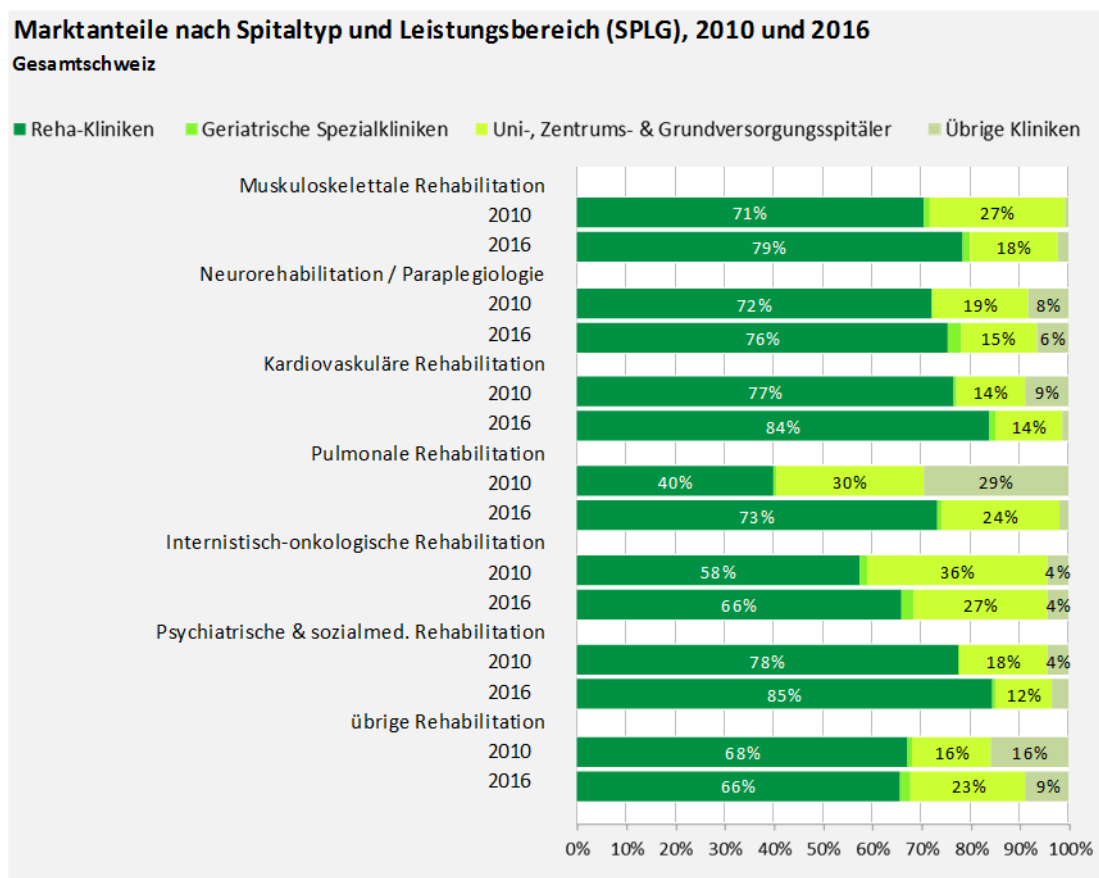


Abb. 22: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und Leistungsbereich – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Die Berechnungen der Marktanteile weisen in allen Leistungsbereichen eine Zunahme der Marktanteile der Rehabilitationskliniken aus, ihre Marktanteile bewegen sich im Jahr 2016 zwischen minimal 66% (internistisch-onkologische und übrige Rehabilitation) und maximal 85% (Psychiatrische und Sozialmedizinische Rehabilitation). Besonders in der pulmonalen Rehabilitation konnten die Rehabilitationskliniken ihren Marktanteil gegenüber 2010 markant erhöhen, hauptsächlich zulasten der übrigen Kliniken. Die Gruppe der Akutspitäler verlor, mit Ausnahme der kardiovaskulären und der übrigen Rehabilitation, in allen Leistungsbereichen an Marktanteilen.

Eine Differenzierung der Marktanteile je Leistungsbereich nach rechtlich-wirtschaftlichem Status der Leistungserbringer ergibt für die Rehabilitation folgendes Bild:

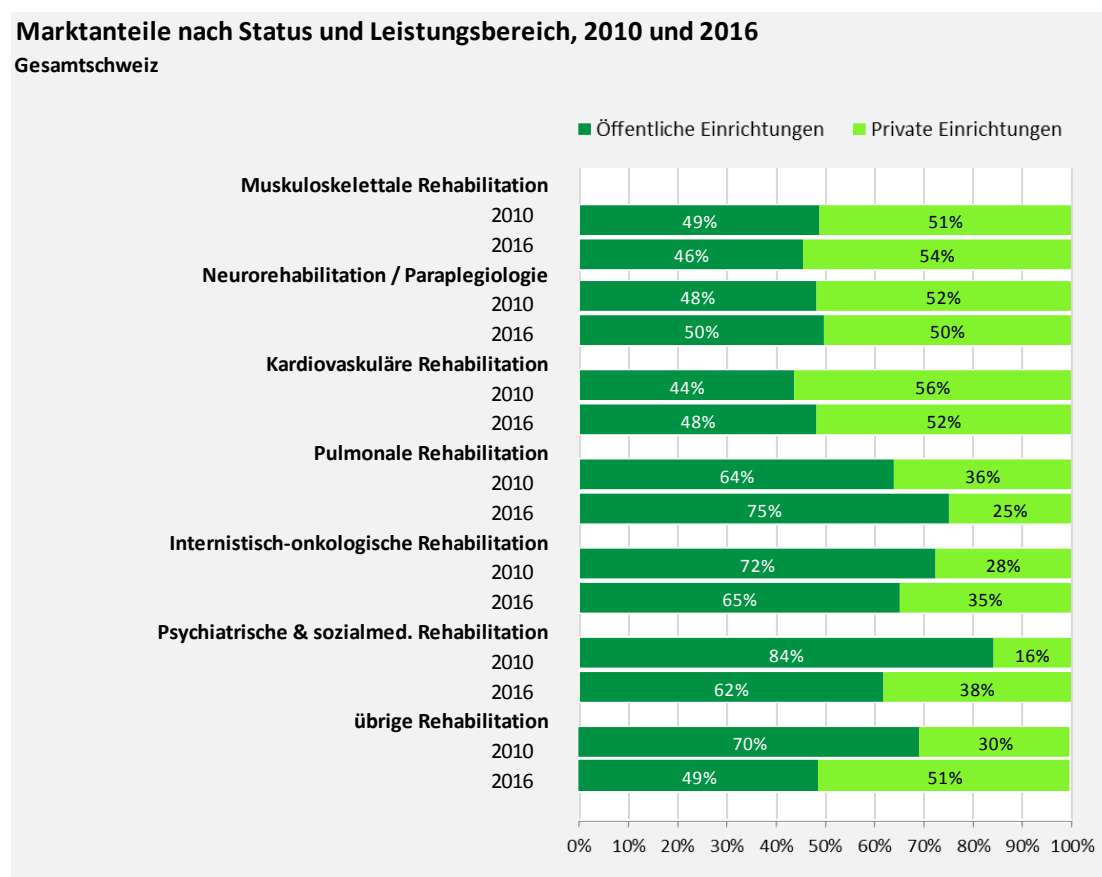


Abb. 23: Marktanteile Rehabilitation nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Die muskuloskelettale, die neurologische, die kardiovaskuläre und die übrige Rehabilitation werden im Jahr 2016 etwa je zur Hälfte von öffentlichen und privaten Leistungserbringern betrieben, wobei die privaten Akteure in den letzten sieben Jahren ihre Marktanteile in der muskuloskelettalen und der übrigen Rehabilitation steigern konnten, die öffentlichen Leistungserbringer dagegen im Bereich der Neurorehabilitation/Paraplegie und der kardiovaskulären Rehabilitation. Die pulmonale sowie die psychiatrisch-sozialmedizinische und internistisch-onkologische Rehabilitation werden überwiegend von den öffentlichen Einrichtungen angeboten. Der Marktanteil der öffentlichen Anbieter in der pulmonalen Rehabilitation konnte gegenüber 2010 um 11 Prozentpunkte auf 75% im Jahr 2016 gesteigert werden. Die privaten Leistungserbringer ihrerseits konnten die

Marktanteile in der internistisch-onkologischen und psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation steigern.

3.4.3 Marktanteile Psychiatrie

In Abb. 24 ist die Entwicklung der Marktanteile der stationären Psychiatrie nach Spitaltypen abgebildet. Die Psychiatrischen Kliniken konnten ihren Marktanteil von 74% im Jahr 2010 auf 81% im Jahr 2016 steigern. Der Marktanteil der Universitätsspitäler verringerte sich in derselben Zeitspanne um 4 Prozentpunkte auf 11% im Jahr 2016, die Zentrums- und Grundversorgungsspitäler sowie die übrigen Kliniken büssten ihrerseits jeweils einen Prozentpunkt bis 2016 ein.

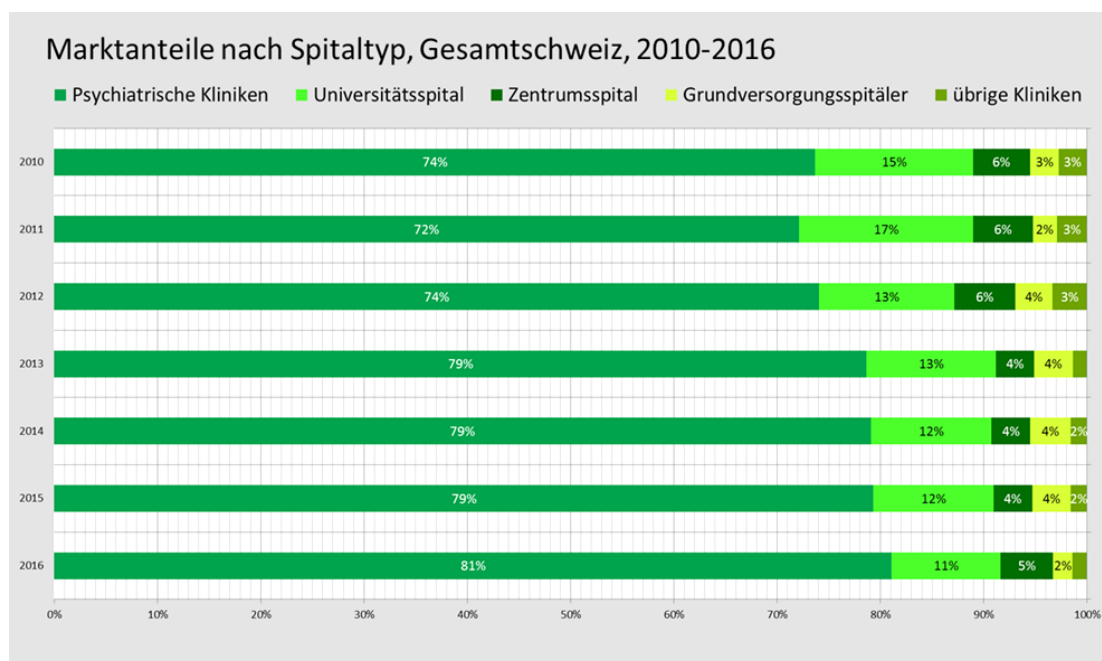


Abb. 24: Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltypen – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Der Anstieg des Marktanteils der Psychiatrischen Kliniken kann grösstenteils darauf zurückgeführt werden, dass sich mehrere Spitäler, welche noch 2012 einem anderen Spitaltypen zugeordnet waren, auf den Bereich der Psychiatrie konzentrieren und mittlerweile als Psychiatrische Klinik (K21) geführt werden.

Die Marktanteile nach Spitaltyp und rechtlich-wirtschaftlichem Status haben sich zwischen 2010 und 2016 nur unwesentlich verändert. Die öffentlichen Anbieter erbringen insgesamt 87% der stationären psychiatrischen Leistungen. Dies sind 1.7 Prozentpunkte weniger als im Jahr 2010. Beim Spitaltyp Psychiatrische Kliniken erhöhte sich der Anteil der privaten Anbieter von knapp 12% im Jahr 2010 auf 14.4% im Jahr 2016.

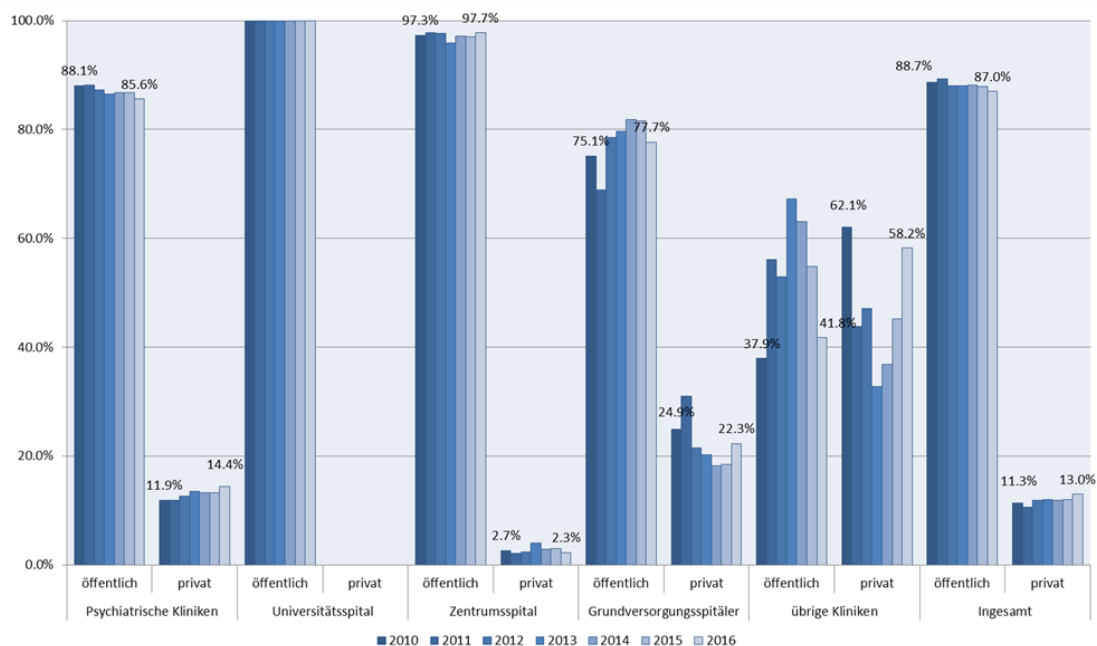


Abb. 25: Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 bis 2016
Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Abb. 26 zeigt die Marktanteile der Psychiatrischen Kliniken und in zusammengefasster Form die der restlichen Anbieter stationärer psychiatrischer Leistungen nach Leistungsbereich ab. Dabei wird deutlich, dass die Psychiatrischen Kliniken im Jahr 2016 mit Ausnahme der „übrigen F-Diagnosen“ und der Behandlungen ohne eine F-Hauptdiagnose stets Marktanteile von über 79% aufweisen. Die höchsten Anteilssteigerungen finden sich in den Bereichen Drogen und Alkohol und bei den übrigen F-Diagnosen. Das kann auch darauf zurückgeführt werden, dass zwischen 2012 und 2016 einige Kliniken für Suchtmedizin vom Spitaltyp „Diverse Spezialkliniken“ zu Psychiatrischen Kliniken mutierten. Ein Aufsplittern der Sammelgruppe „übrige Institution“ würde an dieser Stelle keine weiteren, wichtigen Erkenntnisse bringen, da die Marktanteile der einzelnen Akteure zuweilen sehr klein sind.

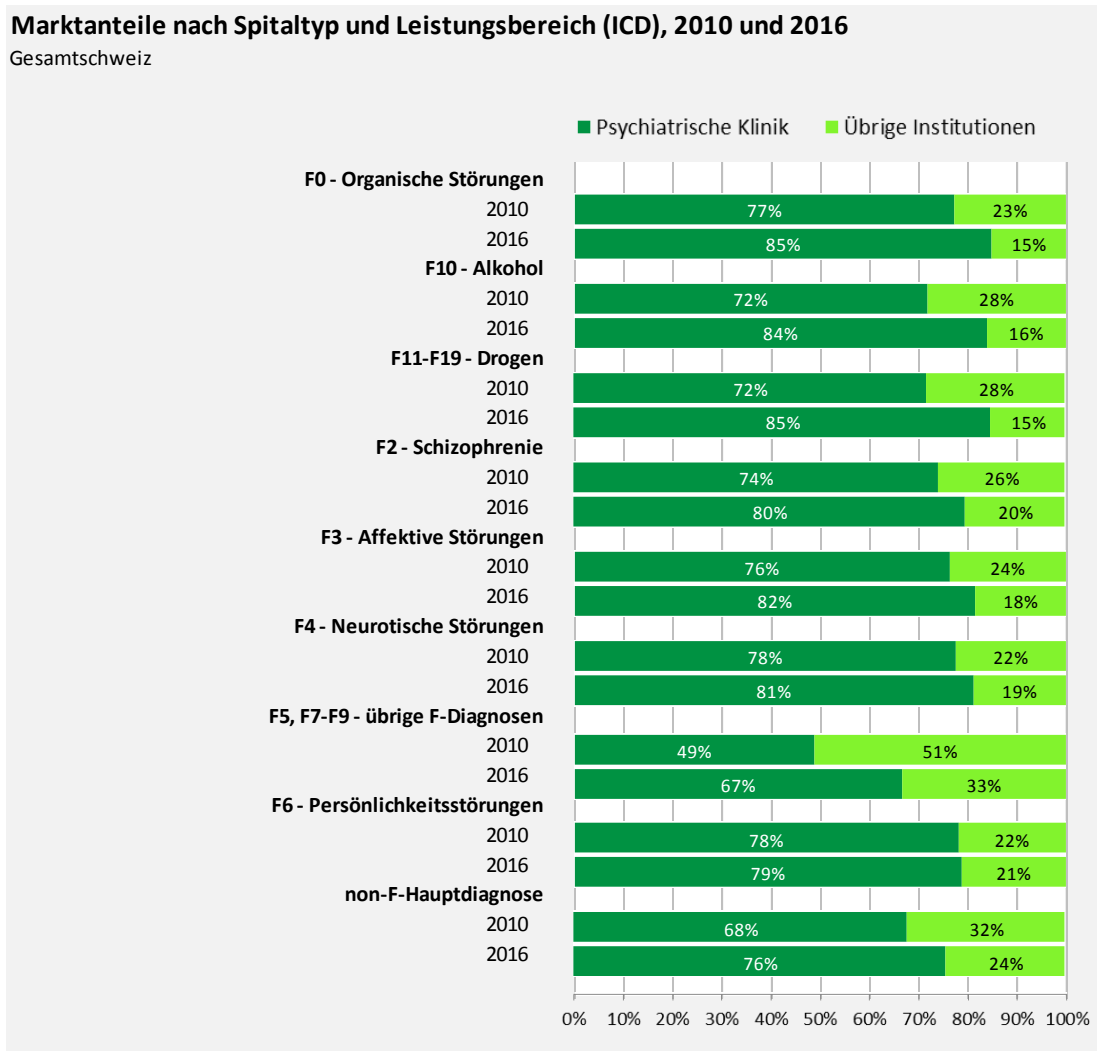


Abb. 26: Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltyp und Leistungsbereich – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.

Schliesslich wurden auch für die Psychiatrie die Marktanteile bezogen auf den rechtlich-wirtschaftlichen Status der beteiligten Akteure nach Leistungsbereich berechnet. Abb. 27 ist zu entnehmen, dass die stationären psychiatrischen Behandlungen in allen Leistungsbereichen hauptsächlich durch öffentliche Anbieter wahrgenommen werden. Das Niveau der Marktanteile hielt sich zudem zwischen 2010 und 2016 stabil, einzig bei den non-F-Diagnosen steigerte sich der Marktanteil der Privaten von 10% auf 22% im Jahr 2016.

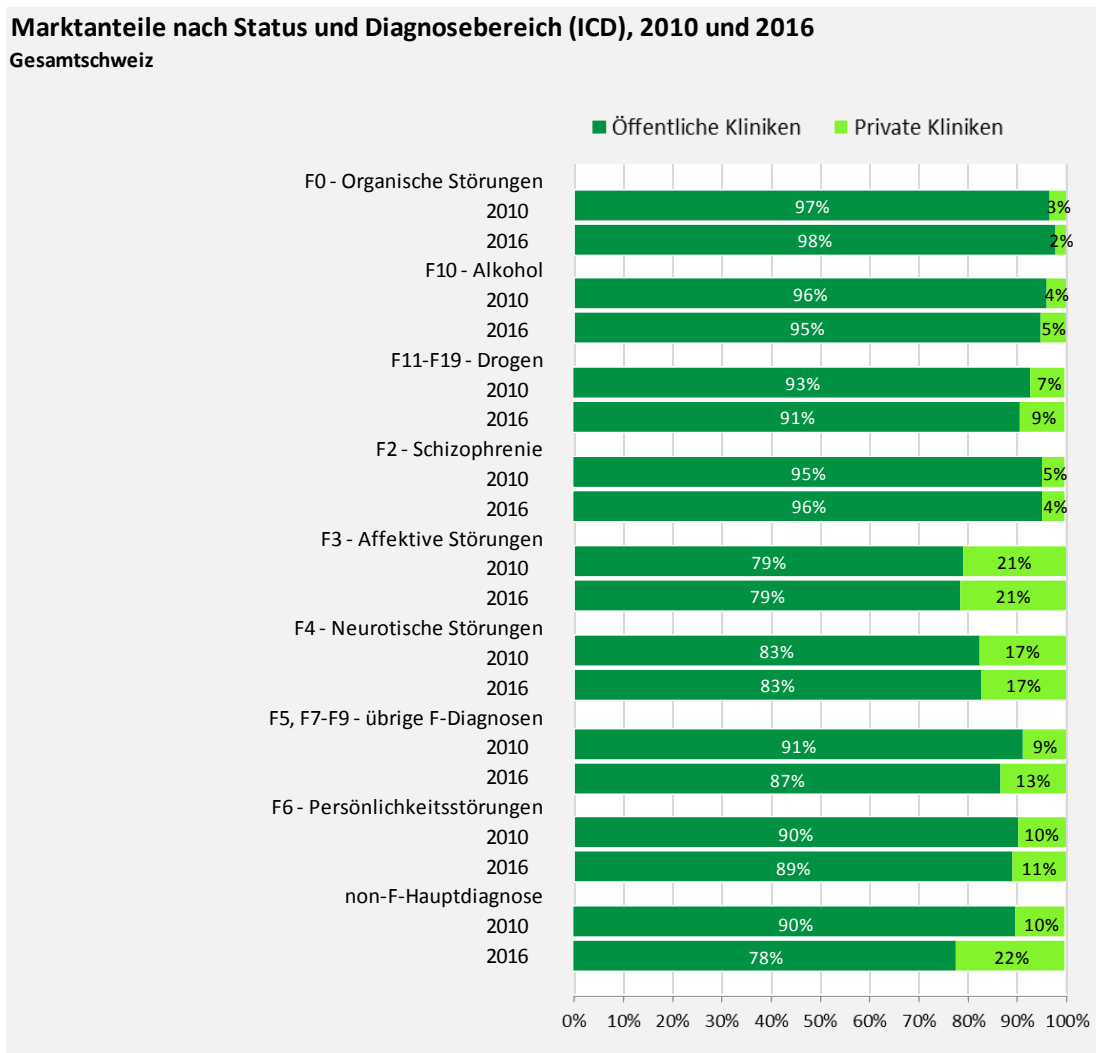


Abb. 27: Marktanteile Psychiatrie nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Rufflin R., (2016), Seite 60ff.

3.4.4 Marktanteile Geriatrie

Im Jahr 2016 wurden schweizweit insgesamt 19'041 Fälle innerhalb der Hauptkostenstelle M900 „Geriatrie“ behandelt. Dies entspricht gegenüber dem Jahr 2010 einem Rückgang von rund 3'000 Fällen (bzw. 13.7%).

Der Blick auf die Entwicklung der Marktanteile innerhalb des Bereiches Geriatrie zwischen 2010 und 2016 zeigt, dass der Markt im Jahr 2010 relativ gleichmässig auf die Akteure der Geriatrischen Spezialkliniken, die Universitätsspitäler, die Zentrumsspitäler und die Grundversorgungsspitäler aufgeteilt war. Rehabilitationskliniken führten gar keine, die übrigen Kliniken fast keine stationären geriatrischen Behandlungen durch. Diese gleichmässige Aufteilung des Marktes veränderte sich zwischen den Akteuren in den Folgejahren in jeweils unterschiedlichem Ausmass. Eine klare Tendenz ist höchstens bei den Geriatrischen Spezialkliniken feststellbar, die ihren Marktanteil auf gegen 30% im Jahr 2016 ausbauen konnten.

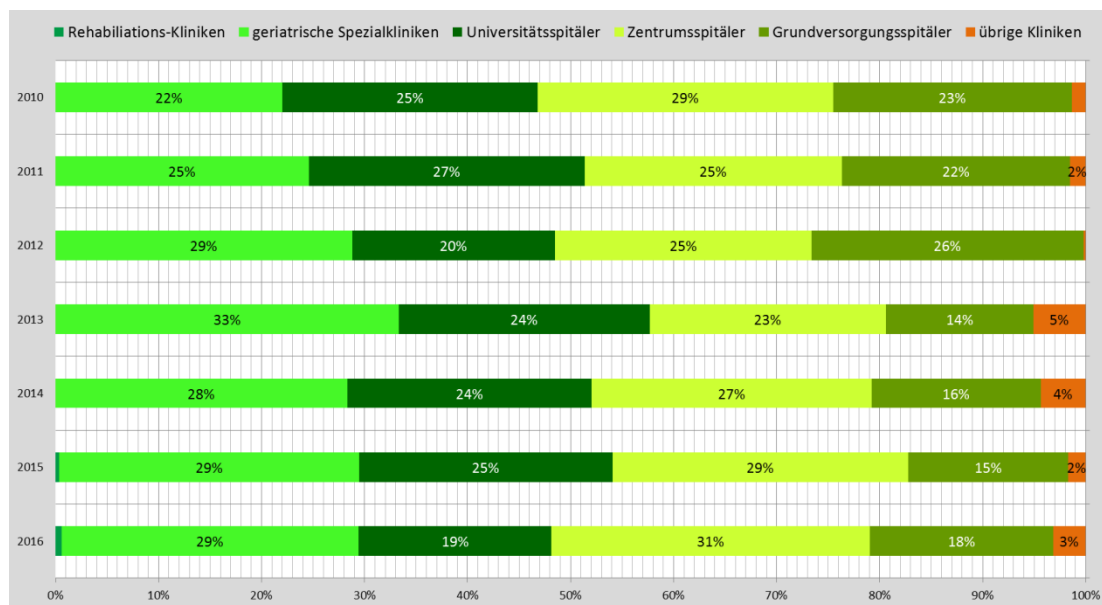


Abb. 28: Marktanteile Geriatrie 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Die Geriatrie ist weitgehend in der Hand der öffentlichen Einrichtungen. Sowohl die Geriatriischen Spezialkliniken als auch die Universitätsspitäler sind öffentliche Einrichtung. Da die geriatriischen Leistungen bei den Zentrums- und Grundversorgungsspitalern hauptsächlich durch öffentliche Dienstleister erbracht werden, die Rehabilitations- und übrigen Kliniken aufgrund der tiefen Fallzahlen ohnehin keinen grossen Einfluss auf die Verteilung nehmen, resultiert für das Jahr 2016 ein Marktanteil der öffentlichen Dienstleister von 89.6%. Der Marktanteil der privaten Anbieter konnte seit 2010 um 5 Prozentpunkte gesteigert werden.

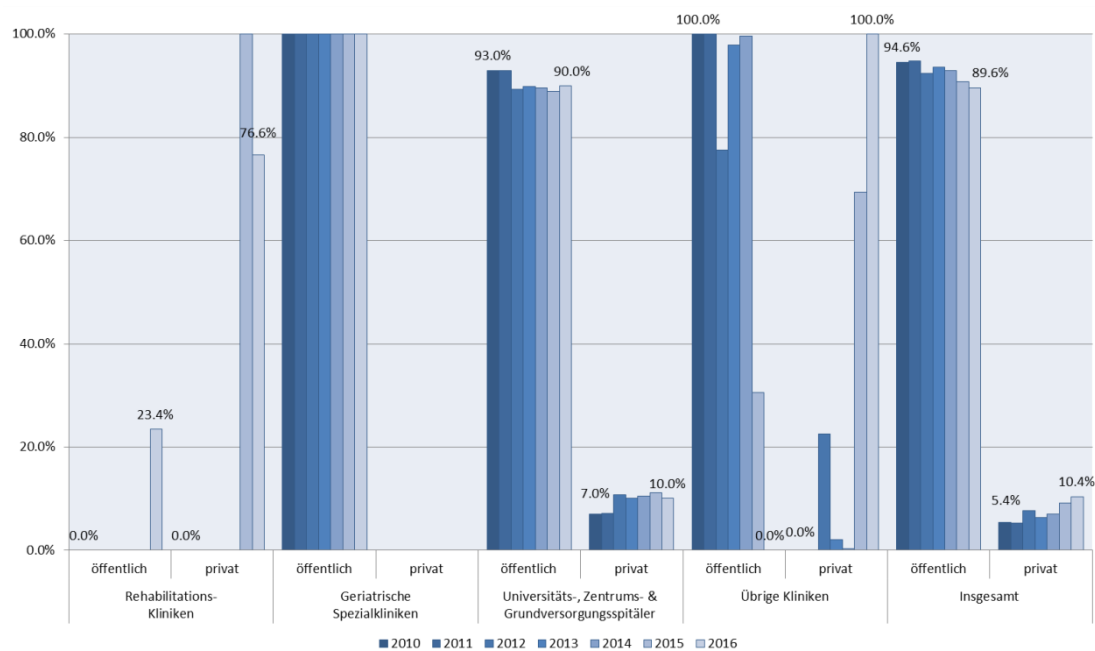


Abb. 29: Marktanteile Geriatrie 2010 bis 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

3.4.5 Regionale Betrachtung

Im Hinblick auf die Marktanteile der drei Versorgungsbereiche auf Ebene der Grossregionen zeigen sich in erster Linie Unterschiede in den Versorgungsstrukturen (vgl. separate Anhänge A, R und P). So werden in der lateinischen Schweiz Leistungen der Rehabilitation zu einem beachtlichen Teil in Akutspitälern vorgenommen (Région Lémanique 2016: 36%; Espace Mittelland 2016: 31%; Tessin 2016: 47%), während in der restlichen Schweiz die Rehabilitation hauptsächlich in Rehabilitationskliniken geleistet wird.²⁸

Im Bereich der Psychiatrie werden 62% der stationären psychiatrischen Behandlungen in der Région Lémanique an den Universitätsspitälern (K111) geleistet.

Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen führen da und dort auch zu Varianzen in der Ausprägung der Entwicklungen der Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich, welche jedoch kaum Auswirkungen auf das schweizerische Gesamtbild zeigen. Die Grossregion Ticino weist in der Akutomatik und Psychiatrie den höchsten Marktanteil privater Leistungserbringer auf. Im Bereich der Rehabilitation hat diese Position die Ostschweiz inne, gefolgt von der Nord-Westschweiz.

Unterschiedlich sind auch die Strukturen in der Geriatrie. Während in der Nord-Westschweiz (2016: 77 Prozent) und in der Ostschweiz (2016: 50 Prozent) geriatrische Patientinnen und Patienten oft in Geriatrischen Spezialkliniken versorgt werden, erfolgen deren Behandlungen in den restlichen Grossregionen hauptsächlich in Akutspitälern.

3.4.6 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Folgende Erkenntnisse aus den Marktanteils-Analysen können festgehalten werden:

Akutomatik

- Die Marktanteile der Universitätsspitäler (+0.4 pp) und der übrigen Klinken (+0.7 pp) haben sich zulasten der Zentrumsspitäler (-0.3 pp) und der Grundversorgungsspitäler (-0.9 pp) minim erhöht.
- Die Hauptstandorte der Zentrumsspitäler erhöhen die Marktanteile leicht, während deren Nebenstandorte tendenziell an Marktanteilen einbüßen.
- Kontinuierlicher Anstieg des Marktanteils der privaten Akutspitäler seit 2010 um 1.7 Prozentpunkte auf 20% im Jahr 2016. Dies vor allem in den Bereichen Bewegungsapparat, Gefässe und Viszeralchirurgie.

²⁸ Der Begriff „Rehabilitation“ ist in der Schweiz ungenügend definiert und wird darum uneinheitlich verwendet. Beispielsweise wird der Begriff in der Westschweiz oft sowohl für die Rehabilitation als auch für die Akut- und Übergangspflege verwendet. Letztere werden aber zweifellos nicht zur rehabilitativen Medizin gezählt, sondern gehören zum Versorgungsbereich der Pflege (Alters- und Pflegeheimbereich). Vgl. hierzu Oggier Willy, Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation, in: Oggier Willy, Pellanda Giorgio, Rossi Gianni R., 20 Jahre KVG: Rück- und Ausblick für die Rehabilitation, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132, Bern, 2017, S. 85 – 114, insbesondere S. 106.)

Rehabilitation

- Ein Anstieg der Marktanteile der Rehabilitationskliniken ist feststellbar, begünstigt auch durch Gründung neuer Rehabilitationskliniken und Neuausrichtung von Kliniken mit vormals breitem Angebot (vgl. Kap. 3.2.2). Der höhere Marktanteil zeigt sich in praktisch allen Leistungsbereichen.
- Anstieg des Marktanteiles privater Anbieter seit 2010 um 2.1 Prozentpunkte auf 47.6% im Jahr 2016, dies vor allem in den Bereichen der internistisch-onkologischen und psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation.

Psychiatrie

- Steigerung des Marktanteils der Psychiatrischen Kliniken seit 2010 um 7 Prozentpunkte, einhergehend mit dem Rückzug akutsomatischer Spitäler aus dem Bereich der Psychiatrie.
- Anstieg des Marktanteils privater Kliniken um 1.7 Prozentpunkte auf 13% im Jahr 2016.

3.5 Entwicklung innerhalb der Versicherungsklassen

Die nachfolgenden Analysen sollen darüber Aufschluss geben, wie sich die Verhältnisse zwischen allgemein, halbprivat und privat Versicherten seit dem Jahr 2010 entwickelten. Die Analyse soll eine Grundlage zur Beantwortung der Frage liefern, ob die Einführung der neuen Spitalplanung und die gleichzeitig vermehrt erfolgten Aufnahmen von privaten Anbietern auf die Spitallisten zu einer Umverteilung der Allgemeinversicherten führten. Die Aufnahme auf die Spitalliste ist grundsätzlich mit einer Aufnahmepflicht aller Patienten verbunden, also auch von allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten.

Innerhalb der Medizinischen Statistik wird die Versicherungsklasse nicht erhoben. Für jeden Fall wird jedoch die belegte Liegeklasse festgehalten. Dabei wird ebenfalls zwischen allgemeiner, halbprivater und privater Liegeklasse unterschieden. Die Liegeklasse muss somit nicht der Versicherungsklasse entsprechen. Aufgrund einer schweizweit fehlenden Möglichkeit²⁹, die tatsächliche Versicherungsklasse gemäss dem vom Patienten gewählten Versicherungsmodell mit den Daten der Medizinischen Statistik zu verknüpfen, wird in der Folge die in der Medizinischen Statistik verwendete Variable der Klasse (Variable Nr. 1.3.V02), welche die im Rahmen eines Spitalaufenthalts belegte **Liegeklasse** bezeichnet, **als Proxy für die Versicherungsklasse** verwendet.

In den folgenden Abschnitten sollen jeweils für jeden Versorgungsbereich die Anteile der Leistungserbringer je Liegeklasse (nachfolgend Versicherungsklasse genannt) nach Spitaltyp, Leistungsbereich und nach öffentlich-rechtlichem Status beschrieben werden.

²⁹ Innerhalb der Datenerhebung zu PRISMA wird neben der Liegeklasse auch die Versicherungsklasse erhoben (vgl. GD Zürich, 2016, Handbuch PRISMA). Dieser Datensatz wird jedoch nicht schweizweit erhoben

3.5.1 Akutsomatik

In Abb. 30 ist die Entwicklung der Fallanteile je Versicherungsklasse und Grossregion dargestellt. Schweizweit betrachtet kam es kaum zu Verschiebungen innerhalb der Versicherungsklassen. 77% der 2016 akutsomatisch hospitalisierten Fälle waren allgemein, 14% halbprivat und 8% privat versichert. Dies entspricht einem Anstieg des Anteils der Allgemeinversicherten um gut 2 Prozentpunkte, etwa zu gleichen Teilen zulasten des Anteils Halb- und Privatversicherter. In allen Grossregionen ist ein zahlenmässiger Anstieg der Allgemeinversicherten festzustellen. Der höchste Anstieg mit 4 Prozentpunkten erfuhr die Grossregion 4 (Zürich), welche im Vergleich zu den anderen Regionen aber weiterhin den höchsten Anteil an Zusatzversicherten ausweist (30% im Jahr 2016).

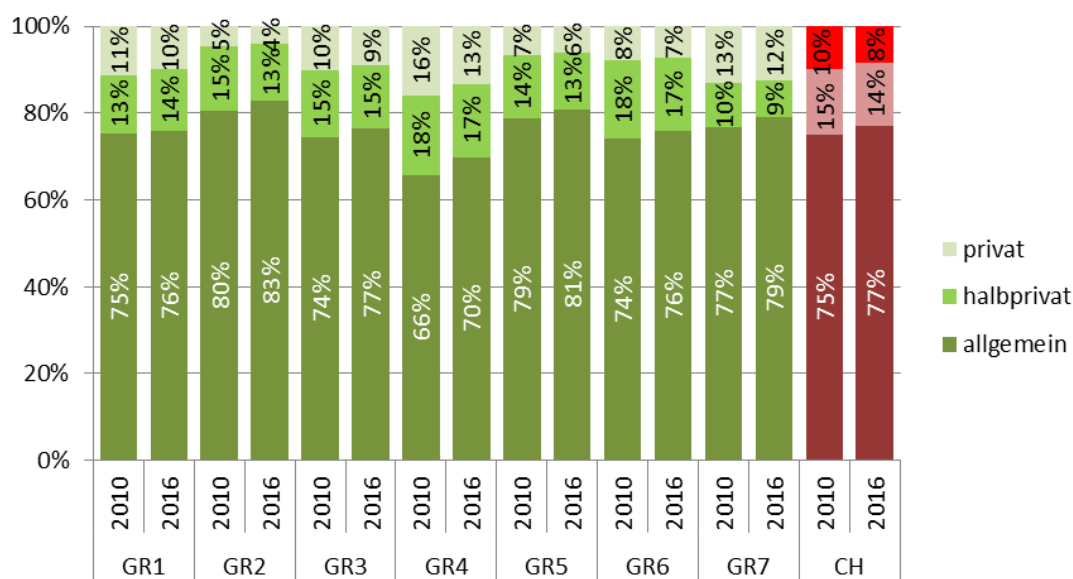


Abb. 30: Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion³⁰ und Gesamtschweiz, Akutsomatik, 2010 und 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

Analysiert man die Anteile der Versicherungsklassen nach Spitaltyp und Leistungsbereiche (vgl. Abb. A20 im Anhang A – Akutsomatik), erkennt man, dass auf gesamtschweizerischem Niveau weder bei den Universitätsspitalern noch bei den Zentrums- und Grundversorgungsspitalern zwischen 2010 und 2016 entscheidende Umverteilungen zwischen den Versicherungsklassen erfolgten. Die Verschiebungen zwischen den Klassen bewegen sich bei diesen Spitaltypen allesamt unter einem Prozentpunkt. Bei den Übrigen Kliniken, welche grösstenteils Spezialkliniken beinhalten, ist jedoch feststellbar, dass der Anteil der Allgemeinversicherten zwischen 2012 und 2016 um 4.4 Prozentpunkte gestiegen ist und 2016 bei 66.7% liegt. Damit befindet sich dieser Wert nur unwesentlich unter jenem der Grundversorgungsspitalern (68.6%). Der Anteil Zusatzversicherter liegt bei den Zentrumsspitalern im Jahr 2016 bei rund 20%, bei den Universitätsspitalern bei knapp 16%.

Abb. 31 präsentiert die Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status. Im Jahr 2016 behandelten die öffentlichen Spitaler 86% aller

³⁰ GR1=Région Lémanique; GR2=Espace Mittelland; GR3=Nordwestschweiz; GR4=Zürich; GR5=Ostschweiz; GR6=Zentralschweiz; GR7=Tessin (vgl. BFS (1999), Pressemitteilung Nr. 40/99, Die sieben Grossregionen der Schweiz).

Allgemeinversicherten, 63% aller halbprivat- und 56% aller privatversicherten Fälle. Gegenüber 2010 entspricht dies einem Rückgang um rund 3 Prozentpunkte bei den Allgemeinversicherten bei gleichzeitig leichtem Zuwachs der Anteile von Patienten mit Halbprivat- und Privatversicherungen.

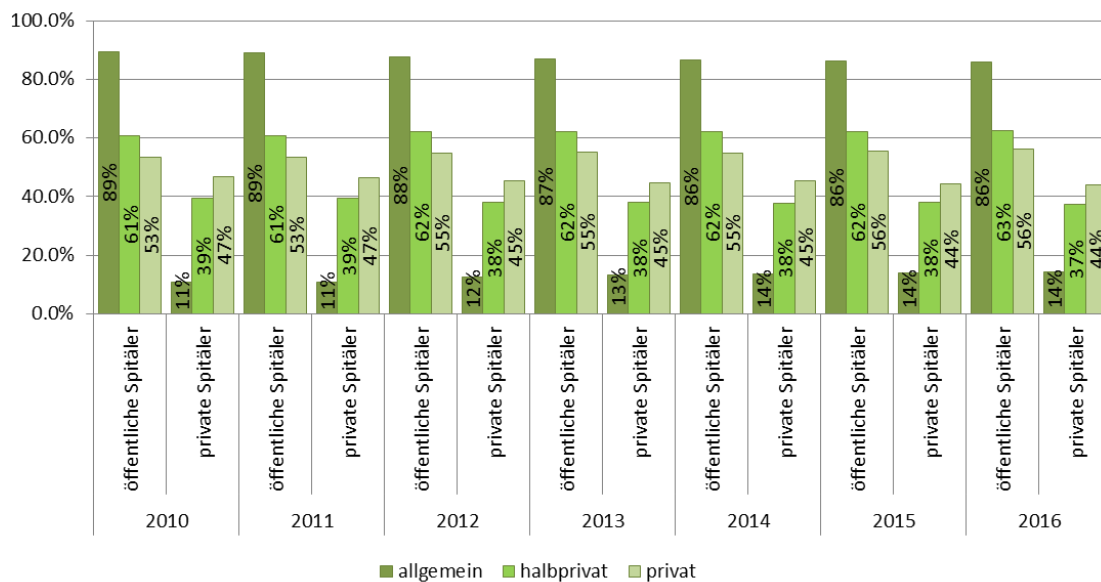


Abb. 31: Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Akutsomatik, 2010-2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

Betrachtet man diese Entwicklung nicht aus der Perspektive der Versicherten sondern aus jener der Leistungserbringer, zeigen sich folgende Versicherten-Kollektive für öffentliche und private Spitäler (vgl. Abb. 32).

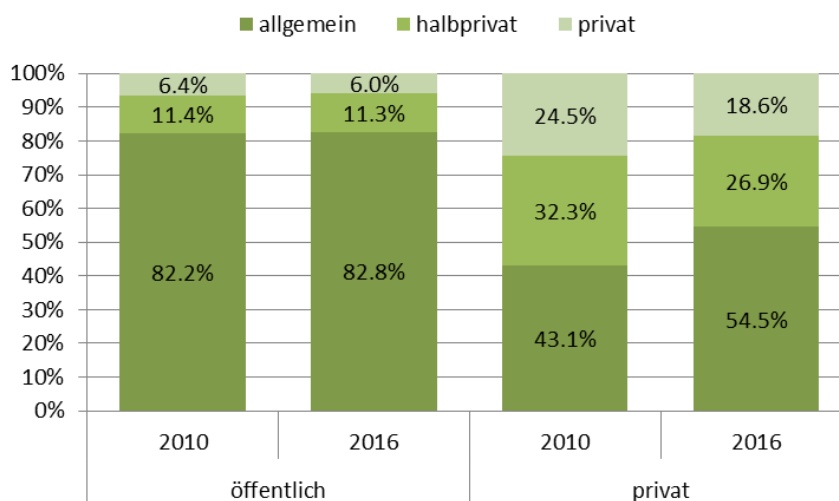


Abb. 32: Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Akutsomatik, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

Während sich die Patientenkollektive hinsichtlich der Versicherungsklasse bei den öffentlichen Spitätern zwischen 2010 und 2016 kaum veränderten, stieg bei den privaten Anbietern der Anteil Allgemeinversicherter um über 10 Prozentpunkte an.

45.5% der von den privaten Anbietern behandelten Fälle verfügten im Jahr 2016 über eine Zusatzversicherung (öffentliche Spitäler: 17.3%).

3.5.2 Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation waren im Jahr 2016 73% der behandelten Fälle allgemeinversichert, 16% halbprivatversichert und 11% privatversichert. Damit präsentiert sich die Situation im Jahr 2016 analog jener im Jahr 2010.

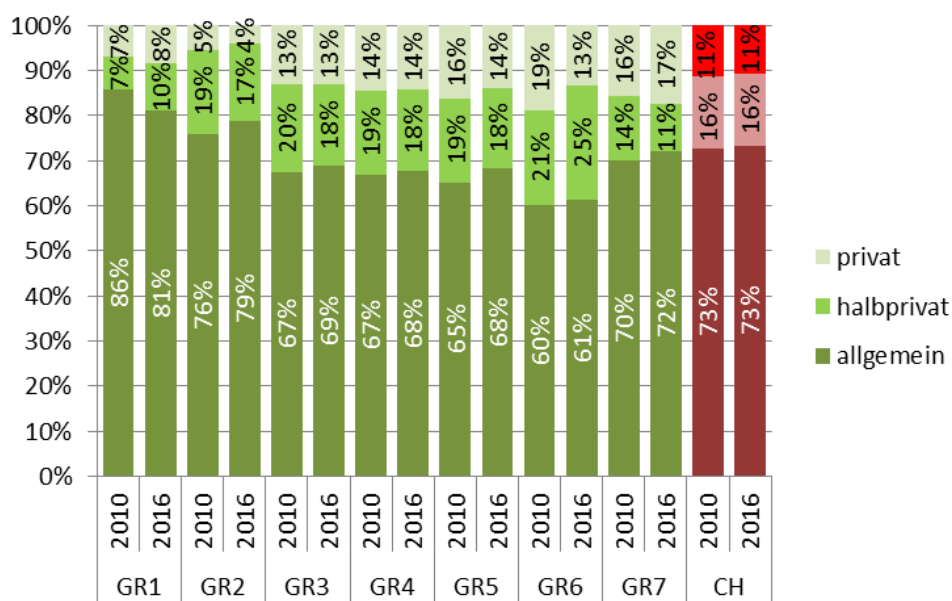


Abb. 33: Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion und Gesamtschweiz, Rehabilitation, 2010 und 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

Der Abb. 33 ist weiterhin zu entnehmen, dass es durchaus Unterschiede auf Ebene der Grossregionen gibt, sowohl in der Verteilung der Fälle nach Versicherungsklasse als auch in der Entwicklung zwischen 2010 und 2016. Vergleichsweise hohe Anteile an zusatzversicherten Reha-Fällen gibt es in der Zentralschweiz (GR6). Den geringsten Anteil an Zusatzversicherten weist die Région Lémanique (GR1: 18%) auf, obschon der Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 von 86% auf 81% gesunken ist.

Auf Ebene der Leistungsbereiche (vgl. Abbildung R11 im Anhang R – Rehabilitation) veränderte sich im Bereich Rehabilitation im Vergleich der Stichtage 31.12.2010 und 31.12.2016 die Verteilung der Versicherungsklassen kaum. Der Anteil Zusatzversicherter in der pulmonalen Rehabilitation ist über alle Leistungserbringer gerechnet seit 2010 leicht angestiegen.³¹ Eine gegenteilige Tendenz ist in der kardiovaskulären Rehabilitation und im Bereich der „Übrigen“ Reha-Leistungen erkennbar.

59% aller allgemeinversicherter Reha-Fälle aus dem Jahr 2016 wurden in öffentlichen Einrichtungen behandelt. Das ist ein Rückgang gegenüber 2012 von 4 Prozentpunkten. Während der Anteil der Halbprivatversicherten über die Jahre konstant blieb, konnten die

³¹ Dies gilt für die Rehabilitationskliniken gesondert betrachtet jedoch nicht: dort ist ein Anstieg der Allgemeinversicherten zu verzeichnen.

öffentlichen Spitäler den Anteil der Privatversicherten um diese 4 Prozentpunkte steigern (vgl. Abb. 34).

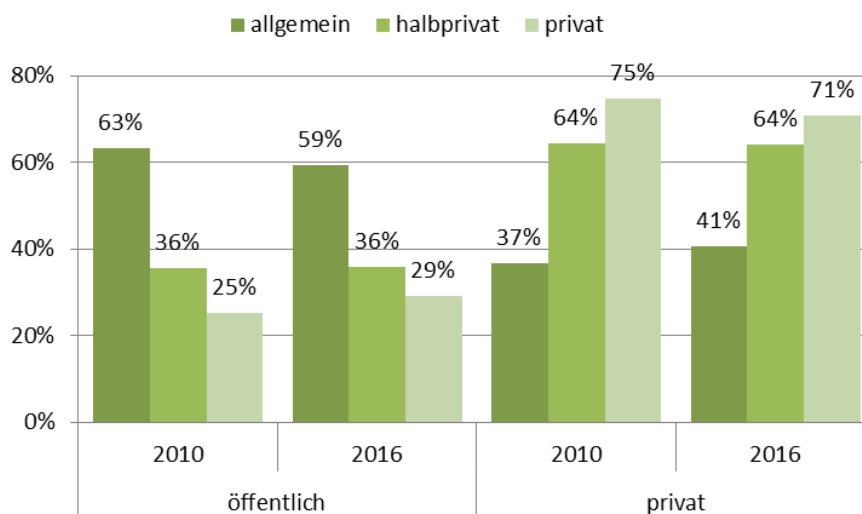


Abb. 34: Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Rehabilitation, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010 und 2016. Eigene Darstellung.

Die Entwicklung der Patientenkollktive der öffentlichen und privaten Rehabilitations-Anbieter wird in Abb. 35 dargestellt. Während sich das Patientenkollektiv hinsichtlich der Versicherungsklassen bei den öffentlichen Einrichtungen kaum veränderte, verzeichnen die privaten Anbieter einen prozentualen Rückgang zusatzversicherter Fälle (-3.7 Prozentpunkte zwischen 2010 und 2016).

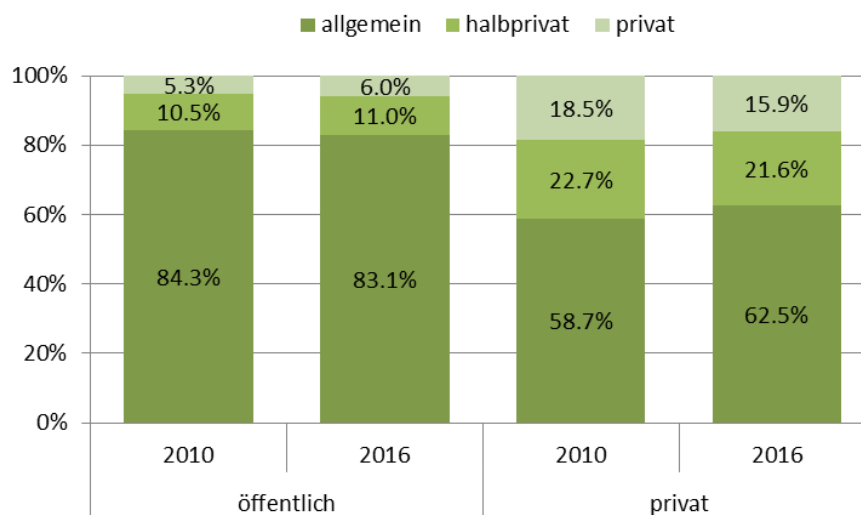


Abb. 35: Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Rehabilitation, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

3.5.3 Psychiatrie

Der Anteil an Allgemeinversicherten ist in der Psychiatrie deutlich höher als in den Versorgungsbereichen Akutsomatik und Rehabilitation. 93% der im Jahr 2016 psychiatrisch behandelten stationären Fälle waren allgemeinversichert. Dies entspricht gegenüber 2010 einer Zunahme von 3 Prozentpunkten.

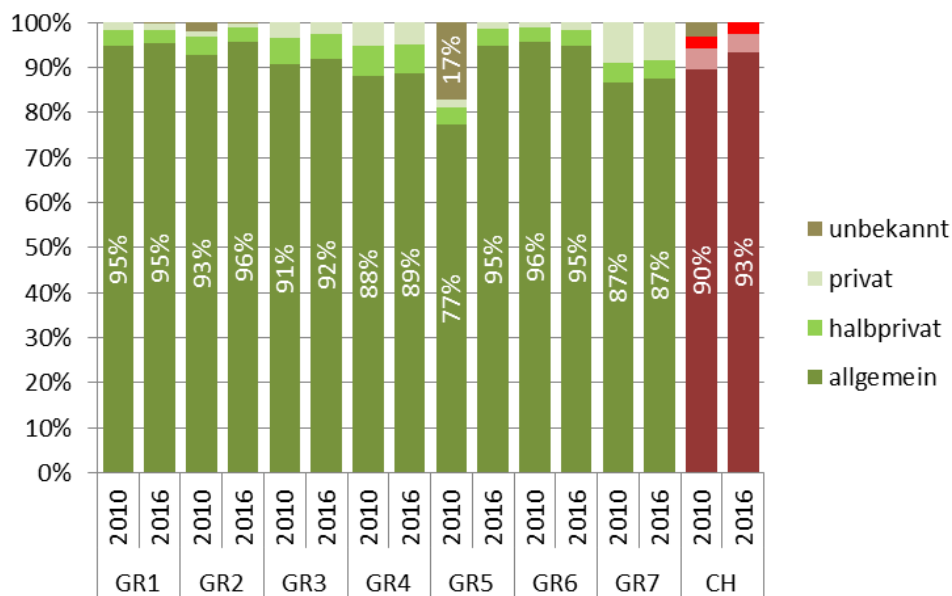


Abb. 36: Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion und Gesamtschweiz, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

Wie Abb. 36 zu entnehmen ist, fallen kaum regionale Unterschiede auf. Einzig in der Region Ostschweiz (GR5) ist im Jahr 2010 der Anteil Allgemeinversicherter mit 77% auffallend tief. Dies kann wohl auf die 17% Fälle mit unbekanntem Versicherungsstatus zurückgeführt werden.

Über alle Spitaltypen gesehen (beeinflusst von den marktdominierenden Psychiatriekliniken) verschoben sich die Versicherungsklassen, relativ gleichmässig auf alle Diagnosebereiche verteilt, zugunsten der Allgemeinversicherten. Ansonsten sind keine weiteren Auffälligkeiten auf Ebene der Diagnosebereiche festzustellen (vgl. Abbildung P11 im Anhang P – Psychiatrie).

Wie Abb. 37 zu entnehmen ist, wurden im Jahr 2016 10% aller Allgemeinversicherten in privaten psychiatrischen Einrichtungen behandelt. Dies ist ein Anstieg von 2 Prozentpunkten gegenüber 2010. Demgegenüber nahm der Anteil Zusatzversicherter um 4 (Halbprivate) bzw. 3 Prozentpunkte (Private) bei den privaten Anbietern ab. Bei den öffentlichen Einrichtungen ist ein gegenteiliger Verlauf zu beobachten (vgl. hierzu Abb. 37).

Betrachtet man in Abb. 38 die Patientenkollektive der öffentlichen und privaten Institutionen hinsichtlich deren Versichertenklassen, so ist ein deutlicher Anstieg der Allgemeinversicherten auszumachen. Drei von vier Fällen der privaten Anbieter sind im Jahr 2016

allgemeinversichert. Bei den öffentlichen Einrichtungen beträgt die Quote im gleichen Jahr dahingegen nahezu 100%.

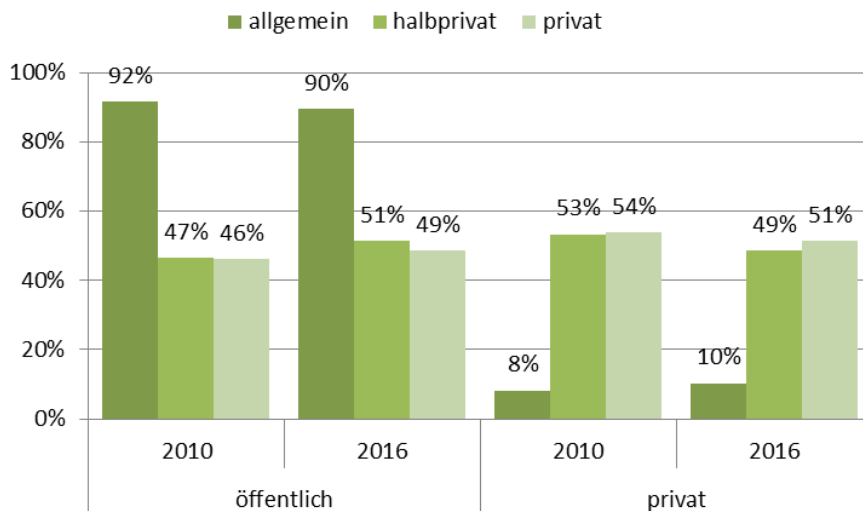


Abb. 37: Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010 und 2016. Eigene Darstellung.

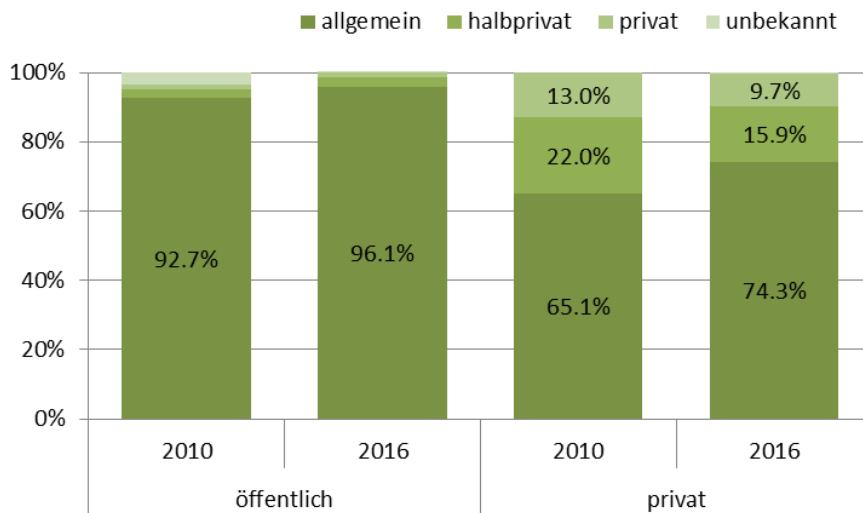


Abb. 38: Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.

3.5.4 Zusammengefasste Erkenntnisse

Akutsomatik

- Anstieg des Anteils allgemeinversicherter Patienten seit 2010 um 2 Prozentpunkte auf 77%.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um 11.4 Prozentpunkte auf 54.5%, die öffentlichen Spitäler um 0.6 Prozentpunkte auf 82.8%.

Rehabilitation

- Die Anteile allgemein-, halb- und privatversicherter Patienten blieben in der Rehabilitation seit 2012 unverändert. Weiterhin sind 73% der Patienten der allgemeinen Versicherungsklasse zugehörig.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um knapp 4 Prozentpunkte auf 62.5%. Die öffentlichen Spitäler reduziert sich der Anteil Allgemeinversicherter um 1.2 Prozentpunkte auf 83.1%.

Psychiatrie

- Anstieg des Anteils allgemeinversicherter Patienten seit 2010 um 3 Prozentpunkte auf 93%.
- Die privaten Spitäler erhöhten den Anteil Allgemeinversicherter seit 2010 um 9.2 Prozentpunkte auf 74.3%, die öffentlichen Spitäler um 3.4 Prozentpunkte auf 96.1%.

3.6 Spezialisierung und Konzentration

In diesem Kapitel wird untersucht, ob zwischen den Jahren 2012 und 2016 Tendenzen zur Spezialisierung und Leistungskonzentration im Spitalbereich festzustellen sind. Die Analysen umfassen wiederum die drei Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Die Begriffe Konzentration und Spezialisierung sind dabei wie folgt zu unterscheiden.

- Die Spezialisierung legt den Fokus auf die Perspektive der Leistungserbringer und beschreibt die Fokussierung einzelner Leistungserbringer auf bestimmte Leistungsbereiche.
- Die Konzentration entspricht der Perspektive des Versorgungssystems und beschreibt die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungsbereichen bzw. die Verschiebung der Marktanteile zugunsten grösserer Leistungserbringer.

Zur Berechnung der Konzentration und Spezialisierung wurde der Information Theory Index (ITI) verwendet. Eine ausführliche Beschreibung des ITI erfolgte im Methodik-Teil dieses Berichtes in Kapitel 2.7.

3.6.1 Akutsomatik

Zur Berechnung der **Spezialisierung** dient die Verteilung der stationären Fälle auf die Leistungsbereiche. Dabei wird der Information-Theory-Index (ITI) pro Spital, basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik für die Jahre 2012, 2014 und 2016, berechnet.

In Abb. 39 ist der ITI (Median) der akutsomatischen Spitäler nach Spitaltyp für die Jahre 2012, 2014 und 2016 dargestellt. Es wurden wiederum lediglich jene Standorte berücksichtigt, die anhand der BUR- und Standortzusatznummer über den gesamten Betrachtungszeitraum einwandfrei identifiziert werden können und ausserhalb des Basispakets minimal 10 Fälle aufweisen. Ein hoher ITI korrespondiert mit einer hohen Spezialisierung, d.h. ein Grossteil der Austritte konzentriert sich auf wenige SPLG, ein hoher ITI deutet auf ein breites Angebotsspektrum hin.

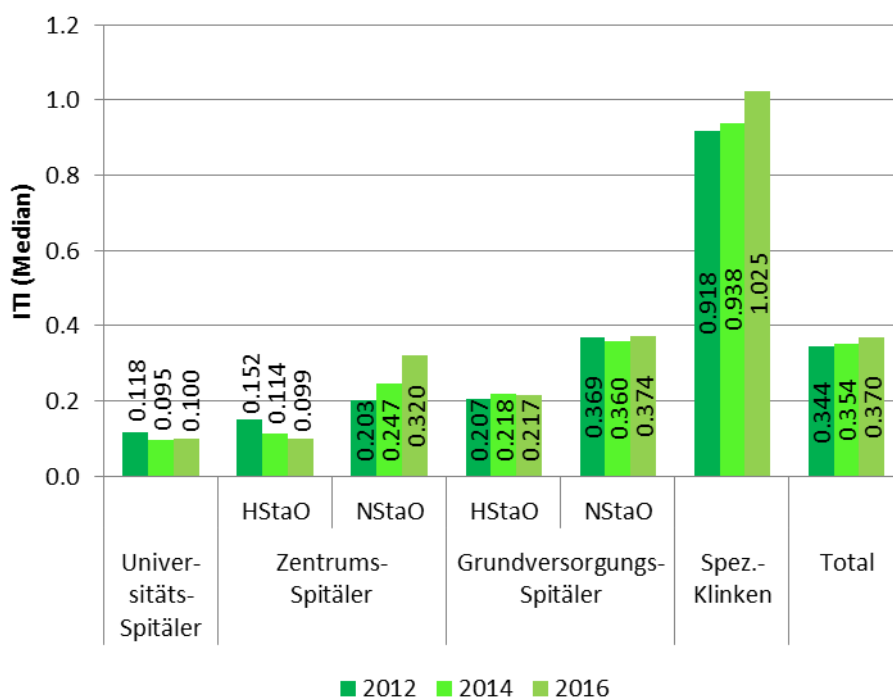


Abb. 39: Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Akutsomatik; Zuordnung nach Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Ferner wurden Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets ausgeschlossen.

Die berechneten ITI-Werte bestätigen die bereits bei der Analyse der Leistungsspektren gewonnenen Erkenntnisse. Insgesamt ist seit 2012 über alle Spitaltypen betrachtet ein leichter Anstieg der Spezialisierung zu erkennen (von 0.344 im Jahr 2012 auf 0.370 im Jahr 2016). Den tiefsten ITI-Wert und somit das breiteste Leistungsspektrum weisen die Universitätsspitäler auf. Unterscheidet man bei den Zentrumsspitalern wiederum die Hauptstandorte und die Nebenstandorte sieht man eine stetige Abnahme der Spezialisierungsgrade der Hauptstandorte. Sie liegen im Jahr 2016 auf gleichem Niveau wie die Universitätsspitäler. Die Nebenstandorte der Zentrumsspitäler erhöhen seit 2012 ihren Spezialisierungsgrad. Hier bestätigen sich die Erkenntnisse aus den Untersuchungen zu den Leistungsspektren, dass tendenziell Leistungen in Zentrums-Spitalverbänden auf den Hauptstandort konzentriert werden. Bei den Grundversorgungsspitalern sind nur marginale Veränderungen bezüglich des Spezialisierungsgrades erkennbar, während sich die Spezialklinken in der Tendenz zunehmend spezialisieren.

Da der ITI gegen oben unbeschränkt ist, ist das inhaltliche Ausmass der Spezialisierung schwierig aus den Kennzahlen zu interpretieren, daher können Aussagen über ein grösseres oder geringeres Ausmass der Spezialisierung nur durch einen Vergleich der Kennzahlen zwischen Einrichtungen bzw. zwischen Jahren erfolgen. Zur besseren Einordnung der ITI-Werte sind in Abb. 40 die jeweiligen Höchst- und Tiefstwerte je Spitaltypologie und Jahr aufgeführt.

	Universitätsspitäler			Zentrumsspitäler			Grundversorger			Spezialkliniken		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
max	0.2572	0.2442	0.2371	0.9727	1.0435	0.9774	1.3601	1.2320	1.7255	4.5897	4.6824	4.7338
min	0.0391	0.0393	0.0416	0.0383	0.0288	0.0307	0.0533	0.0599	0.0524	0.2311	0.2396	0.2512

Abb. 40: Höchst- (max) und Tiefstwerte (min) des ITI 2012, 2014, 2016, Akutsomatik, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.

Das Spital mit dem höchsten ITI (4.7338) und somit der höchsten Spezialisierung im Jahr 2016 war eine Spezialklinik, welche lediglich im Bereich der Ophthalmologie stationäre Leistungen erbrachte. Das Spital mit dem tiefsten Wert war ein Zentrumsspital, welches in allen 24 Leistungsbereichen tätig war.

Im Streudiagramm (Abb. 41) ist pro Standort der ITI 2016 dem ITI aus dem Jahr 2012 gegenübergestellt.

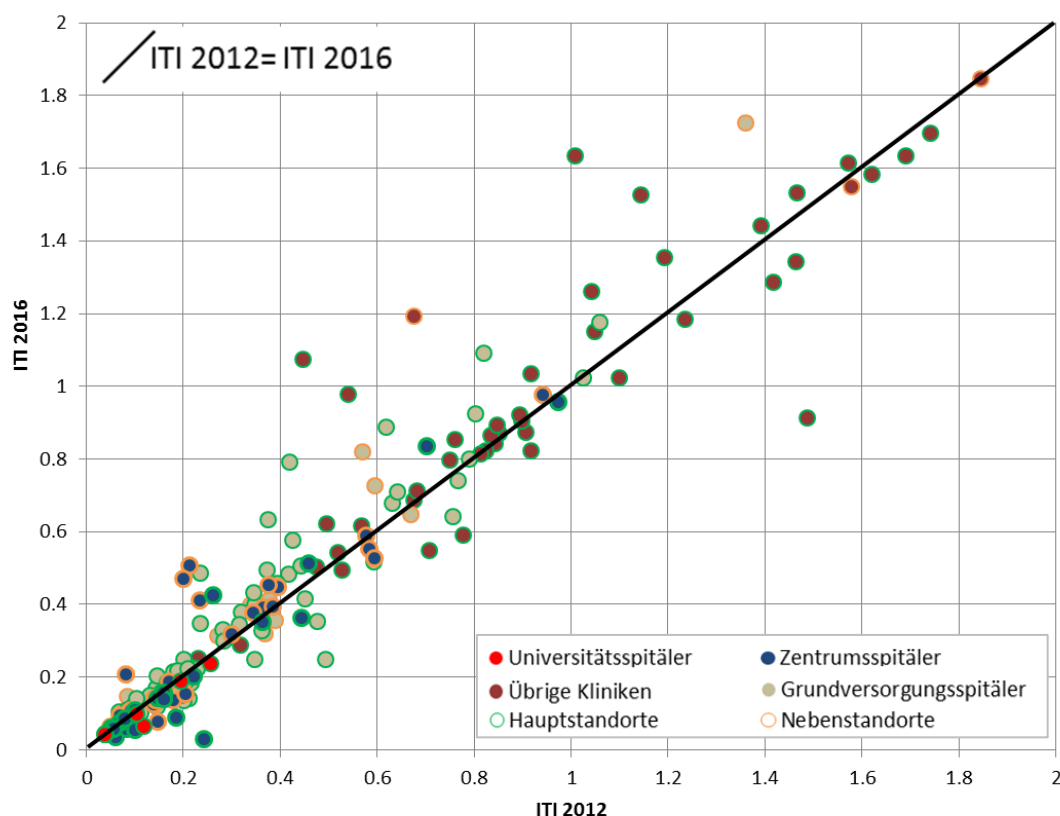


Abb. 41: Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI (Median) 2012, und 2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets; nur Standorte dargestellt, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Zuordnung nach Spitaltyp 2012.

Bei der Betrachtung des Diagrammes ist zu erkennen, dass die (geringe) Spezialisierung von Standorten mit breitem Angebot im Jahr 2012 (bis ITI-Wert 0.3) relativ stabil bleibt, aber in der Tendenz bis ins Jahr 2016 weiter abnimmt. Mit zunehmendem Spezialisierungsgrad nimmt auch die Streuung der ITI-Veränderungen der Standorte zu (erkennbar am grösseren Abstand zur Diagonalen), mit einer Tendenz zu verstärkter Spezialisierung. Die beobachtete Streuung kann zudem als Indikator für eine Bewegung innerhalb des Marktes (Wettbewerb) gedeutet werden.

Das Streudiagramm lässt zudem eine Heterogenität der Spezialisierung innerhalb der Spitaltypen erkennen. Es zeigt sich z.B. eine grosse Streuung innerhalb der Grundversorgungsspitäler und Spezialkliniken, in geringerem Masse auch innerhalb der Zentrumsspitäler.

In Abb. 42 ist der ITI (Median) nach rechtlich-wirtschaftlichem Status für die 194 eingeschlossenen akutstationären Standorte dargestellt. Dabei zeigt sich einerseits, dass die privaten Spitäler einen höheren Spezialisierungsgrad aufweisen als die öffentlichen Spitäler, andererseits, dass die Spezialisierung innerhalb der Privaten weiter zunimmt. Hier ist darauf hinzuweisen, dass auch unter den privaten Spitalern verschiedene Kliniken mit einem breiten Leistungsangebot existieren.

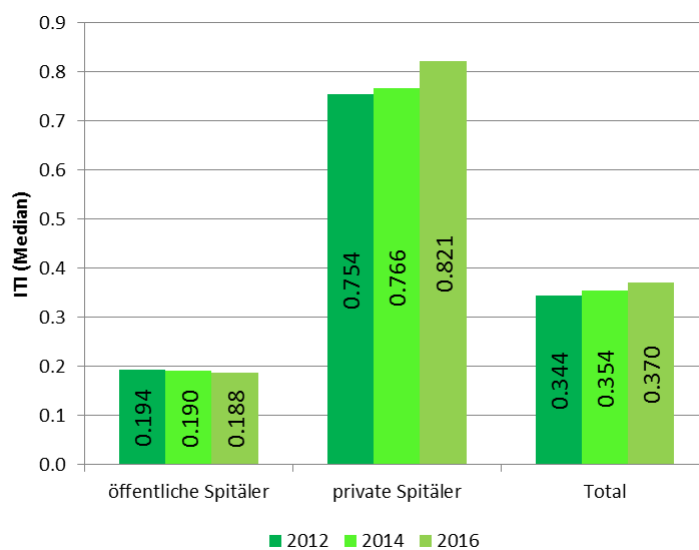


Abb. 42: Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012, 2014 und 2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.

Nachdem zuvor von der Spezialisierung die Rede war, soll nun die **Konzentration** betrachtet werden. In Abb. 43 ist die Konzentration nach Leistungsbereichen für die Jahre 2012, 2014 und 2016 dargestellt. Der gelbe Balken zeigt das Ausmass der Konzentration innerhalb eines Leistungsbereiches nach ITI an, der grüne Balken die Veränderungen zwischen 2012 und 2016. Für jeden Leistungsbereich sind zudem die Anzahl der in einem Leistungsbereich tätigen Leistungserbringer (Ebene Standort) aufgeführt. Standorte, welche weniger als 10 Fälle neben dem Basispaket leisteten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

SPLG	ITI Information Theory Index				Anzahl Leistungserbringer (Standorte) LE				Anteil Fälle SPLG an Total Fälle			
	2012	2014	2016	Δ ITI 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anzahl LE 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anteil Fälle 2012/2016
Basispaket	0.077	0.080	0.080		229	219	213		39.1%	38.2%	37.8%	
Bewegungsapparat chirur.	0.395	0.398	0.415		204	199	193		14.7%	15.1%	15.4%	
Dermatologie	0.212	0.205	0.301		191	187	171		0.7%	0.7%	0.4%	
Endokrinologie	0.188	0.207	0.224		179	166	159		0.3%	0.3%	0.4%	
Gastroenterologie	0.185	0.190	0.189		172	162	163		2.8%	2.7%	2.7%	
Geburtshilfe	0.291	0.270	0.289		160	151	158		8.5%	8.5%	8.4%	
Gefässe	0.447	0.476	0.437		161	147	148		1.5%	1.4%	1.5%	
Gynäkologie	0.291	0.276	0.291		189	181	177		3.2%	3.3%	3.3%	
Hämatologie	0.265	0.234	0.263		181	175	175		0.9%	1.0%	1.1%	
Herz	0.838	0.800	0.768		142	136	139		4.0%	4.3%	4.5%	
HNO	0.322	0.308	0.284		188	182	178		4.2%	4.1%	3.4%	
Nephrologie	0.495	0.460	0.415		102	105	108		0.4%	0.4%	0.4%	
Neugeborene	0.374	0.350	0.284		129	122	118		6.2%	6.3%	7.3%	
Neurochirurgie	0.811	0.914	0.971		129	113	110		0.3%	0.4%	0.5%	
Neurologie	0.328	0.343	0.338		182	169	167		2.2%	2.1%	2.3%	
Ophthalmologie	1.341	1.530	1.556		144	101	111		1.0%	0.9%	0.9%	
Pneumologie	0.255	0.275	0.252		191	176	173		2.1%	2.0%	1.8%	
Rheumatologie	0.186	0.188	0.161		203	192	190		0.6%	0.6%	0.5%	
schwere Verletzungen	0.605	0.496	0.433		114	106	122		0.2%	0.1%	0.2%	
Thoraxchirurgie	0.679	0.690	0.694		86	78	75		0.2%	0.2%	0.2%	
Transplantationen	1.741	1.684	1.718		40	39	7		0.1%	0.1%	0.0%	
Urologie	0.215	0.236	0.236		183	173	175		4.5%	4.6%	4.7%	
Viszeralchirurgie	0.312	0.314	0.312		169	164	157		1.4%	1.5%	1.6%	
(Radio-)Onkologie	0.498	0.482	0.517		139	141	137		1.1%	1.0%	1.0%	

Abb. 43: Konzentration Akutsomatik nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets

Die Leistungsbereiche Transplantationen, Ophthalmologie, Neurochirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie weisen die höchsten Konzentrationen auf (die höchsten ITI-Werte) im Jahr 2016 auf. Seit 2012 sind die stärksten Konzentrationstendenzen bei der Ophthalmologie, der Neurochirurgie und der Dermatologie festzustellen. Die Behandlungen von schweren Verletzungen wurden seit 2012 wieder an mehreren Standorten erbracht, weshalb der ITI-Wert seit 2012 im Abnehmen begriffen ist. Eine Abnahme der Konzentration ist zudem in den Bereichen der Neugeborenen, Nephrologie, Herz und HNO erkennbar.

Über das gesamte Leistungsspektrum ist seit 2012 eine Abnahme von Leistungserbringern feststellbar. Neben den schweren Verletzungen sind im Jahr 2016 nur noch im Bereich der Nephrologie mehr Leistungserbringer tätig als im Jahr 2012.

Die Fallverteilungen auf die einzelnen Leistungsbereiche hielten sich seit 2012 relativ stabil. Das Basispaket hat den grössten Rückgang zu verzeichnen (-1.3 pp). Der Bereich der Neugeborenen konnte proportional am stärksten wachsen.

Eine analoge Tabelle zur Konzentration auf Ebene der einzelnen Spitalleistungsgruppen (SPLG) findet sich am Ende des separaten Anhanges A (Akutsomatik, Tab. A28). Dort sind neben der Ophthalmologie vor allem in SPLGs mit Mindestfallzahlen (Gefässchirurgie, radikale Prostatektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat), in SPLGs hochspezialisierter Leistungen (IVHSM: Herztransplantationen, allogene Blutstammzelltransplantation und spezialisierte Viszeralchirurgie) und anderen spezialisierten Leistungen (z.B. spezialisierte Geburtshilfe und Neonatologie) eine sich verstärkende Konzentration zwischen den Jahren 2012 und 2016 zu beobachten. Dies geht zumeist einher mit

einer Verringerung der Anzahl Leistungserbringer, die in diesen SPLGs Leistungen vornehmen (vgl. hierzu auch Abb. 43).

Mindestfallzahlen

Von besonderer Relevanz in Bezug auf die Frage nach einer allfälligen Konzentration innerhalb der akutstationären Versorgung sind die Leistungsgruppen, für welche seitens der Gesundheitsdirektion Zürich Mindestfallzahlen (MFZ) definiert wurden.³² Die MFZ sind ein konkretes Steuerungsinstrument bei der Vergabe von Leistungsaufträgen und zielen explizit auf die Fokussierung von spezialisierten Eingriffen auf wenige Leistungserbringer zugunsten der Qualitätssteigerung ab. Aus Abb. 44 wird ersichtlich, dass der Anteil der Fälle in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ von 9.5 Prozent im Jahr 2012 auf 7.2 Prozent im Jahr 2016 sinkt. Hier ist generell anzumerken, dass nicht alle Kantone das Kriterium der Mindestfallzahlen anwenden.³³

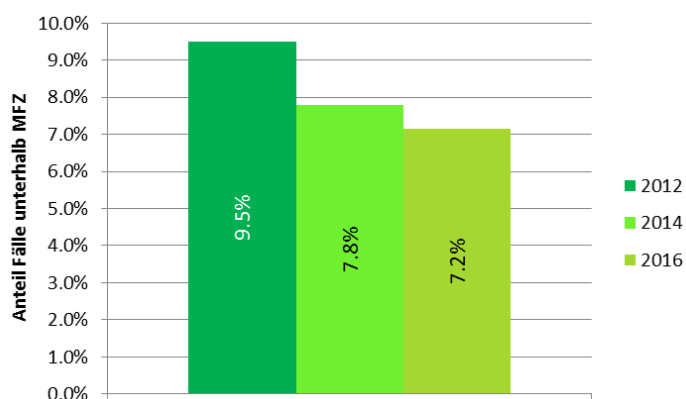


Abb. 44: Anteil Fälle in Spitälern unterhalb der Mindestfallzahlen, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012, 2014 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen

Abb. 45 zeigt die Entwicklung der Anteile an Fällen unterhalb der definierten MFZ innerhalb der Spitalleistungsgruppen zwischen 2012 und 2016. Dabei präsentieren sich die SPLG BEW10 (Plexuschirurgie) und BEW9 (Tumore am Bewegungsapparat) in zweierlei Hinsicht als Ausreisser. Einerseits weisen sie die höchsten Veränderungsraten auf (im positiven und negativen Sinn). Andererseits haben ergänzende Berechnungen ergeben, dass in diesen beiden SPLG knapp über 50% der Fälle im Jahr 2016 von Leistungserbringern erbracht wurden, deren jährliches Fallvolumen in diesen SPLG unterhalb der MFZ liegt. Diese Auffälligkeit kann damit zusammenhängen, dass die Zuordnungsregeln zu den besagten SPLG zwischen 2015 und 2016 so modifiziert wurden, dass eine grössere Anzahl Leistungserbringer Fälle aufwies. Diese Entwicklung wurde mit jüngeren SPLG-Gruppierungen wieder aufgehoben.

³² Vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, Gesundheitsversorgungsbericht (2015, S. 17)

³³ Vgl. Gesundheitsdirektion Zürich, Gesundheitsversorgungsbericht (2015, S. 18 und 19)

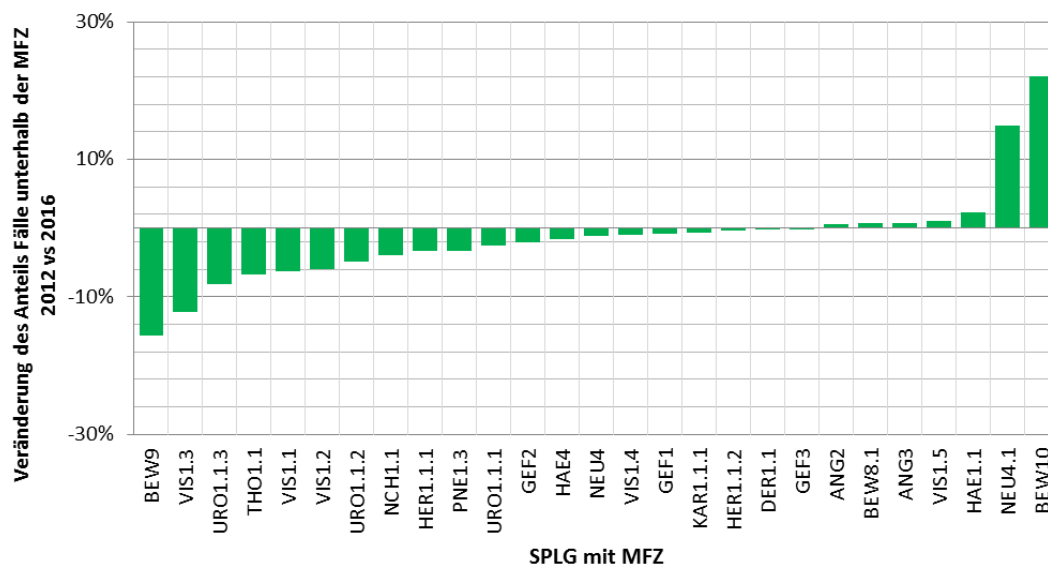


Abb. 45: Veränderung der Anteil Fälle unterhalb der Mindestfallzahlen nach SPLG³⁴, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen

Ein Beleg der Wirksamkeit der MFZ zur Leistungskonzentration ergibt sich aus der Analyse der Anzahl Standorte, die Leistungen (minimal 1 Fall pro Jahr) innerhalb einer SPLG mit MFZ erbrachten. Abb. 46 zeigt, dass sich die Anzahl Standorte, die in einer SPLG mit MFZ tätig waren, beim grössten Teil der SPLG zwischen 2012 und 2016 reduzierten.

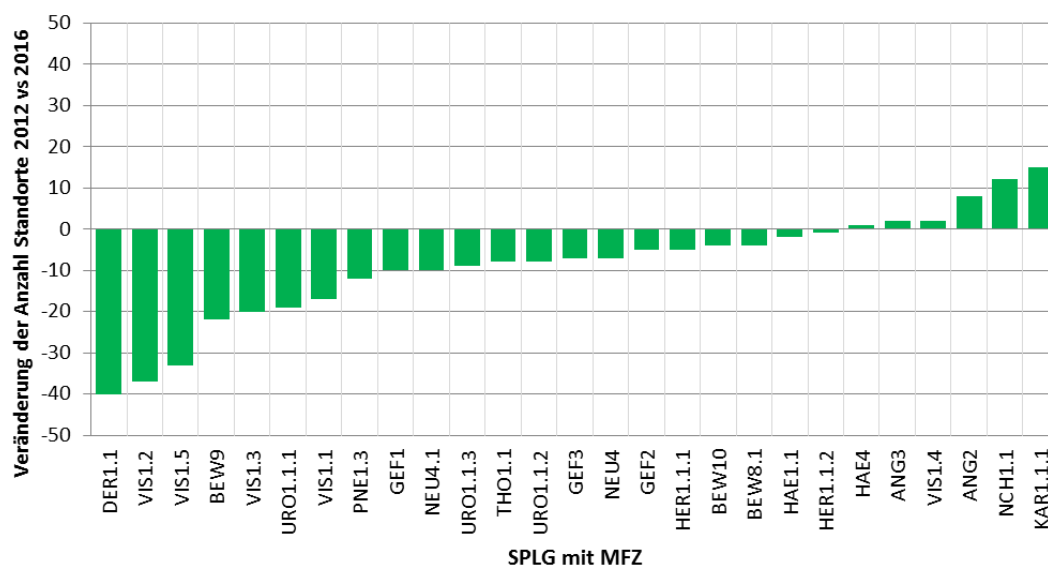


Abb. 46: Veränderung der Anzahl Standorte, die in einer SPLG mit Mindestfallzahlen Leistungen erbringen, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen

³⁴ Den exakten Wortlaut der Kürzel der SPLG sowie deren Definitionen finden sich auf:
https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html

3.6.2 Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation kann über alle Spitaltypen betrachtet lediglich eine minimale **Spezialisierung** der stationären Reha-Dienstleister beobachtet werden. Dabei neutralisieren sich die steigende Spezialisierung innerhalb der Rehabilitationskliniken und die zunehmend breitere Leistungserbringung der übrigen Kliniken weitestgehend. Die Akutspitäler und die geriatrischen Spezialkliniken weisen ein relativ konstant breites Reha-Angebot auf.

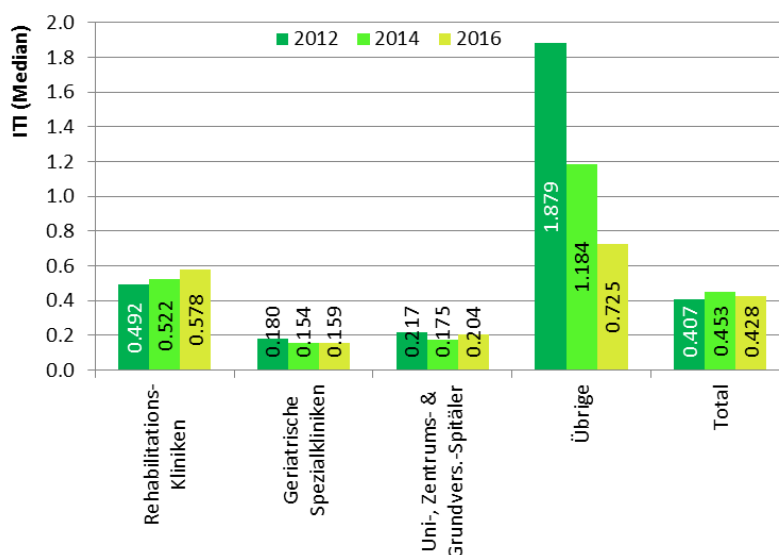


Abb. 47: Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Rehabilitation; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Rehabilitation

Als Vergleichswerte sind in Abb. 48 wiederum die jeweiligen Höchst- und Tiefstwerte je Einrichtungs-Typologie und Jahr aufgeführt. Die Einrichtung mit dem höchsten ITI (3.3395) und somit der höchsten Spezialisierung im Jahr 2012 war eine „übrige Einrichtung“, die nach der Spitaltypologie eine Spezialklinik ist. Das Spital mit dem tiefsten Wert war ein, in allen rehabilitativen Bereichen tätiges, Zentrumsspital.

	Rehabilitationsklinik			Geriatrische Spezialklinik			Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungs-spitäler			Übrige			Total		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
max	1.8078	2.8761	2.9637	0.6024	0.3543	0.4004	2.3708	2.3401	2.3198	3.3395	2.8778	2.9533	3.3395	2.8778	2.9637
min	0.0915	0.0954	0.0620	0.0940	0.0980	0.1586	0.0876	0.0437	0.0291	0.3867	0.3107	0.0487	0.0876	0.0437	0.0291

Abb. 48: Höchst- (max) und Tiefstwerte (min) des ITI 2012, 2014, 2016, Rehabilitation, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.

Das Streudiagramm in Abb. 49 stellt die Veränderung des Spezialisierungsgrades nach ITI der einzelnen Kliniken dar. Dabei fällt auf, dass sich der Grossteil der Kliniken nahe der Diagonale befindet. Vereinzelt Rehabilitationskliniken und im geringeren Masse Akutspitäler sowie übrige Kliniken weisen einen hohen Spezialisierungsgrad auf, zuweilen mit grossen Veränderungen gegenüber dem Jahr 2012.

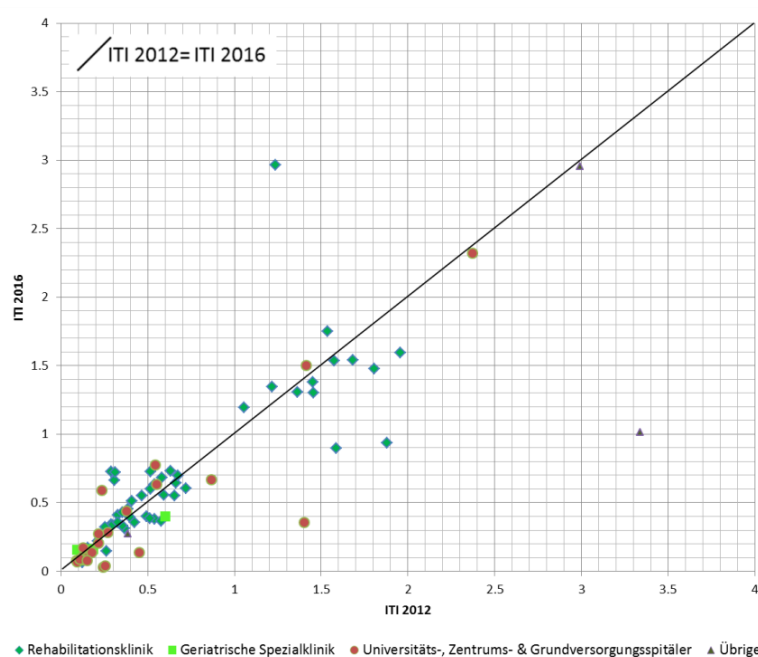


Abb. 49: Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI 2012 und 2016 Rehabilitation. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets; nur Standorte dargestellt, die zu beiden Zeitpunkten eine entsprechende Fallzahl aufwiesen.

In Abb. 50 ist der ITI (Median) nach rechtlich-wirtschaftlichem Status für die Standorte innerhalb der Rehabilitation dargestellt. Der Spezialisierungsgrad der öffentlichen Reha-Dienstleister liegt im Jahr 2016 praktisch auf demselben Niveau wie im Jahr 2012 und klar tiefer als jener der privaten Spitäler. Die Privaten ihrerseits zeigen seit 2012 eine stetige Spezialisierungstendenz.

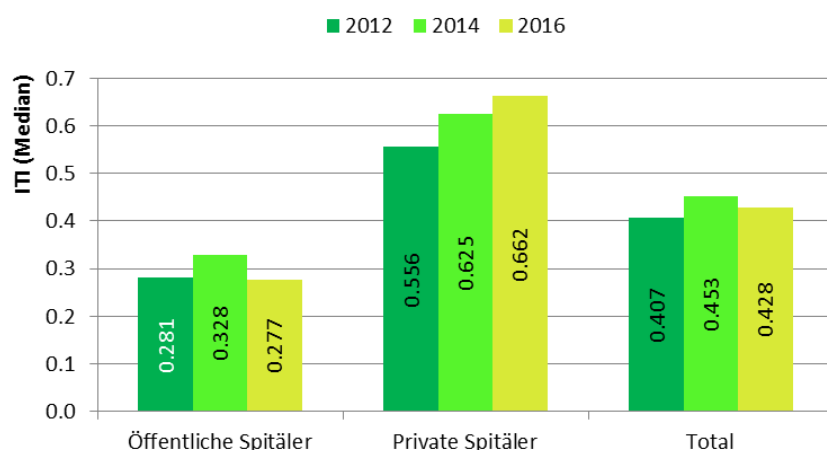


Abb. 50: Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012 und 2016 Rehabilitation; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.

In Abb. 51 ist die Entwicklung der **Konzentration** auf Ebene Leistungsbereich dargestellt. Die Leistungen der psychosozialen Rehabilitation sind schweizweit betrachtet im Jahr 2016 am stärksten konzentriert, dagegen weisen die internistische und die muskuloskelettale Rehabilitation einen tiefen Konzentrationsgrad auf. Eine leicht zunehmende Leistungskonzentration für die Jahre 2012 – 2016 ist in den Bereichen der neurologischen,

internistischen und muskuloskelettalen Rehabilitation feststellbar. Für Letztere ist diese Konzentration jedoch vornehmlich auf den veränderten Patientenmix zurückzuführen. Obwohl gegenüber 2012 mehr Standorte im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation Leistungen erbrachten und der Anteil Fälle der muskuloskelettalen Rehabilitation um 2 Prozentpunkte abnahm, steigerte sich der ITI leicht. Eine Erklärung für dieses Phänomen wäre eine ungleiche Verteilung der Fälle der muskuloskelettalen Rehabilitation auf die beteiligten Leistungserbringer. Das Gesamtbild über alle Leistungsbereiche vermittelt den Eindruck, dass im Bereich der Rehabilitation kaum Konzentrationstendenzen auszumachen sind.

Leistungsbereich <small>(Zuordnung nach Hauptdiagnose und Hauptkostenstelle)</small>	ITI Information Theory Index				Anzahl Leistungserbringer (Standorte) LE				Anteil Fälle LB an Total Fälle			
	2012	2014	2016	Δ ITI 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anzahl LE 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anteil Fälle 2012/2016
1 Muskuloskelettal	0.247	0.271	0.263		86	84	100		46.5%	45.5%	44.5%	
2 Neurologie/Paraplegie	0.730	0.778	0.786		85	84	98		16.8%	17.1%	17.1%	
3 Kardiologie	1.203	1.016	0.901		71	69	80		11.4%	11.5%	11.0%	
4 Pulmologie	1.059	0.951	0.929		75	75	89		7.6%	8.1%	8.6%	
5 internistisch	0.325	0.366	0.350		87	85	99		10.3%	11.1%	12.0%	
6 Psychosozial	1.588	1.593	1.486		66	71	82		3.8%	4.9%	4.5%	
9 übrige Reha	1.278	1.000	0.941		72	74	95		3.5%	1.9%	2.2%	

Abb. 51: Konzentration Rehabilitation nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Rehabilitation

3.6.3 Psychiatrie

Zwischen 2012 und 2016 ist schweizweit über alle Spitaltypen betrachtet, eine Tendenz zur **Spezialisierung** bei den psychiatrischen Kliniken auszumachen. Entgegen dieser Tendenz sinkt die Spezialisierung in den übrigen Kliniken.

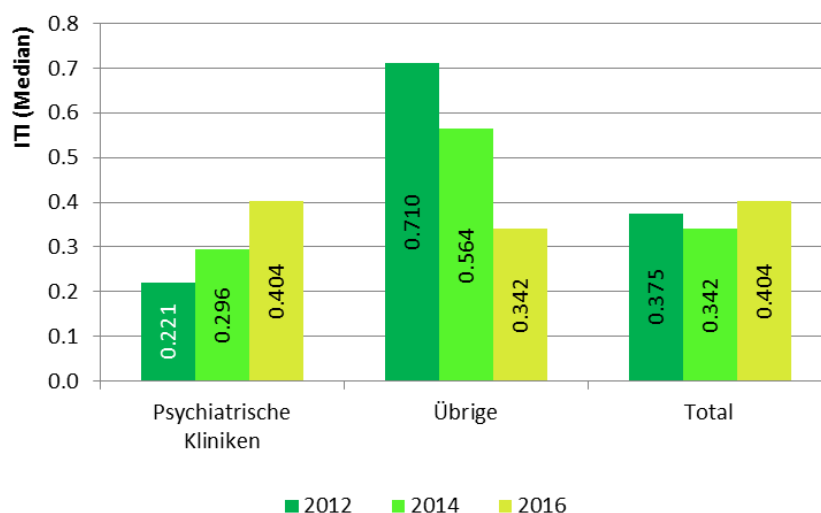


Abb. 52: Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016, Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Psychiatrie

Die jeweiligen Höchst- und Tiefstwerte je Jahr und Einrichtungs-Typologie in der Psychiatrie sind in Abb. 56 angegeben.

	Psychiatrische Kliniken			Übrige			Total		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
max	1.9094	2.6544	2.6575	2.7457	3.5490	3.2138	2.7457	3.5490	3.2138
min	0.0280	0.0181	0.0086	0.0342	0.0184	0.0050	0.0280	0.0181	0.0050

Abb. 56: Höchst- (max) und Tiefstwerte (min) des ITI 2012, 2014, 2016, Psychiatrie, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen

Die Einrichtung mit dem höchsten ITI (3.5490) und somit der höchsten Spezialisierung war im Jahr 2014 eine als Rehabilitationseinrichtung eingeordnete Klinik, die nur in 3 psychiatrischen Leistungsbereichen tätig war und in einem davon 98% ihrer Leistungen erbrachte. Die Einrichtung mit dem tiefsten Wert war eine Universitätsklinik, welche in allen psychiatrischen Bereichen tätig war.

Das nachfolgende Streudiagramm in Abb. 53 zeigt den Spezialisierungsgrad der einzelnen stationären Leistungserbringer im Bereich der Psychiatrie nach Spitaltyp.

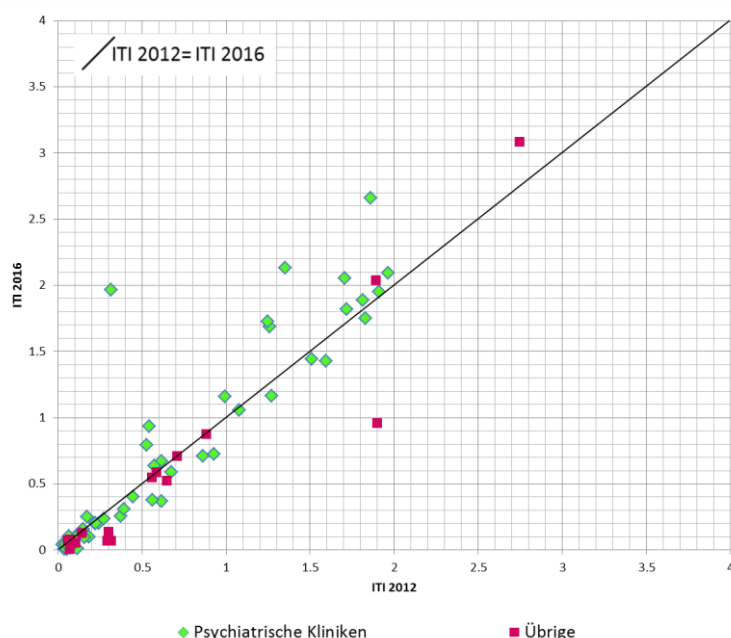


Abb. 53: Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI 2012 und 2016 Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich Psychiatrie; nur Standorte dargestellt, die zu beiden Zeitpunkten eine entsprechende Fallzahl aufwiesen.

In Abb. 54 ist der ITI (Median) nach rechtlich-wirtschaftlichem Status für die Standorte innerhalb der Psychiatrie dargestellt. Während die öffentlichen Kliniken ihr Angebot seit 2012 stets verbreiterten, ist bei den privaten Kliniken vor allem ab 2014 eine Spezialisierung feststellbar.

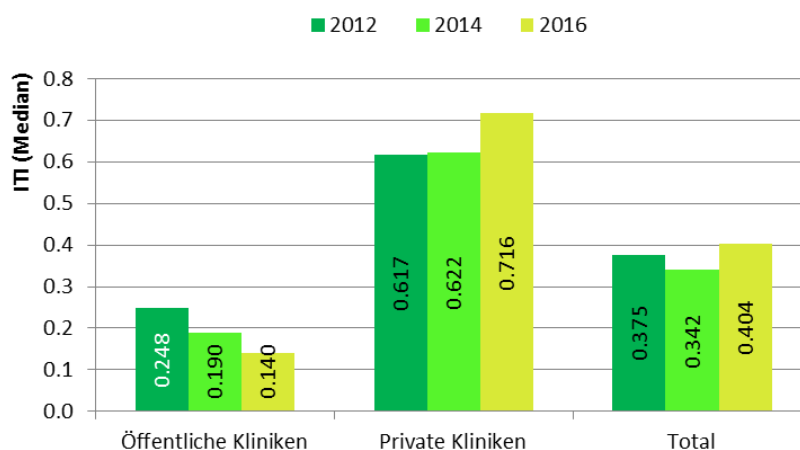


Abb. 54: Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.

Ein Blick auf die **Konzentrationsgrade** innerhalb der Diagnosebereiche zeigt durchgehend relativ konstante und tiefe ITI-Werte. Lediglich bei den „non-F-Diagnosen“ und bei der Sammelgruppe „übrige F-Diagnose“ sind höhere Konzentrationswerte beobachtbar. Da diese beiden Diagnosebereiche gemeinsam lediglich rund 7% des Gesamtvolumens betreffen, ist deren Einfluss auf das Gesamtbild marginal und vernachlässigbar. Die Anzahl an Leistungserbringern (Standorte) nimmt bei sechs der neun Diagnosegruppen deutlich zu, besonders stark ist der Anstieg bei den neurotischen Störungen und bei den übrigen F-Diagnosen.

Hauptdiagnose (ICD)	ITI Information Theory Index				Anzahl Leistungserbringer (Standorte) LE				Anteil Fälle LB an Total Fälle			
	2012	2014	2016	Δ ITI 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anzahl LE 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anteil Fälle 2012/2016
F0 - Organische Störungen	0.419	0.304	0.287		62	63	57		4.0%	4.3%	4.4%	
F1 - Alkohol	0.256	0.277	0.311		73	75	75		14.1%	13.7%	12.6%	
F2 - Schizophrenie	0.118	0.133	0.151		76	80	76		17.4%	17.2%	17.0%	
F3 - Affektive Störungen	0.126	0.107	0.118		81	87	87		27.5%	31.7%	31.5%	
F4 - Neurotische Störungen	0.160	0.142	0.144		76	83	86		12.2%	12.2%	13.3%	
F5 - übrige F-Diagnosen	0.790	0.585	0.514		76	77	87		6.4%	3.8%	4.0%	
F6 - Persönlichkeitsstörungen	0.191	0.193	0.141		76	77	81		7.5%	7.5%	6.9%	
F11-F19 - Drogen	0.28	0.35	0.377		69	72	75		7.7%	7.0%	7.0%	
non-F-Hauptdiagnose	0.426	0.675	1.200		58	55	53		3.2%	2.6%	3.1%	

Abb. 55: Konzentration Psychiatrie nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Psychiatrie

Es kann somit festgehalten werden, dass innerhalb des Versorgungsbereiches Psychiatrie anhand der ITI-Berechnungen für die hier angewendeten Diagnosebereiche kaum Konzentrationstendenzen zwischen 2012 und 2016 beobachtbar sind. Hingegen ist eine leichte Tendenz zu einer verstärkten Spezialisierung bei den Psychiatrischen Kliniken auszumachen.

3.6.4 Regionale Betrachtung

Bei den Ausprägungen der Spezialisierung und der Konzentration sind regionale Unterschiede festzustellen (vgl. hierzu die Tabellen in den separaten Anhängen A, R und P). Allerdings sind aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen die Regionen nicht vorbehaltlos miteinander zu vergleichen. Die Regionen Zürich und Zentralschweiz

weisen aufgrund ihrer geringen Anzahl Leistungserbringer im Bereich der Rehabilitation hohe Spezialisierungsgrade auf. Dies gilt in ähnlichem Masse auch für die Ostschweiz, die zwar über mehrere, aber spezialisierte Rehabilitationskliniken verfügt. Die Région Lémanique, in der neben Rehabilitationskliniken auch viele Akutspitäler im Bereich der Rehabilitation tätig sind, verfügt dagegen über einen tiefen Spezialisierungsgrad.

Die regionalen Unterschiede in der Akutsomatik und in der Psychiatrie sind weniger ausgeprägt.

3.6.5 Fazit zur Konzentration und Spezialisierung

Akutsomatik (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine schwache Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Universitäts- und Zentrumsspitäler mit breiterem Angebot gegenüber 2012
 - Während Hauptstandorte der Zentrumsspitäler einen abnehmenden Spezialisierungsgrad aufweisen, spezialisieren sich deren Nebenstandorte zunehmend;
 - Der Spezialisierungsgrad der Grundversorgungsspitäler zeigt sich praktisch unverändert gegenüber 2012, jedoch mit grosser Streuung innerhalb des Spitaltyps;
 - Klar höhere (gegenüber allen anderen Spitaltypen) und zunehmend im Steigen begriffene Spezialisierung der Spezialkliniken;
 - Öffentliche Spitäler mit sich verbreiterndem Angebot gegenüber 2012;
 - Private Spitäler mit gegenüber öffentlichen Spitälern deutlich höherer und im Steigen begriffener Spezialisierung.
- Zunehmende Konzentrationstendenzen hauptsächlich in Bereichen der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin feststellbar
 - IVHSM: Herztransplantationen, allogene Blutstammzelltransplantation und spezialisierte Viszeralchirurgie;
 - SPLGs mit Mindestfallzahlen: Gefässchirurgie, radikale Prostatektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat;
 - Andere spezialisierte Bereiche: spezialisierte Geburtshilfe und Neonatologie.

Rehabilitation (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine schwache Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Rehabilitationskliniken mit steigender Spezialisierung gegenüber 2016;
 - Sämtliche übrige Spitaltypen mit leicht breiterem (Akutspitäler, Geriatrische Spezialkliniken) oder stark verbreitertem Angebot (übrige Spezialkliniken);
 - Private Kliniken mit höherem Spezialisierungsgrad (als öffentliche Kliniken) und sich weiter verstärkender Spezialisierung;

- Schwache Konzentrationstendenzen lediglich bei der internistisch-onkologischen und neurologischen Rehabilitation (inkl. Paraplegiologie).

Psychiatrie (2012-2016)

- Gesamthaft, über alle Spitaltypen gesehen, ergeben die berechneten Index-Werte eine leichte Tendenz zur Spezialisierung, wobei
 - Psychiatrische Kliniken mit zunehmender Spezialisierungstendenz;
 - Alle anderen Spitaltypen mit sich stets verbreiterndem Angebot;
 - Private Kliniken mit klar höherem Spezialisierungsgrad (als öffentliche Kliniken) und sich weiter verstärkender Spezialisierung;
 - Öffentliche Spitäler mit stets breiterem Angebot gegenüber 2012.
- Kaum Konzentrationstendenzen innerhalb der Diagnosebereiche seit 2012 feststellbar.

Regionale Betrachtung (2012-2016)

- Unterschiede bei den Ausprägungen der Spezialisierung und der Konzentration zwischen den Grossregionen, welche u.a. auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zurückzuführen sind.

3.7 Zugang zu stationären, akutsomatischen Leistungen

3.7.1 Einleitung

In diesem Kapitel soll untersucht werden, ob und in welchem Ausmass sich der Zugang zu stationären Leistungen zwischen den Jahren 2010 und 2016 verändert hat.

Der „Zugang“ zu stationären Leistungen kann unter verschiedenen Sichtweisen betrachtet werden. Er kann als zeitliche Dimension (Wartezeiten) oder als geographische Dimension (Veränderung geographische Erreichbarkeit infolge Angebotskonzentration) bewertet werden. Die Sekundärdaten geben keine Hinweise auf den Zugang zu elektiven Eingriffen, da Wartezeiten von der Anmeldung bis zum Eingriff in den zur Verfügung stehenden Routinedaten nicht erhoben werden. Deshalb beschränken sich die vorliegenden Analysen auf die Veränderung der geographischen Dimension.

Gängige Praxis der Kantone zur Operationalisierung der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten ist die Berechnung der Fahrzeit zum nächstgelegenen Spital. Vor dem Hintergrund der im Vorkapitel beobachteten Konzentrationstendenzen erschien es zudem interessant, den Zugang zu spezialisierten Leistungen zu untersuchen. Die Analysen zur Leistungskonzentration innerhalb der Akutsomatik (vgl. Kapitel 3.6.1) ergaben jedoch, dass Konzentrationen hauptsächlich bei Spitalleistungsgruppen mit Mindestfallzahlen oder innerhalb der, durch die IVHSM³⁵ konzentrierten komplexen, hochspezialisierten

³⁵ Ein expliziter Haupttreiber der Bestrebungen von IVHSM und der Mindestfallzahlen ist die Steigerung der Bedarfsgerechtigkeit und Versorgungsqualität. Vgl. GDK (2014), Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), Artikel 1 Zweck, Absatz 1: „Die Kantone vereinbaren im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination und der Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ und Gesundheitsdirektion Zürich (2015), Seite 17. Die Erreichbarkeit der Versor-

Leistungen erfolgten. Sie enthalten zumeist geringe Fallvolumina und sind für die Betrachtung des Gesamtbildes nicht von vordringlicher Relevanz.

Somit ist in den nachfolgenden Auswertungen der Fokus ausschliesslich auf die Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen gerichtet. Neben einem kantonal vorgeschriebenen Notfallversorgungsauftrag mit allgemeiner Aufnahmepflicht von Patienten zeichnet sich eine anerkannte Notfallaufnahme unter anderem durch einen 24-Stundenbetrieb aus, welcher während 365 Tagen im Jahr aufrechterhalten wird. Zudem muss jederzeit bei notfallmässigem Eintritt eines Patienten die ärztliche Versorgung sichergestellt sein und je Notfallbett 0.5 Stellenprozente diplomiertes Pflegepersonal mit Zusatzausbildung zur Verfügung stehen. Neben dem öffentlichen Zugang (Pforte) besteht ein Notfalleingang mit Rettungsvorfahrt, welche von der Notfallstation bettengängig (stufenlos) erreicht werden kann.³⁶

Im nachfolgenden Kapitel werden die Veränderungen bezüglich der akutsomatischen Notfallversorgung für die Gesamtschweiz und für die sieben Grossregionen zwischen den Betrachtungsjahren 2010 und 2016 dargestellt und kommentiert.

3.7.2 Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannten Notfallaufnahmen – Gesamtschweiz

Bereits die Studie „Der Spitalmarkt im Wandel“ der Credit Suisse aus dem Jahr 2013 folgerte, dass die Schweiz über eine hervorragende Spitalerreichbarkeit verfüge.³⁷ Ein Grund hierfür ist auch die vergleichsweise hohe Spitaldichte, welche die Schweiz im OECD-Vergleich für das Jahr 2016 mit 33.8 Spitälern pro 1 Million Einwohner auf Platz 8 führt.³⁸ Bei diesem Ranking ist jedoch anzufügen, dass dabei sämtliche Krankenhäuser und nicht nur Allgemeinspitäler bzw. Akutspitäler eingeschlossen sind.

Der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten Notfallaufnahmen hat sich schweizweit zwischen den Jahren 2010 und 2016 kaum verändert. Im Jahr 2010 erreichten 86.7% der Bewohner das nächstgelegene Spital mit einer 24h-Notfallaufnahme innerhalb von 15 Minuten. Im Jahr 2016 sank der Anteil nur unwesentlich auf 86.4%. Lediglich 0.7% der Wohnbevölkerung benötigten im Jahr 2016 eine Fahrzeit von mehr als 30 Minuten, um notfallmässig in einem Spital mit einer anerkannten 24h-Notfallaufnahme behandelt zu werden. Dies ist gegenüber 2010 ein Rückgang um 0.1% Prozentpunkte (vgl. Tabelle 6).

gungsleistung in nützlicher Frist ist sowohl als Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit als auch der Versorgungsqualität zu verstehen.

³⁶ Vgl. BFS (2013), Detailkonzept Krankenhausstatistik Version 1.1, Seite 18.

³⁷ Vgl. Credit Suisse (2013), Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel, Seite 27.

³⁸ https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, abgerufen am 05.07.2018.

Fahrzeit	Wohnbevölkerung 2010		Wohnbevölkerung 2016	
	absolut	in %	absolut	in %
bis 15 Minuten	6'883'296	86.7%	7'336'425	86.4%
15 bis 20 Minuten	726'218	9.2%	787'871	9.3%
20 bis 30 Minuten	265'376	3.3%	300'723	3.5%
über 30 Minuten	61'634	0.8%	63'397	0.7%
Total	7'936'524	100.0%	8'488'416	100.0%

Tabelle 6: Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannter 24h-Notfallaufnahme 2010 und 2016

Die Anzahl der Spitäler bzw. Spitalstandorte mit anerkannten 24h-Notaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle stieg im Betrachtungszeitraum (2010 – 2016) von insgesamt 120 auf 125 an. Sechs Standorte, welche 2010 noch 24h-Notfallaufnahmen betrieben, gaben diese bis ins Jahr 2016 auf, dabei handelt es sich um Standorte, die in der Zwischenzeit geschlossen wurden oder durch eine Fusion mit anderen Spitälern auf den Betrieb einer 24h-Notfallstation verzichteten. 11 Spitäler, die im Jahr 2010 noch keine entsprechende Notfallstation betrieben, bieten im Jahr 2016 einen 24-Stunden-Notfallservice an. Dabei handelt es sich zumeist um Privatkliniken, die im Zuge der Bewerbung um einen Spitalistenplatz ebenfalls eine Notfallversorgung zur Sicherstellung der Aufnahmepflicht zu betreiben haben.

Dass sich die Erreichbarkeit trotz einer höheren Anzahl von Spitälern mit 24h-Notfallaufnahmen im Jahr 2016 gegenüber 2010 marginal verschlechtert hat, lässt sich damit begründen, dass sich die „neuen“, zumeist privaten Spitäler mit Notfallstationen zu einem grossen Teil in urbanem Gebiet befinden, wohingegen die zwischen 2010 und 2016 eingestellten Notfallaufnahmen tendenziell in ruralen Gegenden lokalisiert waren.

In den nachstehenden Abb. 56 und Abb. 57 ist die Erreichbarkeit der Notfallaufnahmen für die Jahre 2010 und 2016 kartografisch dargestellt. Die Spitalstandorte sind mit roten Punkten versehen, die Erreichbarkeit in Fahrminuten ist in grüner Farbe (je dunkelgrüner desto geringer ist die Fahrzeit) vermerkt. Die Bevölkerungsdichte ist mit schwarzen Punkten in die Karten eingearbeitet.

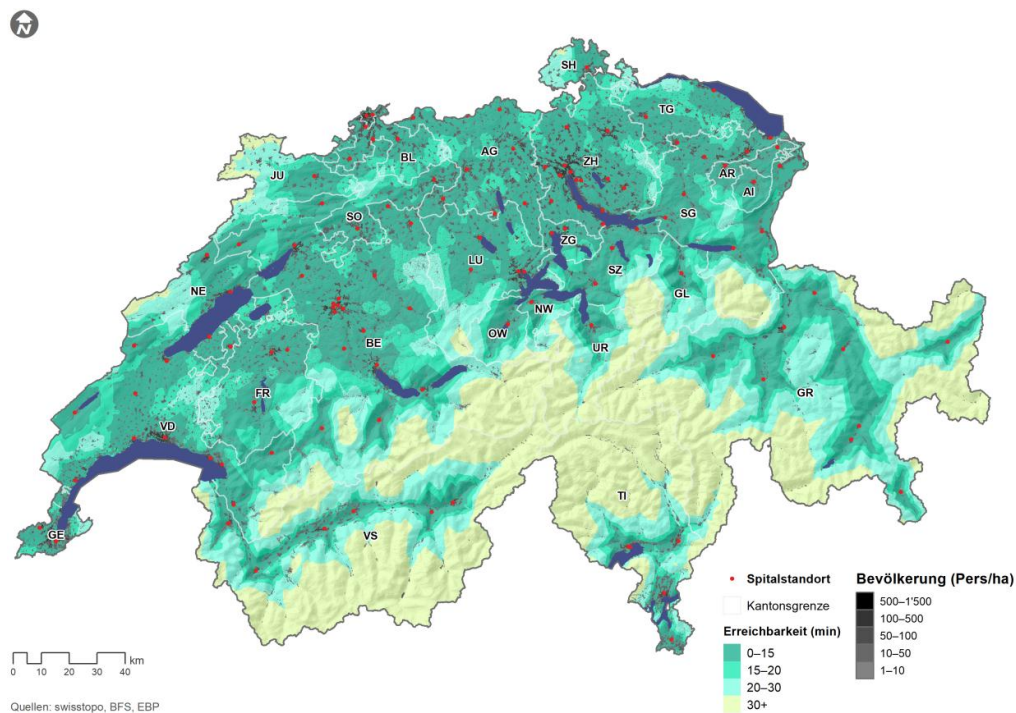


Abb. 56: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2010; Karte

Vergrösserte Karten finden sich im separaten Anhang E (Erreichbarkeit).

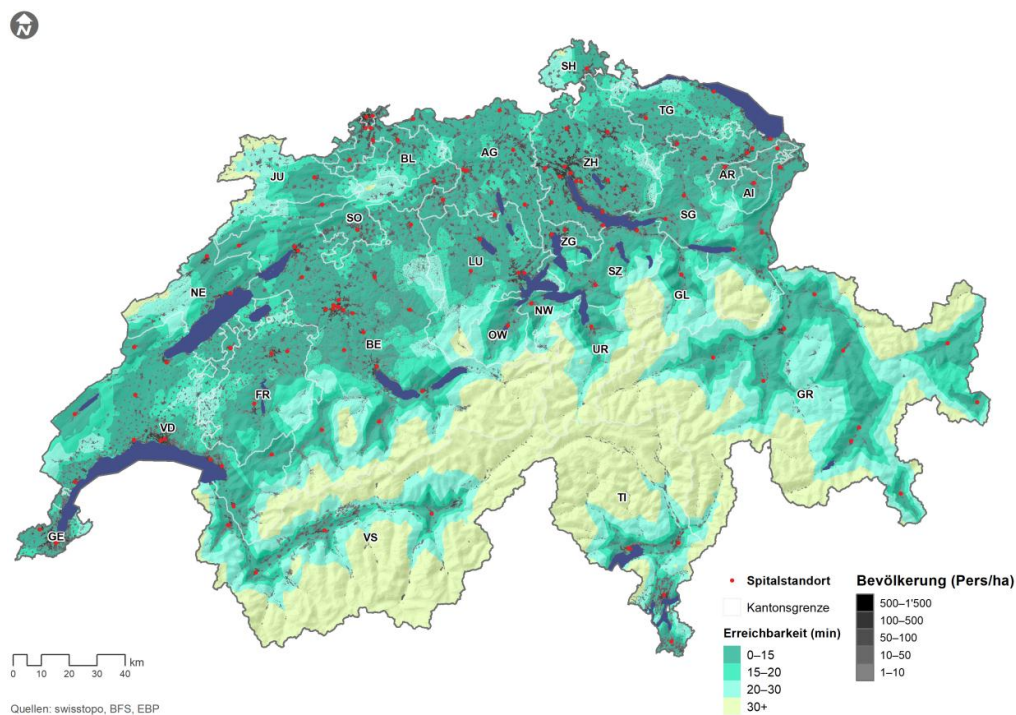


Abb. 57: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeit 2016; Karte.

3.7.3 Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannten Notfallaufnahmen nach Grossregion

Auf Ebene der Grossregionen zeigt sich, dass in jeder Grossregion mindestens 95% der Einwohner die nächstgelegene 24h-Notaufnahme innerhalb von 30 Minuten erreichen. In den Grossregionen Zürich (93.8%) und Nordwestschweiz (90.7%) liegt der Bevölke-

rungsanteil, der das nächste Spital mit einer 24h-Notfallaufnahme innert 15 Minuten erreicht, am höchsten. In den Grossregionen Ostschweiz (79.4%), Espace Mittelland (78.6%) und Ticino (77.2%) liegt der entsprechende Anteil unter 80%.

Einzig in den Grossregionen „Région Lémanique“ und „Espace Mittelland“ verschlechterte sich die Erreichbarkeit innerhalb des betrachteten Zeitraumes geringfügig (vgl. Tabelle 7). Die entsprechenden Verschiebungen innerhalb der Zeitraster sind bei diesen beiden Regionen wiederum auf Schliessungen von Spitälern bzw. 24h-Notfallstationen in peripheren Gebieten bei gleichzeitigem Neubetrieb von Notfallstationen in urbanen Gebieten zurückzuführen.

Grossregion	bis 15 Minuten			15 - 20 Minuten			20 - 30 Minuten			über 30 Minuten		
	Bevölkerung	%	Diff 2010/16	Bevölkerung	%	Diff 2010/16	Bevölkerung	%	Diff 2010/16	Bevölkerung	%	Diff 2010/16
Région Lémanique	1'342'292	82.6%	-1.4%P	171'686	10.6%	0.5%P	85'301	5.2%	0.7%P	25'978	1.6%	0.2%P
Espace Mittelland	1'479'270	78.6%	-2.1%P	224'745	11.9%	0.1%P	135'729	7.2%	-1.3%P	41'920	2.2%	0.7%P
Nordwest-Schweiz	1'040'251	90.7%	0.3%P	99'464	8.7%	-0.3%P	6'604	0.6%	0.0%P	-	0.0%	0.0%P
Zürich	1'399'266	93.8%	0.1%P	72'205	4.8%	0.0%P	20'665	1.4%	-0.1%P	-	0.0%	0.0%P
Ostschweiz	935'650	79.4%	0.3%P	170'361	14.5%	0.0%P	56'610	4.8%	-0.1%P	15'847	1.3%	-0.2%P
Zentralschweiz	679'306	84.2%	0.0%P	76'740	9.5%	0.1%P	45'794	5.7%	-0.1%P	4'874	0.6%	0.0%P
Ticino	276'375	77.2%	0.3%P	35'244	9.8%	0.2%P	28'638	8.0%	-0.2%P	17'603	4.9%	-0.3%P

Tabelle 7: Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannter 24h-Notfallaufnahme 2016 nach Grossregionen.

Die kartografischen Darstellungen zur Erreichbarkeit je Grossregion findet sich im separaten Anhang E (Erreichbarkeit).

3.7.4 Zusammengefasste Erkenntnisse

- 86.4% der Wohnbevölkerung erreichte im Jahr 2016 das nächstgelegene Spital mit einer 24h-Notaufnahme innerhalb von 15 Minuten, 95.7% innerhalb von 20 Minuten und 99.7% innerhalb von 30 Minuten.
- Die Erreichbarkeit von Spitälern mit einer 24h-Notfallaufnahme zeigt sich im Jahr 2016 praktisch unverändert gegenüber dem Jahr 2010.
- Die Spitalerreichbarkeit – betrachtet anhand der Fahrzeit zur nächstgelegenen anerkannten 24h-Notfallaufnahme eines Spitals – kann auch 2016 und somit 5 Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung weiterhin als sehr gut bezeichnet werden.
- Einzig in den beiden Grossregionen Région Lémanique und Espace Mittelland ist die Erreichbarkeit zwischen 2010 und 2016 geringfügig verschlechtert.

Literatur

- BAG. (2012-2016). Kennzahlen der Schweizer Spitäler. Abgerufen am 04. 08 2018 von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html> (neu: www.bag.admin.ch/kzss)
- BAG. (23. 05 2014). Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Abgerufen am 04. 08 2018 von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- BFS. (1999). Die sieben Grossregionen der Schweiz. Die Schweiz im europäischen Regionalsystem. Pressemitteilung. Neuchâtel.
- BFS. (Februar 2001). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Rechtlich-wirtschaftlicher Status der Betriebe. Von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/230514/master> abgerufen
- BFS. (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie. Neuchâtel, Version 4.0.
- BFS. (2013). Krankenhausstatistik. Detailkonzept. Version 1.1. Neuchâtel.
- B,S,S. (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Verfasst von Michael Lobsiger und Miriam Frey.
- Credit Suisse. (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel.
- econcept/LENZ. (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), folgt 2019, Zürich.
- Evans, R., & Walker, H. (1972). Information theory an the analysis of hospital cost structure. *Canadian Journal of Economics*. Vol. 5(3), S. 398-418.
- Fahrmeier, Künstler, & Pigeot. (2001). Statistik. Springer-Verlag.
- Farley, D. E. (kein Datum). Measuring casemix specialization and the concentration of diagnoses in hospitals using information theory. *Journal of Health Economics*. Vol. 8(2), S. 185ff.
- GDK. (2014). Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. (Dezember 2015). Gesundheitsversorgung 2015. Zürich.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. (2016). Handbuch PRISMA.
- Han-Sung, K., Young-Hoon, K., Jung-Sik, W., & Sook-Jung, H. (2015). An Analysis of Organizational Performance Based on Hospital Specialization Level and Strategy Type. *PLoSOne*. Vol. 10(7).

- INFRAS. (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der Spitalleistungen. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Jörg, R., & Rufli, R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme – Schlussbericht. Bern.
- OECD. (2018). OECD.Stat. Abgerufen am 05. 07 2018 von https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- Oggier, W., Pellanda, G., & Rossi, G. R. (2017). 20 Jahre KVG: Rück- und Ausblick für die Rehabilitation. Schriftenreihe der SGGP 132.
- Tirole, J. (1988). Short-run price competition. In J. Tirole, The theory of industrial organization (S. 209-2038). Cambridge: MIT Press.
- Zwanziger, J., Melnick, G., & Simonson, L. (1996). Differentiation and specialization in the California Hospital Industry 1983 to 1988. Medical Care. Vol 34(4), S. 361ff.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Untersuchungsperioden je Analysebereich	15
Tabelle 2: Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen	16
Tabelle 3: Analyse der Standortänderungen Akutsomatik nach Kanton.....	26
Tabelle 4: Analyse der Standortänderungen Rehabilitation nach Kanton.....	28
Tabelle 5: Analyse der Standortänderungen Psychiatrie nach Kanton.....	30
Tabelle 6: Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannter 24h-Notfallaufnahme 2010 und 2016	79
Tabelle 7: Erreichbarkeit von Spitälern mit anerkannter 24h-Notfallaufnahme 2016 nach Grossregionen.	81
Tabelle 8: Veränderung Marktanteil nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik.....	90
Tabelle 9: Veränderung der Anzahl SPLG nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik....	90
Tabelle 10: Veränderung ITI (Median) nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik.....	91

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Spitallandschaft; Quelle: Krankenhausstatistik 2010-2016; STATPOP; Darstellung gemäss Jörg R., Rufli R, (2016), Seite 55).....	23
---	----

Abb. 2:	Anzahl Betriebe & Standorte 2011–2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen. Bemerkung: Ausschluss von Betrieben und Standorten mit <30 akutsomatischen Fällen pro Jahr.	25
Abb. 3:	Anzahl Betriebe und Standorte Rehabilitation mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen.....	27
Abb. 4:	Anzahl Betriebe und Standorte Psychiatrie mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen.....	29
Abb. 5:	Anzahl Standorte Geriatrie mit minimal 30 stationären Austritten p.a., 2011 – 2016 Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Berechnungen. ..	31
Abb. 6:	Anzahl und Veränderung der betriebenen Spitalbetten nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2011 und 2016. Quelle: BFS Krankenhausstatistik 2011-2016...	31
Abb. 7:	Anteil akutsomatische Fälle nach SPLG und Spitaltyp – 2012 und 2016; Zuordnung gemäss Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Bemerkung: Die Balken für das Basispaket und den Bewegungsapparat chirurgisch reichen teilweise über die gewählte Skala hinaus. Zugunsten einer besseren Visualisierung aller Leistungsbereiche wurden die Balken bei 20% abgeschnitten, die effektiven Anteils-Werte jedoch hinzugefügt. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60).....	34
Abb. 8:	Anteil akutsomatische Fälle nach SPLG und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2012 und 2016 Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Die Balken für das Basispaket und den Bewegungsapparat chirurgisch reichen teilweise über die gewählte Skala hinaus. Es gelten die jeweils angegebenen Anteils-Werte.	35
Abb. 9:	Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen: Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche sowohl 2012 als auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.	36
Abb. 10:	Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen: Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche sowohl 2012 als auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Zuordnung nach Spitaltyp 2012.	37
Abb. 11:	Anteil Reha-Fälle nach Leistungsbereich und Spitaltyp – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	38
Abb. 12:	Anteil Reha-Fälle nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	39

Abb. 13:	Anteil Fälle Psychiatrie nach Leistungsbereich und Spitaltyp – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	40
Abb. 14:	Anteil Psychiatrie-Fälle nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	40
Abb. 15:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 bis 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016.....	42
Abb. 16:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016 Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	43
Abb. 17:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und Leistungsbereich – 2012 und 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	44
Abb. 18:	Marktanteile Akutsomatik nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.	45
Abb. 19:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 & 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen. Bemerkung: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.	46
Abb. 20:	Marktanteile Rehabilitation nach Spitaltypen – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	47
Abb. 21:	Marktanteile Rehabilitation nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	48
Abb. 22:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen und Leistungsbereich – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	48
Abb. 23:	Marktanteile Rehabilitation nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	49
Abb. 24:	Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltypen – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	50
Abb. 25:	Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltypen und rechtlich-wirtschaftlichem Status – 2010 bis 2016 Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016.....	51
Abb. 26:	Marktanteile Psychiatrie nach Spitaltyp und Leistungsbereich – 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.....	52

Abb. 27:	Marktanteile Psychiatrie nach Leistungsbereich und rechtlich-wirtschaftlichem Status 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Darstellung angelehnt an Jörg R., Ruffin R, (2016), Seite 60ff.	53
Abb. 28:	Marktanteile Geriatrie 2010 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	54
Abb. 29:	Marktanteile Geriatrie 2010 bis 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	54
Abb. 30:	Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion und Gesamtschweiz, Akutsomatik, 2010 und 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	57
Abb. 31:	Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Akutsomatik, 2010-2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	58
Abb. 32:	Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Akutsomatik, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	58
Abb. 33:	Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion und Gesamtschweiz, Rehabilitation, 2010 und 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	59
Abb. 34:	Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Rehabilitation, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010 und 2016. Eigene Darstellung.....	60
Abb. 35:	Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Rehabilitation, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	60
Abb. 36:	Anteile der Versicherungsklassen nach Grossregion und Gesamtschweiz, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	61
Abb. 37:	Verteilung der Versicherungsklassen nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010 und 2016. Eigene Darstellung.....	62
Abb. 38:	Anteile der Versicherungsklassen je rechtlich-wirtschaftlichen Status, Psychiatrie, 2010 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016. Eigene Darstellung.....	62
Abb. 39:	Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Akutsomatik; Zuordnung nach Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Ferner	

	wurden Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets ausgeschlossen.	65
Abb. 40:	Höchst- (max) und Tiefstwerte (min) des ITI 2012, 2014, 2016, Akutsomatik, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.	66
Abb. 41:	Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI (Median) 2012, und 2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets; nur Standorte dargestellt, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren. Zuordnung nach Spitaltyp 2012.	66
Abb. 42:	Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012, 2014 und 2016 Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.	67
Abb. 43:	Konzentration Akutsomatik nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.	68
Abb. 44:	Anteil Fälle in Spitälern unterhalb der Mindestfallzahlen, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012, 2014 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen.	69
Abb. 45:	Veränderung der Anteil Fälle unterhalb der Mindestfallzahlen nach SPLG, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen.	70
Abb. 46:	Veränderung der Anzahl Standorte, die in einer SPLG mit Mindestfallzahlen Leistungen erbringen, Akutsomatik, Gesamtschweiz, 2012 & 2016. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen.	70
Abb. 47:	Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Rehabilitation; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Rehabilitation. ..	71
Abb. 48:	Höchst- (max) und Tiefstwerte (min) des ITI 2012, 2014, 2016, Rehabilitation, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.	71
Abb. 49:	Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI 2012 und 2016 Rehabilitation. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets; nur Standorte dargestellt, die zu beiden Zeitpunkten eine entsprechende Fallzahl aufwiesen.	72
Abb. 50:	Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012 und 2016 Rehabilitation; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016,	

	eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.	72
Abb. 51:	Konzentration Rehabilitation nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Rehabilitation.....	73
Abb. 52:	Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016, Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Psychiatrie	73
Abb. 53:	Spezialisierung nach Standort & Spitaltyp nach ITI 2012 und 2016 Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich Psychiatrie; nur Standorte dargestellt, die zu beiden Zeitpunkten eine entsprechende Fallzahl aufwiesen.	74
Abb. 54:	Spezialisierung nach rechtlich-wirtschaftlichem Status und nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Psychiatrie; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016, eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <10 Fällen p.a. ausserhalb des Basispakets.	75
Abb. 55:	Konzentration Psychiatrie nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen; Bemerkungen: Ausschluss von Standorten mit <30 Fällen p.a. im Bereich der Psychiatrie	75
Abb. 56:	Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2010; Karte.....	80
Abb. 57:	Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeit 2016; Karte.....	80
Abb. 58:	Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2010; Karte (Grossformat) ..	92
Abb. 59:	Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2016; Karte (Grossformat) ..	93

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis Related Groups
GD	Gesundheitsdirektion
GR1-7	Grossregionen 1-7
HHI	Herfindahl Hirschmann Index
HKST	Hauptkostenstelle
ICD	International Classification of Diseases
ITI	Information-Theory-Index
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MAD	Mittlere Aufenthaltsdauer
MDC	Major Diagnostic Categories
MFZ	Mindestfallzahl
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
pp	Prozentpunkte
SPLG	Spitalleistungsgruppe
ST Reha	stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation
TARPSY	gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie

Anhang

A-1 Tabellen und Graphiken

Code	Bezeichnung	Marktanteile (Mittelwert)		
		2012	2016	Δ 2016/2012
K111	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	16.6%	17.1%	0.4%
K112	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	39.9%	39.7%	-0.1%
	<i>Zentrumsversorgung Hauptstandorte</i>	26.8%	27.5%	0.7%
	<i>Zentrumsversorgung Nebenstandorte</i>	13.0%	12.2%	-0.8%
K121	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	14.8%	14.5%	-0.3%
K122	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	17.1%	16.7%	-0.3%
K123	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	4.5%	4.4%	-0.1%
K231	Spezialklinik: Chirurgie	4.3%	4.9%	0.6%
K232	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	0.4%	0.3%	-0.1%
K233	Spezialklinik: Pädiatrie	1.5%	1.5%	0.0%
K234	Spezialklinik: Geriatrie	0.1%	0.1%	0.0%
K235	Spezialklinik: Diverse	0.9%	0.9%	0.0%

Tabelle 8: Veränderung Marktanteil nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen. Bemerkungen: Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.

Code	Bezeichnung	Anzahl SPLG (Mittelwert)		
		2012	2016	Δ 2016/2012
K111	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	111.0	110.2	-0.8
K112	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	69.1	67.0	-2.2
	<i>Zentrumsversorgung Hauptstandorte</i>	81.8	80.1	-1.6
	<i>Zentrumsversorgung Nebenstandorte</i>	58.0	55.4	-2.7
K121	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	66.3	63.0	-3.2
K122	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	54.5	54.8	0.3
K123	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	33.9	31.5	-2.4
K231	Spezialklinik: Chirurgie	21.6	20.4	-1.2
K232	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	22.5	21.5	-1.0
K233	Spezialklinik: Pädiatrie	70.0	71.7	1.7
K234	Spezialklinik: Geriatrie	25.0	24.0	-1.0
K235	Spezialklinik: Diverse	12.7	13.1	0.3

Tabelle 9: Veränderung der Anzahl SPLG nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen. Bemerkungen: Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.

Code	Bezeichnung	ITI (Median)		
		2012	2016	Δ 2016/2012
K111	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	0.118	0.100	-0.018
K112	Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	0.179	0.157	-0.022
	<i>Zentrumsversorgung Hauptstandorte</i>	<i>0.152</i>	<i>0.099</i>	<i>-0.053</i>
	<i>Zentrumsversorgung Nebenstandorte</i>	<i>0.203</i>	<i>0.320</i>	<i>0.117</i>
K121	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	0.181	0.138	-0.043
K122	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	0.191	0.182	-0.008
K123	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	0.431	0.512	0.081
K231	Spezialklinik: Chirurgie	1.100	1.184	0.084
K232	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	0.566	0.894	0.328
K233	Spezialklinik: Pädiatrie	0.300	0.288	-0.012
K234	Spezialklinik: Geriatrie	0.528	0.493	-0.035
K235	Spezialklinik: Diverse	0.871	1.037	0.166

Tabelle 10: Veränderung ITI (Median) nach Spitaltyp 2012 und 2016, Akutsomatik. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen. Bemerkungen: Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Es wurden nur Standorte in die Analyse geschlossen, welche über den gesamten Betrachtungszeitraum existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig zuordenbar waren.

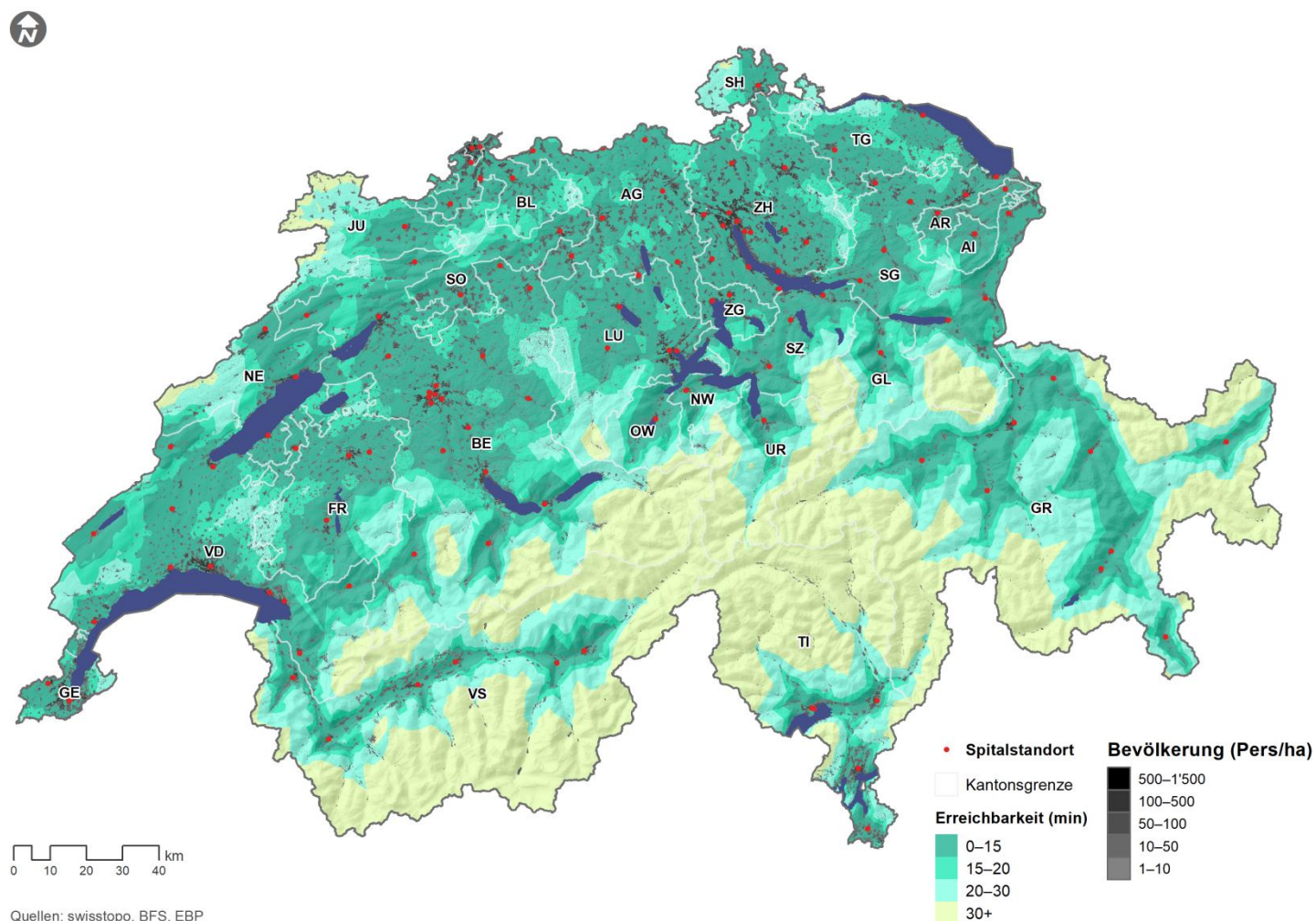


Abb. 58: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2010; Karte (Grossformat)

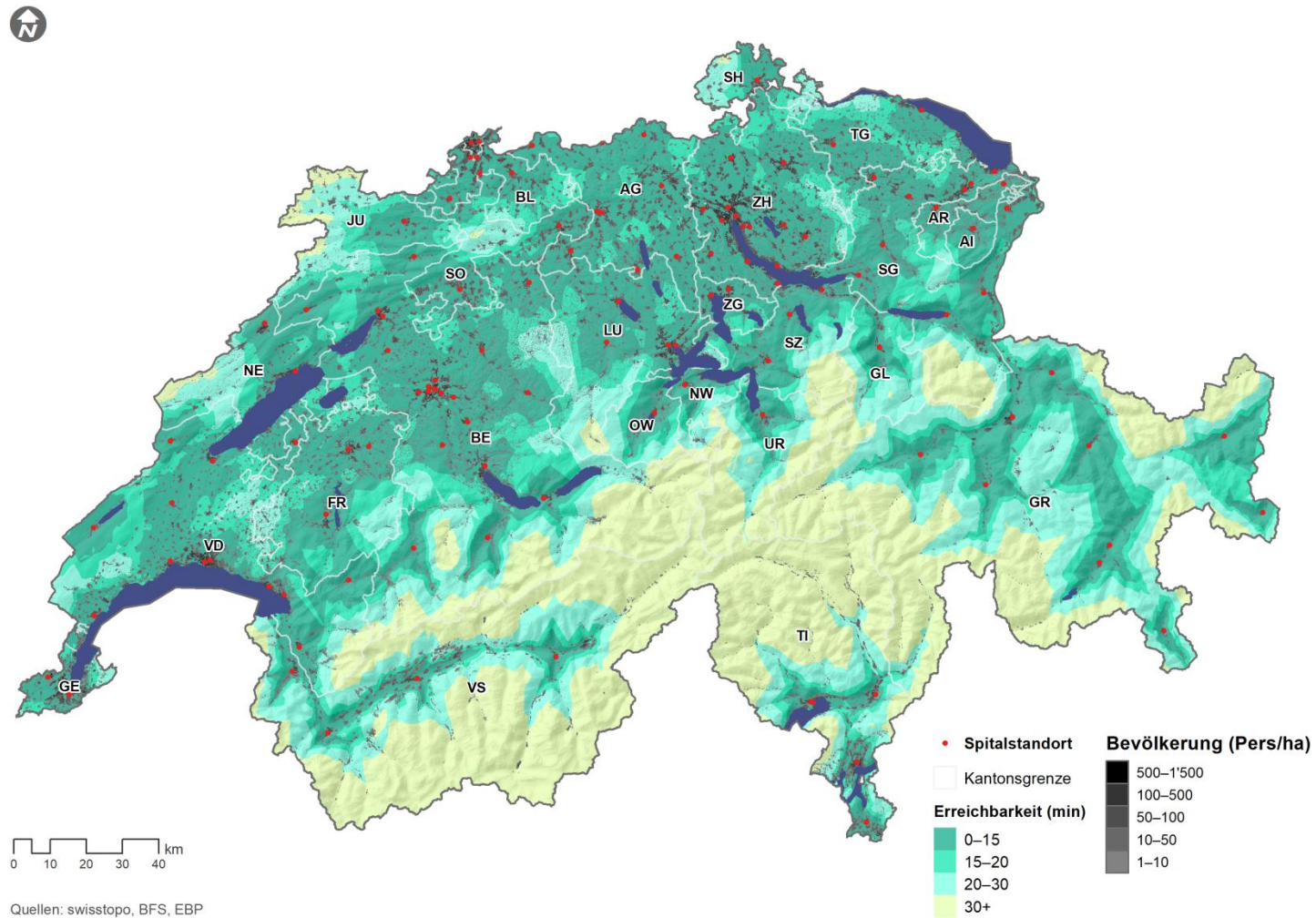


Abb. 59: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2016; Karte (Grossformat)