



# Planungsbericht Spitalversorgung 2012 / 2020

Vorlage des Regierungsrates  
an den Kantonsrat Schaffhausen  
vom 18. September 2012



# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Ausgangslage, Ziele, Vorgehen .....</b>	<b>9</b>
1.1 Bundesrechtliche Ausgangslage .....	9
1.2 Bisherige Schaffhauser Spitalplanung und Spitalliste.....	10
1.3 Projekt Spitalplanung 2012 / 2020 .....	11
1.4 Koordination mit anderen Kantonen.....	12
1.5 Abstimmung auf die Investitionsplanung der Spitäler Schaffhausen .....	13
1.6 Neufassung der Pflegeheimliste .....	14
<b>2. Grundlagen und Evaluationskriterien .....</b>	<b>15</b>
2.1 Medizinische Daten .....	15
2.2 Demografische Entwicklung.....	15
2.3 Evaluationskriterien .....	17
<b>3. Akutsomatik .....</b>	<b>21</b>
3.1 Leistungsbereiche.....	21
3.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage .....	22
3.3 Analyse nach Altersgruppen .....	26
3.4 Einflussfaktoren für die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung .....	28
3.5 Bedarfsprognose bis 2020 .....	30
3.6 Versorgungsstrategie.....	32
3.7 Spezielle Leistungsbereiche .....	35
3.8 Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013 .....	40
<b>4. Psychiatrie.....</b>	<b>41</b>
4.1 Datenbasis und Methodik .....	41
4.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage .....	42
4.3 Datenanalyse des Psychiatriezentrums Schaffhausen.....	43
4.4 Bewertung der stationären Belegungswerte im interkantonalen Vergleich .....	45
4.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	46
4.6 Alterspsychiatrie .....	47
4.7 Versorgungsstrategie.....	47
4.8 Prognose der Bedarfsentwicklung bis 2020 .....	50
4.9 Schaffhauser Spitalliste 2013 Psychiatrie .....	52

<b>5. Rehabilitation .....</b>	<b>53</b>
5.1 Leistungsbereiche.....	53
5.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage .....	56
5.3 Schnittstellen zur Akut- und Übergangspflege .....	59
5.4 Bedarf an Rehabilitationsleistungen 2020 .....	60
5.5 Versorgungsstrategie.....	60
5.6 Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation 2013 .....	62
<b>6. Übergangs- und Langzeitpflege .....</b>	<b>64</b>
6.1 Ausgangslage und Handlungsbedarf .....	64
6.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage .....	64
6.3 Versorgungsstrategie und Gestaltung der Pflegeheimliste 2013 .....	68

## **Anhang**

Anhang 1	Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013	71
Anhang 1a	Leistungsaufträge Kantonsspital Schaffhausen und Belair	72
Anhang 2	Schaffhauser Spitalliste Psychiatrie 2013	73
Anhang 3	Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation 2013	74
Anhang 4	Schaffhauser Pflegeheimliste 2013	75
Anhang 5	Tabellenverzeichnis	76
Anhang 6	Abbildungsverzeichnis	78

# Zusammenfassung

## **Inhalt und Ziele des Berichtes**

Der vorliegende Planungsbericht umschreibt im Sinne des kantonalen Spitalgesetzes (Art. 4) sowie des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes (Art. 2 Abs. 2) den aktuellen Stand der Spital- und Heimversorgung der Schaffhauser Kantonsbevölkerung, die absehbaren Veränderungen des Bedarfs und der Angebote bis zum Jahr 2020 sowie die Strategie des Regierungsrates zur künftigen Sicherstellung der Versorgung (Entwicklungsziele).

Der Bericht zur Versorgungsplanung bildet die Grundlage für den Erlass einer neuen Spitalliste im Sinne des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Auf der Spitalliste sind die Spitäler und Kliniken zu bezeichnen, die für die Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Zudem sind deren Leistungsaufträge im Rahmen von definierten medizinischen Leistungsgruppen näher zu umschreiben. Bei den Pflegeheimen ist nach den neuen Vorgaben die zugelassene Bettenkapazität festzulegen (Art. 39 KVG, Art. 58b KVV).

Im Weiteren bildet der vorliegende Planungsbericht eine wichtige Grundlage für die Investitionsplanung der kantonalen Spitäler Schaffhausen. Die diesbezüglichen Zusammenhänge sind formell allerdings nicht Gegenstand des aktuellen Berichts. Sie werden erst in der entsprechenden Kreditvorlage, die dem Kantonsrat im zweiten Halbjahr 2014 zugeleitet werden soll, in vertiefter und aktualisierter Form konkret darzulegen sein.

## **Aktueller Stand der Spitalversorgung**

Im Zentrum der Spitalplanung gemäss KVG stehen die stationären Leistungen, die mit einer mindestens einmaligen Übernachtung im Spital verbunden sind. Angesichts der engen sachlichen Bezüge sind daneben allerdings auch die ambulanten Spitalleistungen zu beachten. Aufgrund der veränderten Behandlungsmethoden hat der Anteil dieser Leistungen in den letzten Jahren stark zugenommen: Von den Ausgaben der Krankenversicherer für Spitalleistungen (ohne Kantonsbeiträge und Zusatzkosten Privatpatienten) betreffen heute schon mehr als 40 % den ambulanten Bereich; die Tendenz ist weiterhin steigend.

Im Jahr 2010 weist die Statistik 11'613 stationäre Spitalbehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen aus, die sich wie folgt auf die inner- und ausserkantonalen Spitäler verteilen:

	<b>Total Austritte</b>	<b>Anteil Spitäler SH</b>	<b>Anteil Klinik Belair</b>	<b>Ausserkant. Spitäler</b>
Akutsomatik	10'061	7'014	930	2'117
Psychiatrie	680	519	-	161
Rehabilitation	872	411	-	461
<b>TOTAL</b>	<b>11'613</b>	<b>7'944 (68 %)</b>	<b>930 (8 %)</b>	<b>2'739 (24 %)</b>

**Tabelle 1: Stationäre Spitalbehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen (Austritte 2010, ohne Übergangs- und Langzeitpflege Spitäler Schaffhausen)**

In der somatischen Akutversorgung decken die beiden Spitäler auf Kantonsgebiet zusammen 79 % der Fälle ab (70 % Kantonsspital + 9 % Klinik Belair). Von den ausserkantonalen Behandlungen entfällt rund die Hälfte auf Leistungen von Universitäts- und Zentrumsspitalern bzw. Spezialkliniken, die im Kanton nicht angeboten werden. Die andere Hälfte betrifft Leistungen der Grundversorgung, die nach Wahl der Patienten oder in Notfällen in ausserkantonalen Spitalern beansprucht werden. In der Psychiatrie entfällt derzeit rund ein Viertel der stationären Versorgung (Fälle) auf ausserkantonale Kliniken (Akut + Rehabilitation, ohne Langzeitpflege). In der somatischen Rehabilitation liegt der Anteil ausserkantonomer Kliniken bei 53 %.

### ***Bedarfsentwicklung bis 2020***

Die Bedarfsentwicklung bei Spitalleistungen wird im Wesentlichen beeinflusst durch die demografische Entwicklung (Bevölkerungszahlen der verschiedenen Altersgruppen), die Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie den medizinischen Fortschritt (Verfügbarkeit neuer Behandlungsmethoden).

Bei der Gesamtzahl der Kantonsbevölkerung wird bis 2020 nur mit einem bescheidenen Wachstum gerechnet. Die Relation zwischen den Generationen wird sich allerdings weiter verändern: Bei den Personen unter 60 Jahren wird in den nächsten Jahren ein leichter Rückgang erwartet. Die Zahl der Personen über 60 Jahre wird dagegen um durchschnittlich rund 1,5 % jährlich zunehmen. Da ältere Personen die Spitäler weit überproportional beanspruchen müssen, wird dies zu einem spürbaren Wachstum des Spitalleistungsbedarfs führen.

Seit dem Inkrafttreten des KVG (1996) sind die über die obligatorische Krankenversicherung finanzierten Gesundheitskosten durchschnittlich um mehr als 4 % pro Jahr gestiegen. Der Anstieg der Spitalkosten lag - unter Mitberücksichtigung der Kantonsbeiträge - in der gleichen Grössenordnung. Die Steigerung ist nur zu kleinen Teilen auf Tarif- und Preisanpassungen zurückzuführen. Die Hauptursache liegt vielmehr in einer kontinuierlichen Ausweitung des Leistungsvolumens, wobei die ambulanten Spitalleistungen klar überproportional betroffen waren. Im stationären Bereich wurden die Mengensteigerungen dagegen zu erheblichen Teilen durch eine Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer kompensiert.

Unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren muss auch für die kommenden Jahre mit einem realen Wachstum der Spitalleistungen in der Grössenordnung von 2 - 3 % pro Jahr gerechnet werden. Aufgrund der medizinisch-technischen Entwicklungen sowie der betriebswirtschaftlichen Anreize der neuen KVG-Regeln wird erwartet, dass dieser Zuwachs ohne Ausweitung der stationären Bettenbestände aufgefangen werden kann (Verlagerung weiterer Leistungen in den ambulanten Bereich und weitere Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer).

### ***Versorgungsstrategie Akutsomatik***

Die Versorgungsstrategie des Regierungsrates für die akutsomatische Spitalversorgung unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei Haupt-Leistungsarten:

- Alle Leistungsbereiche, die enge Bezüge zur Notfallversorgung aufweisen und/oder auf die Verfügbarkeit einer Intensivpflegestation angewiesen sind, bleiben im Sinne klar definierter Strukturen auf das Kantonsspital Schaffhausen und auf die öffentlichen Spitäler des Kantons Zürich, die mit diesem eng zusammenarbeiten, konzentriert (Universitäts-spitaler USZ, Kinderspital und Balgrist, Kantonsspital Winterthur, Stadtspital Triemli Zürich, Spital Bülach). Im Sinne der Wirtschaftlichkeit und der Qualität wird damit eine koordinierte Leistungserbringung mit eingespielten Versorgungsketten erreicht und eine unnötige Aufblähung der Kosten für Investitionen und Vorhalteleistungen vermieden.

- Bei den Leistungsbereichen mit seltenen Bezügen zur Notfallversorgung und Hauptausrichtung auf sogenannte Wahleingriffe (elektive Leistungen) sind demgegenüber keine einschränkenden Planungseingriffe vorgesehen. Nach den neuen Regeln des KVG wird hier vielmehr erwartet, dass sich die einzelnen Spitäler ihre Positionen in einem weitgehend offenen, kantonsübergreifenden Wettbewerb aufgrund der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen selbst sichern müssen. In diesem Sinne ist vorgesehen, beiden Spitälern auf Schaffhauser Kantonsgebiet (Kantonsspital und Klinik Belair) die Möglichkeit offen zu halten, in allen bisher gepflegten elektiven Leistungsbereichen weiterhin tätig zu bleiben (Aufnahme auf die Spitalliste im Rahmen der bisherigen Leistungsspektren).

Eine besondere Bedeutung für die weitere Zukunftsentwicklung wird dem Ausbau der Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Winterthur beigemessen, das für die Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung schon heute in verschiedenen Bereichen eine wichtige Rolle spielt (Onkologie, Neurochirurgie, Augen u.a.). Im Gegenzug zur integralen Aufnahme des Kantonsspitals Schaffhausen auf die Zürcher Spitalliste ist vorgesehen, das Kantonsspital Winterthur mit seinem ganzen Leistungsspektrum auf die Schaffhauser Spitalliste aufzunehmen. Dies kann als Basis dienen für eine Ausweitung der bereits bestehenden Kooperationen der beiden Kantonsspitäler auch auf weitere ausgewählte Fachbereiche (z.B. interventionelle Kardiologie).

Die Aufnahme der genannten Spitäler auf die Schaffhauser Spitalliste dokumentiert den beidseitigen Willen zur Kooperation und sichert den Schaffhauser Patienten in jedem Fall eine gleichberechtigte Aufnahme mit Einwohnern des Standortkantons. Daneben bleiben nach den neuen KVG-Regeln zur Spitalfinanzierung auch alle anderen ausserkantonalen Spitäler für Schaffhauser Patientinnen und Patienten frei zugänglich, soweit deren Tarife die Referenzwerte der entsprechenden Spitäler auf der Schaffhauser Spitalliste nicht übersteigen.

### ***Versorgungsstrategie Psychiatrie***

In der Psychiatrie entfällt ein grosser Teil der erbrachten Leistungen auf Personen mit chronischen Erkrankungen (inkl. Suchtprobleme mit langfristigem Behandlungsbedarf). Die Unterstützung dieser Personen bleibt oft nicht auf medizinische Massnahmen beschränkt, die dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen sind. Vielmehr sind daneben häufig auch Fragen der beruflichen und sozialen Integration sowie der wirtschaftlichen Existenzsicherung zu klären. Dabei sind neben Fachpersonen des Gesundheitswesens innerhalb und ausserhalb der Spitäler oft auch Organe der Sozialhilfe sowie Heime und Einrichtungen für Behinderte involviert. Dem entsprechend kommt einer optimierten Arbeitsteilung und Vernetzung aller betroffenen Stellen für die Qualität und die Effizienz der Versorgung eine zentrale Bedeutung zu.

In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen und die Betreuungskonzepte im Psychiatriebereich und im sozialen Umfeld stark gewandelt. Auch die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, welche die Integrationschancen von Menschen mit vorübergehenden oder dauernden Leistungsschwächen beeinträchtigen, sowie der veränderte Umgang der Invalidenversicherung mit psychisch kranken Personen haben stark auf den Psychiatriebereich zurückgeschlagen. Zudem sind auch die Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich, die mit der Klinik in einem direkten Wechselspiel stehen (Spitex u.a.), einem raschen Wandel unterworfen.

Aufgrund der dargelegten Problemlage wird der Regierungsrat vor Ende 2012 eine interdisziplinäre Projektgruppe einsetzen mit dem Auftrag, ein umfassendes neues Psychiatriekonzept für den Kanton Schaffhausen zu erarbeiten. Bis zum Vorliegen dieses Konzeptes ist eine Weiterführung der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der bisherigen Strukturen vorgesehen.

## ***Versorgungsstrategie Rehabilitation***

Die stationäre Rehabilitation basiert in der Schweiz traditionell zu grossen Teilen auf Spezialkliniken in ländlichen Räumen, die mehrheitlich durch private Trägerschaften betrieben werden. Die relative Bedeutung dieser Einrichtungen ist allerdings eher rückläufig. Viele Behandlungen, die früher noch stationär durchgeführt wurden, werden zunehmend durch ambulante Therapien ersetzt, die naturgemäss wohnortnah durchgeführt werden müssen. Zudem entfällt ein namhafter Teil des verbleibenden stationären Bedarfs auf betagte Personen mit vielschichtigen gesundheitlichen Einschränkungen, deren Betreuung eine umfassende Spital-Infrastruktur benötigt. Dem entsprechend ist derzeit ein landesweiter Trend feststellbar, neue Rehabilitationszentren mit unmittelbarem Anschluss an Akutspitäler aufzubauen.

Die Spitäler Schaffhausen haben sich frühzeitig auf diese Entwicklung eingestellt. Neben ambulanten Angeboten für die kardiale, pulmonale und muskuloskelettale Rehabilitation besteht in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Kantonsspital schon seit mehreren Jahren ein qualifiziertes stationäres Angebot, das fast die Hälfte des kantonalen Rehabilitationsbedarfs abdeckt. Dieses Angebot soll weiter gepflegt und bedarfsgerecht gestärkt werden.

In Ergänzung zu diesem innerkantonalen Angebot ist vorgesehen, 9 ausserkantonale Rehabilitationskliniken mit spezialisierten Leistungsaufträgen auf die Schaffhauser Spitalliste aufzunehmen. Die Auswahl der Kliniken erfolgt - gesondert nach der jeweiligen fachlichen Ausrichtung - mehrheitlich aufgrund der bisherigen Beanspruchung durch Schaffhauser Patientinnen und Patienten. Die übrigen Rehabilitationskliniken bleiben für Schaffhauser Patientinnen und Patienten nach den neuen KVG-Regeln zur Spitalfinanzierung weiterhin frei zugänglich, soweit deren Tarife den Rahmen der entsprechenden Schaffhauser Listenspitäler nicht übersteigen.

## ***Pflegeheim-Liste***

Neben der Spitalliste muss der Kanton gemäss KVG auch eine Liste der Pflegeheime erstellen, die zur Versorgung der Bevölkerung benötigt werden und mit Kostenbeiträgen der Krankenversicherer zu finanzieren sind. Die bisherige Schaffhauser Heimliste ist im gleichen Erlass des Regierungsrates enthalten wie die Spitalliste. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Spitalliste ist deshalb auch die Heimliste zu aktualisieren.

Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze im Kanton Schaffhausen entfällt auf die Alters- und Pflegeheime, die nach den Vorgaben des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes mit Leistungsaufträgen der Gemeinden betrieben werden. Die Planungen der Gemeinden wurden vom Kanton (Departement des Innern) geprüft und genehmigt. Die Angebote sind bedarfsgerecht und werden im Rahmen der bestehenden Kapazitäten in die Heimliste übernommen. Der absehbare Bedarfszuwachs an Pflegeleistungen, der aufgrund der Zunahme der betagten Bevölkerung erwartet werden muss, soll nach den Grundsätzen des kantonalen Altersleitbildes primär durch den Ausbau ambulanter Pflegeangebote aufgefangen werden (Spitex, Alterswohnungen).

Neben den Alters- und Pflegeheimen sind auch die Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen (Pflegezentrum und Langzeit-Psychiatrie) sowie zwei private Heime für Menschen mit psychischen Einschränkungen auf der Schaffhauser Heimliste aufgeführt. Die weitere Berücksichtigung dieser Einrichtungen auf der Heimliste ist unbestritten. Die benötigten Kapazitäten, die nach den neuen bundesrechtlichen Vorgaben definiert werden müssen, werden vorerst allerdings erst als befristete Werte eingesetzt, die sich an den aktuellen Belegungsanteilen durch Personen mit Wohnsitz im Kanton Schaffhausen orientieren. Die Werte werden im Rahmen des neuen Psychiatriekonzeptes sowie der aktuellen Investitionsplanung der Spitäler Schaffhausen überprüft und anschliessend den aktualisierten Erkenntnissen anzupassen sein.

# 1. Ausgangslage, Ziele, Vorgehen

## 1.1 Bundesrechtliche Ausgangslage

Die Kantone haben gemäss Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG Planungen für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung durchzuführen und gestützt darauf nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitallisten zu erlassen.

Als Spitäler gelten nach Gesetz „Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen“.

Zusätzlich zu den Spitälern besteht eine analoge Planungspflicht auch für Pflegeheime, die Leistungen mit finanziellen Beitragspflichten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinne des KVG erbringen, sowie für Geburtshäuser.

Bei der Planung der Kantone sind einheitliche Kriterien zu beachten, die vom Bundesrat auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit auf Verordnungsstufe festgelegt wurden. Die Kantone haben ihre Planungen zu koordinieren. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

Aufgrund einer Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 gelten seit Jahresbeginn 2012 veränderte Regeln der Spitalfinanzierung und modifizierte Vorgaben zur Versorgungsplanung. Insbesondere besteht neu auf der Basis eines national einheitlichen Tarifsystems (diagnosebezogene Fallpauschalen / DRG) eine verstärkte Mitfinanzierungspflicht der Kantone bei Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern und in Privatkliniken. Daraus ergibt sich eine erhöhte Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten über die Kantonsgrenzen hinaus und ein verstärkter Wettbewerb unter den Spitälern.

Die Kantone sind verpflichtet, ihre Spitalplanungen und Spitallisten bis spätestens 1. Januar 2015 zu überarbeiten und den neuen gesetzlichen Bestimmungen anzupassen. Im Gegensatz zu den bisherigen Planungen sind dabei nicht prioritär die Kapazitäten zu planen, sondern die fachlichen Leistungsbereiche, in denen die einzelnen Spitäler tätig sind.

Die Bedeutung der Planungen und der in den Spitallisten festgehaltenen Leistungsaufträge ist für verschiedene Spitäler bzw. Spitaltypen unterschiedlich:

- Bei den Spitälern auf Kantonsgebiet (kantonale Spitäler Schaffhausen und Hirslanden Klinik Belair) entscheidet der Kanton im Rahmen der Spitalliste abschliessend darüber, in welchen Leistungsbereichen bzw. Leistungsgruppen in Zukunft eine uneingeschränkte Berechtigung zur Leistungsverrechnung gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung besteht.
- In Leistungsbereichen, die in den Spitälern auf Kantonsgebiet nach den Kriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit nicht hinlänglich abgedeckt werden können, müssen ausserkantonale Spitäler in die Planung einbezogen werden. Die betroffenen Spitäler werden in jenen Bereichen, in denen sie Leistungsaufträge haben, den innerkantonalen Spitälern bezüglich Finanzierung und Zugänglichkeit gleichgestellt.
- Ausserkantonale Spitäler mit Spitallisten-Leistungsauftrag des Standortkantons, die nicht auf die Schaffhauser Spitalliste aufgenommen werden, sind für Schaffhauser Kantons-

einwohnerinnen und -einwohner gleichwohl frei zugänglich, wenn ihre Tarife tiefer oder gleich hoch sind wie in den Spitälern mit Leistungsauftrag.

- Bei ausserkantonalen Spitälern mit höheren Tarifen, die nicht auf die Schaffhauser Spitalliste aufgenommen werden, bleiben die Beiträge der Krankenkassen und des Kantons dagegen auf die Summe begrenzt, die bei Behandlung in einem auf der Schaffhauser Spitalliste aufgeführten Spital zu zahlen wäre. Die Zusatzkosten gehen in diesen Fällen wie bisher zu Lasten der Patientinnen und Patienten bzw. der von ihnen abgeschlossenen Zusatzversicherungen.

## **1.2 Bisherige Schaffhauser Spitalplanung und Spitalliste**

Die geltende Spitalliste des Kantons Schaffhausen beruht im Wesentlichen auf Planungen, die in den Jahren 1996 und 1997 durchgeführt wurden, und ist seit dem 1. Januar 1998 in Kraft.<sup>1</sup> Sie wurde in den zurückliegenden Jahren mehrmals punktuell aktualisiert und den veränderten Verhältnissen angepasst.

Auf der bestehenden Spitalliste werden die Leistungsbereiche der Spitäler Schaffhausen und der Klinik Belair summarisch umschrieben. Zudem werden jene ausserkantonalen Spitäler erwähnt, die für die Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung besonders bedeutsam sind und mit denen besondere Verträge abgeschlossen wurden.

Für Leistungsbereiche, die in den kantonalen Spitälern nicht hinlänglich abgedeckt sind und für die in der Spitalliste auch keine anderen Spitäler ausdrücklich genannt werden, gilt bisher eine offene Regelung: Alle ausserkantonalen Spitäler sind zugelassen, die einen Leistungsauftrag des jeweiligen Standortkantons haben und auf dessen Spitalliste aufgeführt sind. Die Prüfung, ob die medizinischen Voraussetzungen im genannten Sinne gegeben sind, erfolgt hierbei individuell im Rahmen von Kostengutsprachen des Kantonsarztes.

Mit dem Spitalgesetz vom 22. November 2004<sup>2</sup> wurden im Kanton Schaffhausen neue Vorgaben zur Spitalplanung geschaffen, welche die bundesrechtlichen Vorgaben ergänzen und konkretisieren. In Art. 4 des Spitalgesetzes sind folgende Regeln festgelegt:

### *Art. 4, Spitalplanung*

<sup>1</sup> Der Regierungsrat legt dem Kantonsrat einmal pro Legislaturperiode einen Bericht betreffend den Stand der Spitalplanung zur Genehmigung vor. Der Bericht bezeichnet und umschreibt insbesondere:

- a) den aktuellen Stand der Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung;
- b) die absehbaren Veränderungen des Bedarfs und der Angebote;
- c) die Entwicklungsziele für das Spitalangebot.

<sup>2</sup> Die Planung beinhaltet eine Evaluation der beanspruchten bzw. in Frage kommenden Leistungsanbieter. Dabei sind insbesondere die Versorgungsqualität für die Gesamtheit der

---

<sup>1</sup> Verordnung über die Zulassung von Spitälern und Heimen zur obligatorischen Krankenversicherung vom 23. Dezember 1997 (SHR 832.151)

<sup>2</sup> SHR 813.100

Kantonsbevölkerung, die Wirtschaftlichkeit sowie die Erreichbarkeit zu berücksichtigen. Der Koordination mit den Planungen anderer Kantone und Regionen ist die nötige Beachtung zu schenken.

<sup>3</sup> In spezialisierten Bereichen, wo der Kapazitätsbedarf des Kantons Schaffhausen bescheiden und die Versorgung im national bestehenden Versorgungsnetz gewährleistet ist, kann auf spezifische kantonale Planungsaussagen verzichtet werden.

#### *Art. 5, Spitalliste*

<sup>1</sup> Der Regierungsrat erlässt die nach Leistungsaufträgen gegliederte Spitalliste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG

<sup>2</sup> Die Spitalliste wird periodisch überprüft und bei Bedarf den veränderten Gegebenheiten angepasst. Dabei dienen die Planungsberichte gemäss Art. 4 als Grundlage

<sup>3</sup> Die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste kann abhängig gemacht werden von der Erfüllung spezieller Auflagen, wie z.B. der Zugänglichkeit für Personen ohne überobligatorischen Versicherungsschutz, der Beteiligung am regionalen Notfalldienst, der Beteiligung an der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Berufen des Gesundheitswesens und der Bereitstellung von Daten zur Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit .

Die genannten Bestimmungen des kantonalen Spitalgesetzes wurden erlassen in der Erwartung eines baldigen Inkrafttretens der revidierten bundesrechtlichen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung. Bei der Bereinigung der Bundesvorgaben ergaben sich dann allerdings grössere Verzögerungen. Deshalb wurde auch die Überarbeitung der Schaffhauser Spitalplanung hinausgeschoben, um unnötige Planungen unter ungeklärten bundesrechtlichen Voraussetzungen zu vermeiden. Nach der Klärung der bundesrechtlichen Voraussetzungen per 1. Januar 2012 sind die Voraussetzungen zur Überarbeitung nun gegeben.

### **1.3 Projekt Spitalplanung 2012 / 2020**

Nach den Übergangsbestimmungen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung muss die kantonale Spitalplanung spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen entsprechen. Betroffen von den neuen Bundesvorgaben sind die stationären Spitalleistungen im akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Bereich.

Die Erarbeitung der kantonalen Spitalplanung 2012 / 2020 umfasst die folgenden Verfahrensschritte:

1. Systematische Analyse der aktuellen Spitalversorgung der Schaffhauser Bevölkerung auf der Basis einer geklärten, auf die bundesrechtlichen Anforderungen und die Praxis anderer Kantone abgestimmten Methodik;
2. Ermittlung des bis 2020 erwarteten Bedarfs an stationären Spitalleistungen unter Berücksichtigung der erwarteten Entwicklung der Bevölkerung (Einwohnerzahl und Altersstruktur), der medizinisch-technischen und epidemiologischen Veränderungen sowie der absehbaren Veränderungen der Behandlungskonzepte aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen;
3. Evaluation der für die künftige Leistungsabdeckung in Frage kommenden Spitäler unter Berücksichtigung der bundesrechtlichen Kriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit;

4. Festlegung der Leistungsaufträge an die Spitäler, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung der Wohnbevölkerung gesichert werden kann;
5. Erlass der darauf basierenden neuen Spitalliste.

Der vorliegende Planungsbericht beinhaltet die Ergebnisse der drei erstgenannten Verfahrensschritte. Zudem wird die Versorgungsstrategie des Regierungsrates dargelegt, nach der die künftigen Leistungsaufträge der Spitäler und die neue Spitalliste gestaltet werden sollen.

Ein Entwurf dieses Berichts wurde den an der Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung beteiligten Spitalern, den vor- und nachgelagerten Partnern des regionalen Gesundheitswesens sowie den Gemeinden und den Nachbarkantonen zur Stellungnahme unterbreitet. Zudem wurde er auch der Gesundheitskommission des Kantonsrates zur Kenntnisnahme und Vorberatung unterbreitet.

Im Rahmen der Vernehmlassung zum Entwurf des Planungsberichts vom November 2011 sind Stellungnahmen der hauptbetroffenen Spitäler, der Ärztesgesellschaft und des Hausärzte-Vereins Schaffhausen, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie mehrerer Gemeinden eingegangen. Nach Auswertung der Vernehmlassung wurde der Bericht überarbeitet. Neben den schriftlich eingegangenen Stellungnahmen wurden dabei auch die Forderungen nach inhaltlichen Ergänzungen und Präzisierungen, die im Kantonsrat mit Blick auf die Planungen zur baulichen Erneuerung der Spitäler Schaffhausen vorgebracht wurden, berücksichtigt.

Die Tabellen zur aktuellen Versorgungslage wurden im Rahmen der Überarbeitung des Berichtes mehrheitlich aktualisiert aufgrund von neueren statistischen Daten, die zwischenzeitlich verfügbar geworden sind. Zudem wurden die Erläuterungen zur Methodik des Vorgehens gegenüber der Vernehmlassungs-Vorlage redaktionell gestrafft. Die allgemeinen Ausführungen zur Versorgungsstrategie, die im Entwurf erhalten waren, wurden ersetzt durch detailliertere Ausführungen zur Evaluation der versorgungsrelevanten Spitäler und zur konkreten Gestaltung der Spitalliste.

Der bereinigte Planungsbericht wird dem Kantonsrat gemäss Art. 4 des Spitalgesetzes zur Beratung und Genehmigung unterbreitet und wird nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen im Sinne von Art. 5 des Spitalgesetzes die Grundlage bilden für den Erlass der Spitalliste durch den Regierungsrat.

#### **1.4 Koordination mit anderen Kantonen**

Die vorliegende Planung ist im Sinne der bundesrechtlichen Vorgaben (Art. 58a KVV) primär auf den Leistungsbedarf der Schaffhauser Wohnbevölkerung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Daneben sind allerdings auch die Leistungen, welche die Spitäler auf Schaffhauser Kantonsgebiet zugunsten von Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnort erbringen, mit einzubeziehen. Zudem drängt sich auch eine Mitberücksichtigung der Leistungen, die im Rahmen der übrigen Sozialversicherungen erbracht werden, auf (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung).

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV ist die Planung mit den anderen Kantonen zu koordinieren. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im vorliegenden Bericht werden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme berücksichtigt.

Die Abstimmung auf die Planungen anderer Kantone erfolgte auf der Basis von Empfehlungen, die im Rahmen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeitet wurden, sowie der Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 (SHR 813.110), welche für die Koordination der Spitalplanung und die Zusammenarbeit unter den Ostschweizer Kantonen weiter konkretisierte Regeln definiert.

Zentral für die interkantonale Koordination ist die gemeinsame Festlegung auf eine einheitliche Gruppierung der medizinischen Leistungen bei der statistischen Erhebung des Ist-Zustandes und bei der Definition der Leistungsaufträge an die einzelnen Spitäler im Rahmen der kantonalen Spitallisten. Diese methodische Abstimmung erlaubte auch eine effiziente Datenaufbereitung nach einheitlichem Muster und die Übernahme von Prognosemodellen, die von grossen Kantonen mit erheblichem wissenschaftlichem Aufwand erarbeitet wurden.

Die Datenaufbereitung für den vorliegenden Planungsbericht erfolgte in enger Kooperation mit der Abteilung Spitalplanung der Zürcher Gesundheitsdirektion. Insbesondere wurden die vom Bund erhobenen Daten der medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik von den Zürcher Experten für den Kanton Schaffhausen nach der gleichen Methodik aufgearbeitet wie für die eigene kantonale Planung. In der Folge wurden die Daten durch das Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen plausibilisiert und wo nötig durch ergänzende Abklärungen bei einzelnen Spitälern und anderen Partnerkantonen ergänzt. Für die Aufbereitung der Daten und die Klärung von spezifischen Einzelfragen wurde ergänzend die Firma Curanovis Care Management, Brugg, die auch andere Kantone bei der Bearbeitung ihrer Planungsberichte unterstützt hat, beigezogen.

Ein Teil der Kantone - darunter die beiden Nachbarkantone Zürich und Thurgau - haben die Überarbeitung ihrer Planungen im Sinne der neuen bundesrechtlichen Vorgaben bereits im Jahre 2011 abgeschlossen und ihre neurechtlichen Spitallisten per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt. Dieses beschleunigte Verfahren wurde vor allem von jenen Kantonen gewählt, in denen zahlreiche Privatspitäler tätig sind, deren Status unter den neurechtlichen Bedingungen dringend geklärt werden musste. Andere Kantone - in der Ostschweiz zum Beispiel St. Gallen und Graubünden - nehmen sich dagegen mehr Zeit und werden ihre Planungen unter voller oder weitgehender Nutzung der bundesrechtlichen Übergangsfristen bis Ende 2014 überarbeiten. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Planungen auf aktuelleren Statistik-Daten abgestützt werden und insbesondere erste Erfahrungen mit den neuen Tarif- und Finanzierungsregeln mit berücksichtigt werden können.

Für den Kanton Schaffhausen erweist es sich als besonders vorteilhaft, dass die Planungen der Nachbarkantone Zürich und Thurgau abgeschlossen sind und die dortigen neurechtlichen Spitallisten vorliegen. Die Listen basieren auf der Evaluation aller für die Versorgung dieser Kantone relevanten Spitäler bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit und können somit auch für die anstehenden Entscheide im Kanton Schaffhausen als wichtige Grundlagen dienen.

### **1.5 Abstimmung auf die Investitionsplanung der Spitäler Schaffhausen**

Rund 70 % der Spitalversorgung der Schaffhauser Bevölkerung basiert derzeit auf den Leistungen der Spitäler Schaffhausen, die als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt im Eigentum des Kantons formiert sind. Bei der baulichen Infrastruktur der Spitäler Schaffhausen zeichnet sich ein grösserer Erneuerungsbedarf ab. Die Planung der Renovationen und Ersatzbauten ist eng auf die Versorgungsplanung und die künftige Gestaltung der Spitalliste abzustimmen.

Die Spitäler Schaffhausen haben aufgrund ihrer betrieblichen Bedürfnisse sowie der in den zurückliegenden Jahren entwickelten Unternehmensstrategie eine Masterplanung für die langfris-

tigen Entwicklungsoptionen der baulichen Infrastruktur entwickelt. Die Eckwerte der Masterplanung wurden in enger Kooperation mit den betroffenen Departementen des Kantons erarbeitet und mit dem Regierungsrat abgestimmt. Insbesondere wurden die maximalen Zielwerte der Bettenkapazität und der übrigen Nutzflächen auf den Stand der Versorgungsplanung, wie er im Vernehmlassungsentwurf des Departementes des Innern vom November 2011 dargelegt wurde, ausgerichtet.

Gestützt auf die Masterplanung der Spitäler und die ergänzenden Abklärungen der betroffenen kantonalen Fachstellen hat der Regierungsrat am 31. Januar 2012 eine Orientierungsvorlage über die Planungen zur baulichen Erneuerung der Spitäler Schaffhausen zuhanden des Kantonsrates verabschiedet und einen Planungskredit in der Höhe von 2,9 Mio. Franken beantragt. Der Kantonsrat hat den Kredit am 11. Juni 2012 mit 37 : 3 Stimmen genehmigt. Die Mittel sind für die Durchführung eines Planungswettbewerbs zur Sanierung des Kantonsspitals (Akutso-matik) und zur Erarbeitung eines Vorprojektes für eine erste Erneuerungsetappe (Neubau Untersuchungs- und Behandlungstrakt) bestimmt.

Mit der Genehmigung des Planungskredites hat sich der Kantonsrat im Grundsatz für den Weiterbestand eines kantonalen Spitals mit einem breiten Leistungsangebot der erweiterten Grundversorgung ausgesprochen. In Bezug auf die stationäre Zielkapazität (Bettenzahl) sowie die Dimensionierung der weiteren Nutzflächen wurden allerdings noch keine abschliessenden Entscheide gefällt. Vielmehr wird erwartet, dass der anstehende Planungswettbewerb - ausgehend von den Rahmenvorgaben der Masterplanung - auch Varianten mit reduzierten Kapazitäten ausweisen wird, die flexible Anpassungen an allfällige Modifikationen der Versorgungsplanung bzw. neuere Erkenntnisse der Marktentwicklung zulassen.

### **1.6 Neufassung der Pflegeheimliste**

Nach den Vorgaben des KVG haben die Kantone neben dem Spitalbereich auch für die Pflegeheime, deren Leistungen durch Kostenbeiträge der obligatorischen Krankenversicherung mitfinanziert werden, eine Versorgungsplanung sowie eine Liste der zugelassenen Institutionen zu erstellen. Die aktuelle Pflegeheim-Liste des Kantons Schaffhausen ist im gleichen Erlass des Regierungsrates enthalten wie die Spitalliste (SHR 832.151). Im Rahmen der Totalrevision der Spitalliste drängt es sich deshalb auf, zugleich auch die Heimliste zu überprüfen und den aktuellen Verhältnissen anzupassen.

Die Schaffhauser Heimliste umfasst drei Typen von Institutionen:

1. die Übergangs- und Langzeitpflegeabteilungen der kantonalen Spitäler Schaffhausen;
2. 17 Alters- und Pflegeheime, die mit Leistungsaufträgen der Gemeinden die Betreuung von pflegebedürftigen Betagten nach den Vorgaben des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes wahrnehmen (13 gemeindeeigene Heime und 4 Heime mit privater Trägerschaft);
3. zwei private Heime mit Leistungsschwerpunkten in der psychiatrischen Langzeitpflege, die nur zu begrenzten Anteilen durch Einwohner des Kantons Schaffhausen belegt sind und darüber hinaus auf ein kantonsübergreifendes Einzugsgebiet ausgerichtet sind.

Für die Überarbeitung der Heimliste im Bereich der Alterspflege kann auf die Planungen zurückgegriffen werden, die von den Gemeinden im Rahmen ihrer Zuständigkeit gemäss Altersbetreuungs- und Pflegegesetz erstellt wurden. Die Planungen für die Langzeitabteilungen der Spitäler sowie für die spezialisierten Psychiatrieheime sind dagegen vom Kanton in Abstimmung auf die Spitalplanung materiell zu überprüfen.

## 2. Grundlagen und Evaluationskriterien

### 2.1 Medizinische Daten

Für die Analyse der stationären Spitalbehandlungen wurde auf die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BfS) zurückgegriffen. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung.

Für die akutsomatischen Spitalleistungen erlauben die Daten der Medizinischen Statistik eine differenzierte Auswertung nach Diagnosegruppen und Behandlungsarten. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie sind die Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen dagegen relativ unscharf und werden von den Spitälern landesweit noch nicht einheitlich angewandt. Deshalb werden die statistischen Daten in diesen Bereichen in einer relativ summarischen Aufbereitungsform dargestellt. Daneben wird die Plausibilität über Vergleiche mit den nationalen Mittelwerten bzw. den Kennzahlen von grösseren Referenzkantonen überprüft.

Die Vernehmlassungsvorlage vom Herbst 2011 basierte noch auf den Daten der Jahre 2008 und 2009. Beim hiermit vorgelegten Bericht kann nun auf die Datenbasis 2010 zurückgegriffen werden, die in Bezug auf die Qualität der Aufbereitung einen deutlich höheren Standard erreicht. In einzelnen Leistungsbereichen, wo die Daten der Medizinischen Statistik für eine differenzierte Beurteilung nicht genügten, wurde zusätzlich auf interne Statistik-Daten der Spitäler Schaffhausen und der Klinik Belair zurückgegriffen.

Bei Leistungsbereichen und Diagnosegruppen mit kleinen Fallzahlen bleibt zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse bei einem erfassten Einzugsgebiet von weniger als 100'000 Einwohnern aus statistischen Gründen erhebliche Schwankungen aufweisen können.

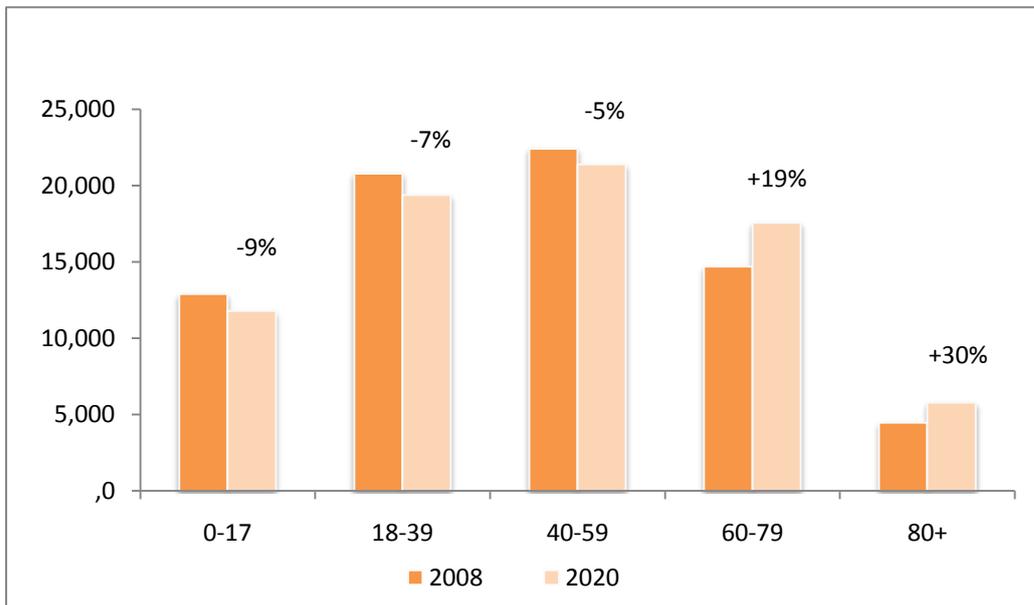
### 2.2 Demografische Entwicklung

Die Entwicklung der Bevölkerungszahl sowie die Umschichtungen der Altersstruktur haben einen massgeblichen Einfluss auf die Anforderungen, welche an die Institutionen des Gesundheitswesens gestellt werden. Für die Analyse der demografischen Daten wurde die Bevölkerungsstatistik und -prognose ESPOP des Bundesamtes für Statistik (BfS) verwendet (Prognose vom Juli 2010, mittleres Szenario "Trend").

Zwischen dem Jahr 2000 und 2010 ist die Schaffhauser Bevölkerung rund 3 % auf gut 75'700 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner angestiegen. Bis 2020 wird nach dem genannten Modell nur ein bescheidenes Wachstum um weitere 2 % erwartet, wobei die Prognose insbesondere in Bezug auf die Zuwanderung aus dem Ausland naturgemäss erhebliche Unsicherheiten beinhaltet und von der realen Entwicklung bereits teilweise überholt wurde.

Diese Abweichung ist für den Prognosehorizont bis 2020 allerdings nicht allzu bedeutsam, da sie mehrheitlich jüngere Personen betrifft, deren Bedarf an medizinischen Leistungen eher gering ist. Dem gegenüber sind die Prognosen für die älteren Teile der Bevölkerung für die nächsten 10 Jahre recht stabil: Nach dem genannten Szenario des BfS wird die Altersgruppe der 60 - 79-Jährigen bis ins Jahr 2020 um 19 % wachsen, und für die über 80-Jährigen wird gar ein Zuwachs von 30 % erwartet. Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge ab ca. 1950 ins Rentenalter wird der Anteil der Alten und Hochaltrigen an der Bevölkerung in den nächsten Jahren massiv ansteigen.

Die demografischen Verschiebungen sind nicht nur für die Ansprüche an die Spitäler und die übrigen Leistungserbringer des Gesundheitswesens relevant, sondern auch für die Perspektiven der Personalrekrutierung und der Finanzierung.



**Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2008 - 2020 nach Altersgruppen (Prognose BfS, Szenario "Trend")**

Setzt man die Bevölkerung der Altersgruppe der 20 - 64-Jährigen in Relation zu den jüngeren und den älteren Gruppen, so zeigen sich für die Entwicklung bis 2035 die folgenden Perspektiven:

- Die Zahl der Personen im AHV-Rentenalter (über 64 Jahre) in Relation zu den 20 - 64-Jährigen (Altersquotient) wird von derzeit 33 % auf 58 % (!) ansteigen.
- Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren in Relation zu den 20 - 64-Jährigen (Jugendquotient) wird bei rund 33 % weitgehend konstant bleiben.
- Die Summe von Alters- und Jugendquotient (Gesamtquotient) steigt von 64 % auf 91 % an, was bedeutet, dass der Anteil der Kinder und Rentner in Relation zu den beruflich aktiven Jahrgängen gegenüber heute um fast die Hälfte zunehmen wird.

Für die Prognose sind diese demographischen Entwicklungen von grösster Bedeutung. Die hohen Zuwachsraten bei den über 60-Jährigen werden den Leistungsbedarf in den Spitälern markant erhöhen. Zudem muss auch für die dem Spitalaufenthalt vor- und nachgeschalteten Strukturen (ambulante Versorgung, Akut- und Übergangspflege) eine starke Zunahme des Leistungszuwachses erwartet werden.

Auf der anderen Seite müssen sich die Spitäler zusammen mit den übrigen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens darauf einstellen, dass die Basis zur Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Therapie- und Pflegepersonal zunehmend schmaler wird. Dem entsprechend kommt dem Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch mit Blick auf die personellen Ressourcen eine hohe Bedeutung zu.

## 2.3 *Evaluationskriterien*

### a) *Rechtliche Vorgaben*

Gemäss kantonalem Spitalgesetz (SHR 813.100, Art. 4 Abs. 2) sind bei der Evaluation der in Frage kommenden Leistungsanbieter insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- Versorgungsqualität für die Gesamtheit der Kantonsbevölkerung;
- Wirtschaftlichkeit;
- Erreichbarkeit.

Diese Kriterien stimmen weitgehend überein mit den später festgelegten bundesrechtlichen Kriterien, die in Art. 58b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wie folgt umschrieben werden:

<sup>4</sup> Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a) die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen;
- b) den Zugang der Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist;
- c) die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages.

<sup>5</sup> Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a) die Effizienz der Leistungserbringung;
- b) den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c) im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung der Synergien.

Weitere bundesrechtliche Bestimmungen zur genaueren Interpretation und Anwendung der Begriffe bestehen nicht. Dem entsprechend bleibt den Kantonen ein relativ grosser Spielraum.

### b) *Versorgungssicherung*

Für häufige medizinische Behandlungen sowie auch für die meisten spezialisierten Bedürfnisse bestehen im Kanton Schaffhausen und in den Zentren der Nachbarkantone derzeit genügende bis grosszügige Angebote zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau. Dabei bleibt allerdings zu beachten, dass die gute aktuelle Versorgungslage keine Selbstverständlichkeit ist und nur mit allseitigen erheblichen Anstrengungen weiterhin auf dem heutigen Niveau erhalten werden kann.

Insbesondere in Leistungsbereichen, die nur relativ kleine Fallzahlen aufweisen und die gleichzeitig hohe Anforderungen stellen bezüglich Infrastruktur, Spezialpersonal und Aufrechterhaltung der Notfallbereitschaft, sind schon heute gelegentliche Engpässe festzustellen. Aufgrund der knapper werdenden Finanzen und der absehbaren Probleme der Nachwuchs-Rekrutierung ist zudem zu erwarten, dass mittelfristig auch weitere Bereiche von einer zunehmenden Angebotsverknappung betroffen sein werden. Vor diesem Hintergrund ist es von grosser Bedeutung, der mittel- und längerfristigen Versorgungssicherung bei den aktuellen Planungen und Evaluierungen die nötige Beachtung zu schenken.

Die heutige gute Versorgung beruht zu wesentlichen Teilen auf grossen Investitionen aller involvierten Partner in ihre Gebäude und Anlagen sowie in die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihres Personals. Zudem sind auch persönliche Vertrauensverhältnisse zwischen den Leistungsträgern in den verschiedenen involvierten Spitälern, die im Rahmen von langjährigen Kooperatio-

nen entstanden sind, von erheblicher Bedeutung. Die besonderen Qualitäten dieser gewachsenen Strukturen sind mit dem nötigen Respekt zu beachten. Wo gute Gründe dafür bestehen, sind Veränderungen selbstredend angezeigt und müssen jederzeit möglich sein. Sie sind allerdings mit Bedacht und einem längerfristig ausgerichteten Strategie-Horizont einzuleiten.

### *c) Erreichbarkeit*

Für die Erstversorgung in Notfällen spielt die zeitliche Erreichbarkeit eines Spitals eine grosse Rolle. Im Rahmen der Zürcher Spitalplanung wird aufgrund detaillierter Abklärungen nachgewiesen, dass auf der Basis des motorisierten Individualverkehrs mehr als 95 % der Zürcher Kantonsbevölkerung innert höchstens 20 Minuten ein Spital mit Notfallstation erreichen kann. Im Kanton Schaffhausen kann dieser Wert auf der Basis des Kantonsspitals nicht ganz, aber doch annähernd erreicht werden (mit Vorbehalten für die am weitesten entfernten Gemeinden Stein am Rhein, Trasadingen, Beggingen, Rüdlingen und Buchberg).

Für Einwohner der Gemeinden Rüdlingen und Buchberg sind die Fahrzeiten ins Spital Bülach und ins Kantonsspital Winterthur deutlich kürzer als ins Kantonsspital Schaffhausen. Deshalb hat der Kanton Schaffhausen diese Spitäler schon im Rahmen der Spitalplanung 1997 auf seine Spitalliste aufgenommen und den Zugang der Bevölkerung der beiden Gemeinden zu den genannten Spitälern mit dem Kanton Zürich vertraglich abgesichert. Im Gegenzug wurde im gleichen Vertrag der freie Zugang der nördlichen Zürcher Weinland-Gemeinden zum Kantonsspital und zum Psychiatriezentrum Schaffhausen vereinbart.

Abgesehen von Buchberg und Rüdlingen ist eine Basierung auf den Schaffhauser Spitälern aus geografischen Gründen für alle Gemeinden des Kantons nahe liegend und vorteilhaft: Dies gilt sowohl für die Distanzen im Individualverkehr (mit Relativierung im Fall von Stein am Rhein, von wo die Fahrzeiten nach Frauenfeld und Schaffhausen vergleichbar sind) als auch - in noch verstärktem Masse - für die Erreichbarkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die gute Erreichbarkeit eines Spitals ist nicht nur für Notfälle bedeutsam. Vielmehr ist es für die Bevölkerung generell vorteilhaft, wenn sie für Untersuchungen und Behandlungen im Spital keine übermässig langen Fahrwege in Kauf nehmen muss. Kurze Wege bringen nicht nur Komfort, sondern auch wirtschaftliche Vorteile (reduzierte Transportkosten und Zeit-Einsparungen). Relevant sind dabei nicht nur die Transporte der Patientinnen und Patienten bei stationären Behandlungen, sondern auch die Wege im Zusammenhang mit ambulanten Voruntersuchungen und Nachbehandlungen sowie die Zugänglichkeit für Besucher. Die diesbezüglichen Vorzüge der Spitäler auf Kantonsgebiet werden deshalb bei der Versorgungsplanung angemessen berücksichtigt und gewichtet.

Auch bei der Evaluation von ausserkantonalen Spitälern, die zur Versorgungssicherung der Schaffhauser Bevölkerung benötigt werden, spielt die Erreichbarkeit mit privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln eine wesentliche Rolle. Insbesondere bei Behandlungen, die relativ häufig und oftmals auch mit hoher Dringlichkeit beansprucht werden (z.B. Krebs-Bestrahlungen oder kardiologische Interventionen), muss die Erreichbarkeit als wichtiges Kriterium gewichtet werden. Bei selten beanspruchten Leistungen sowie bei planbaren und zeitlich begrenzten Rehabilitationsaufenthalten sind die Anfahrtswege daneben nicht gleich bedeutsam.

#### d) Qualität

Bei der Beurteilung der Qualität lehnt sich die Planung des Kantons Schaffhausen eng an die Methodik an, die im Rahmen der Zürcher Spitalplanung entwickelt wurde und auch den Planungen zahlreicher anderer Kantone als Referenz dient. Die Methodik konzentriert sich auf formale Kriterien der Struktur- und Prozessqualität. Auf eine Beurteilung der Ergebnisqualität wird verzichtet, da hierfür noch keine standardisierten Messmethoden verfügbar sind, welche Resultate in einer für die Evaluation relevanten Trennschärfe liefern könnten.

Die folgenden generellen Qualitätsanforderungen müssen nach der Zürcher Methodik von allen Spitälern erfüllt werden:

- Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept mit definierten Qualitätszielen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügen;
- regelmässige Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungsprogrammen, z.B. des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ);
- etabliertes interdisziplinäres und interprofessionelles System zur Meldung von kritischen Zwischenfällen (Critical Incident Reporting System, CIRIS);
- definierte multiprofessionelle Pfade zur Entlassung der Patientinnen und Patienten, welche die Schnittstellen zur Nachbetreuung gewährleisten sollen;
- regelmässige Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen, deren Ergebnisse offenzulegen sind;
- regelmässige Durchführung von Reanimationsübungen für das ganze ärztliche, pflegerische und therapeutische Personal;
- Hygienekonzept mit klar dokumentierten Verantwortlichkeiten und Prozessen.

Neben diesen generellen Anforderungen sind für die einzelnen medizinischen Leistungsbereiche spezifische Anforderungen bezüglich Personal-Verfügbarkeit, Notfallbereitschaft, Infrastruktur, interdisziplinärer Verknüpfungen und Mindestfallzahlen definiert.<sup>3</sup>

Für alle Kriterien wird lediglich beurteilt, ob die Anforderungen erfüllt werden oder nicht. Auf Versuche, Abstufungen vorzunehmen bzw. "Ranglisten" zu erstellen mit dem Anspruch, das Qualitätsniveau der einzelnen Häuser oder einzelner ihrer Leistungsbereiche differenzierter zu bewerten, wird verzichtet.

Die meisten für die Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung relevanten Spitälern wurden im Rahmen der Zürcher Spitalplanung bereits nach den genannten Kriterien geprüft. Neben den Spitälern auf Zürcher Kantonsgebiet gilt dies insbesondere auch für die Spitälern Schaffhausen, die in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie mit umfassenden Leistungsaufträgen auf die Zürcher Spitalliste aufgenommen wurden, sowie für die Rehabilitationskliniken in anderen Kantonen, die für die Versorgung der Zürcher und der Schaffhauser Kantonsbevölkerung gleichermaßen relevant sind.

---

<sup>3</sup> Die Einzelheiten sind im Strukturbericht Zürcher Spitalplanung 2012 vom September 2012, S. 74 ff, dargelegt, vgl. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch) => Themen A-Z => Spitalplanung 2012

#### e) *Wirtschaftlichkeit*

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sieht das Bundesrecht grundsätzlich die Durchführung von Spitalvergleichen vor. Klare Kriterien, die landesweit etabliert und anerkannt sind, stehen dazu allerdings noch nicht zur Verfügung.

Es ist zu beachten, dass alle verfügbaren Modelle der Kostenrechnung, welche auf eine Analyse der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sind, erhebliche kalkulatorische Umlagen beinhalten. Damit ist es insbesondere bei Institutionen, die in mehreren verschiedenen Leistungsbereichen aktiv sind, nur mit grössten Vorbehalten möglich, die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Teilbereiche verbindlich zu bewerten (Zuordnung von übergeordneten Kosten auf Akutsomatik / Psychiatrie / Langzeitpflege, auf stationäre / ambulante Leistungsbereiche, auf Privatabteilung / allgemeine Abteilung etc.).

Als weitere planungsrelevante Einschränkung ist zu beachten, dass die Auswertung statistischer Durchschnittswerte aufgrund der Grenzkosten-Problematik keine Rückschlüsse zulässt, wie die Wirtschaftlichkeit eines Spitals durch eine engere Eingrenzung bzw. eine Ausweitung des Leistungsspektrums im konkreten Einzelfall verändert würde.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Problematik wird die Wirtschaftlichkeit für die Evaluationsentscheide im Rahmen der Schaffhauser Spitalplanung in der folgenden Differenzierung berücksichtigt:

- In Leistungsbereichen, die für die interdisziplinäre Notfallversorgung von grosser Bedeutung sind und wo entsprechend hohe Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten anfallen, ist eine gezielte Konzentration auf wenige Leistungsanbieter, die zudem zu einer engen Kooperation verpflichtet werden, vorgesehen.
- In Leistungsbereichen, die vorwiegend auf planbare Behandlungen mit geringen Bezügen zur Notfallversorgung ausgerichtet sind, sind seitens des Kantons dagegen keine tiefgreifende Restriktionen vorgesehen. Hier wird vielmehr erwartet, dass eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit unter den neuen, verstärkt wettbewerbsorientierten Finanzierungsregeln des KVG primär über den Preis (Tarife) und die qualitative Akzeptanz bei den Patientinnen / Patienten bzw. der zuweisenden Ärzteschaft erfolgen wird.

Die Differenzierung im dargelegten Sinne hat für die Festlegung der Schaffhauser Spitalliste die folgenden Konsequenzen:

- Die Leistungsaufträge in medizinischen Fachbereichen mit engen Bezügen zur Notfallversorgung sind weiterhin zu hohen Anteilen den kantonalen Spitälern Schaffhausen und den Universitäts- und Zentrumsspitalern des Nachbarkantons Zürich zuzuweisen.
- Bei den übrigen Bereichen, in denen ein ausgeprägter kantonsübergreifender Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern besteht, ist dagegen eine offene Gestaltung der Spitalliste vorgesehen: Beiden Spitälern auf Kantonsgebiet soll die Pflege ihrer bestehenden Angebote durch Aufnahme auf die Spitalliste weiterhin ermöglicht werden, soweit die erforderlichen Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Für ausserkantonale Spitäler, die nicht explizit auf die Schaffhauser Spitalliste aufgenommen werden, bleibt eine bedarfs- und marktkonforme Nutzung durch Schaffhauser Patientinnen und Patienten aufgrund der neuen Rahmenvorgaben des KVG weiterhin möglich: bei günstigen Spitälern (Tarife unter dem Referenzwert der Schaffhauser Listenspitäler) ohne jede Einschränkung und bei teureren Spitälern mit überschaubaren Zuzahlungen aus Zusatzversicherungen oder aus eigenen Mitteln der Patientinnen und Patienten.

## 3. Akutsomatik

### 3.1 Leistungsbereiche

Unter dem Begriff "Akutsomatik" werden im vorliegenden Bericht Spitalleistungen verstanden, die der Behandlung von akuten körperlichen Krankheiten und Unfallfolgen dienen. Ausgeklammert bleiben die Bereiche Psychiatrie und die Rehabilitation, die separat analysiert werden, sowie die Akut- und Übergangspflege und die Langzeitpflege, die nach den Regeln des KVG nicht unter den Begriff der Spitalbehandlungen fallen.

Die akutsomatischen Behandlungen werden nach einem von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten System, das auch von zahlreichen anderen Kantonen für ihre Planungen übernommen wurde, in 24 übergeordnete Leistungsbereiche mit insgesamt 145 präzise definierten Leistungsgruppen eingeteilt. Die Gruppierung folgt im Wesentlichen den Hauptdiagnosen der austretenden Patientinnen und Patienten, wie sie in der Medizinischen Statistik des BfS erfasst sind. Wo nötig werden weitere Angaben (insb. Behandlungs-codes) beigezogen.<sup>4</sup> Die übergeordneten Leistungsbereiche sind wie folgt gruppiert:

- "Basispaket": Die relativ einfachen und häufigen Behandlungsfälle, die in Spitälern der Grundversorgung regelmässig anfallen und keine höheren Ansprüche an die Infrastruktur und die Verfügbarkeit von hoch spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten stellen, werden einem so genannten "Basispaket" zugeordnet.
- "Basispaket elektiv": Für kleinere Spitäler, die sich auf planbare Behandlungen konzentrieren und keine umfassende Notfallbereitschaft aufrecht erhalten (private Beleg- arztspitäler), wurde zudem ein eingeschränktes "Basispaket elektiv" definiert.
- Gynaekologie / Geburtshilfe: Dem Leistungsbereich sind insgesamt 14 verschiedene Leistungsgruppen zugeordnet (inkl. 3 Gruppen Neonatologie).
- Bewegungsapparat: Der Leistungsbereich unterscheidet 14 Leistungsgruppen der Orthopädie / Chirurgie des Bewegungsapparates (inkl. Wirbelsäulen-chirurgie) und der Rheumatologie.
- Innere Organe: Bei den Inneren Organen werden insgesamt 52 Leistungsgruppen unterschieden, die ihrerseits in 11 Hauptgruppen gegliedert sind.
- Nervensystem und Sinnesorgane: 31 Leistungsgruppen, zusammengefasst in 5 Hauptgruppen
- Übrige und Querschnittsbereiche: 9 Leistungsgruppen.

Aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen im Kanton Schaffhausen werden die ausgewerteten Statistikdaten im vorliegenden Bericht mehrheitlich nach den Leistungsbereichen und den Hauptgruppen aggregiert dargestellt. Die weitere Differenzierung wird lediglich bei der Detail-Definition der Leistungsaufträge für die einzelnen Spitäler im Rahmen der Spitalliste benötigt.

---

<sup>4</sup> Die Einzelheiten sind im Strukturbericht der Zürcher Spitalplanung 2012 vom September 2011 ersichtlich (vgl. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch) => Themen A-Z => Spitalplanung 2012)

### 3.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage

Aufgrund der Medizinischen Statistik des Bundes beanspruchten die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen im Jahr 2010 insgesamt 10'061 Spitalbehandlungen. Die Verteilung auf die einzelnen Spitäler bzw. Spitaltypen und Regionen präsentierte sich wie folgt:

	Austritte 2010 <sup>5</sup>	%
Kantonsspital SH	7'014	69,7 %
Hirslanden Belair SH	930	9,2 %
Unispitäler + Spital Triemli Zürich	897	8,9 %
Kantonsspital Winterthur	291	2,9 %
Andere Spitäler ZH + TG	642	6,4 %
Spitäler in anderen Kantonen	287	2,9 %
Total	10'061	100 %

**Tabelle 2: Spitalaustritte 2010 (Akutsomatik stationär) von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons Schaffhausen<sup>6</sup>**

Die Zahl der stationären Spitaleintritte und die Hospitalisationsrate (Spitaleintritte pro 10'000 Einwohner) blieben in den letzten Jahren weitgehend stabil. Im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt und auch mit den Nachbarkantonen liegt die Hospitalisationsrate im Kanton Schaffhausen relativ tief, was angesichts des weit überdurchschnittlichen Anteils betagter Personen an der Wohnbevölkerung des Kantons erstaunlich ist.

	Ø CH	SH	TG	ZH
Stationäre Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner (2010)	171	147	159	163

**Tabelle 3: Vergleichswerte Hospitalisationsrate 2010<sup>7</sup>**

Bei der Belegung der beiden Schaffhauser Spitäler zeigen sich in Bezug auf die Herkunft der Patientinnen und Patienten sowie auf den Versicherungsschutz, der die finanziellen Erträge stark beeinflusst, erhebliche Unterschiede: Die Anteile der zusatzversicherten Patienten (private / halbprivate Abteilung), der Nicht-KVG-Patienten (v.a. UVG-Patienten) sowie der ausserkantonalen Patienten in der Klinik Belair deutlich höher sind als im Kantonsspital. Die Differenzen sind zum einen aus dem besonderen Charakter der Klinik Belair als Privatspital zu erklären und zum anderen aus der besonderen fachlichen Ausrichtung der Klinik (Schwerpunkt Orthopädie mit naturgemäss hohem UVG-Patientenanteil und hohem Anteil an Wahleingriffen).

Die Anteile an ausserkantonalen Patienten, welche die beiden Schaffhauser Spitäler beanspruchen, zeugen von einer guten Verankerung beider Häuser in der Region. Die acht Gemeinden des nördlichen Zürcher Weinlandes, die aufgrund einer Vereinbarung mit dem Kanton Zürich schon seit 1996 einen freien Zugang zum Kantonsspital Schaffhausen haben, und die Thur-

<sup>5</sup> Zahlen Kantonsspital SH und Hirslanden Belair SH: alle Patienten unabhängig vom Wohnort; ausserkantonale Spitäler: nur Patienten mit Wohnort im Kanton SH (Quelle: Medizinische Statistik BfS)

<sup>6</sup> Quelle: Medizinische Statistik BfS

<sup>7</sup> Quelle: Medizinische Statistik BfS

gauer Gemeinden der Region Diessenhofen erweitern das Einzugsgebiet der regionalen Versorgung um annähernd 20'000 Einwohner, entsprechend rund 20 % der Schaffhauser Kantonsbevölkerung. Die Marktanteile, welche die beiden Schaffhauser Akutspitäler in den ausserkantonalen Gemeinden dieses erweiterten Einzugsgebietes erreichen, liegen nur unwesentlich tiefer als im Kanton Schaffhausen selbst.

	Kantonsspital	Hirslanden Belair
Anteil Allgemeine Abteilung	79 %	56 %
Anteil Privat / Halbprivat	21 %	44 %
Anteil Patienten nach KVG	94 %	89 %
Anteil UV, IV, MV, Selbstzahler	6 %	11 %
Anteil Kantonseinwohner SH	83 %	78 %
Anteil ausserkantonale Patienten	17 %	22 %

**Tabelle 4: Patientenanteile der Schaffhauser Spitäler nach Wohnort, Versicherungsart und Versicherungs-kategorie**

Im Mehrjahres-Vergleich zeigen sich für die wichtigsten Säulen der Schaffhauser Spitalversorgung folgende Entwicklungstendenzen:

	Kantonsspital SH			Klinik Belair			subventionierte Behandlungen SH in Spitälern ZH		
	Patienten	Pflege-tage	Mittlere AHD	Patienten	Pflege-tage	Mittlere AHD	Patienten	Pflege-tage	Mittlere AHD
<b>2007</b>	8'167	60'351	7,4	714	5'260	7.4	797	6'502	8.2
<b>2008</b>	7'830	59'956	7,7	887	6'448	7.3	835	5'808	7.0
<b>2009</b>	7'720	58'877	7.6	1'141	7'754	6.8	975	7'602	7.8
<b>2010</b>	7'759	59'522	7.7	1'187	7'761	6.5	997	7'703	7.7
<b>2011</b>	7'905	55'912	7,1	1'146	7'756	6,8	1'003	6'969	6,9

**Tabelle 5: Stationäre Spitalbehandlungen 2007 bis 2011<sup>8</sup>**

Die Übersicht zeigt, dass der Marktanteil des Kantonsspitals Schaffhausen gegenüber der Klinik Belair und den Zürcher Spitälern in den Jahren 2007 - 2010 leicht zurückgegangen ist. Im Jahr 2011 hat das Kantonsspital dann wieder Anteile dazugewonnen.

In Bezug auf die mittlere Spitalaufenthaltsdauer und die Beanspruchung der stationären Betten (Pflegetage) liegt die Entwicklung in Schaffhausen sehr nahe am nationalen Mittelwert und an den Referenzgrössen der Nachbarkantone. Unter Ausklammerung von kurzfristigen Schwankungen ist seit den 1990er-Jahren ein anhaltender rückläufiger Trend festzustellen, der sich im Zusammenhang mit der Finanzierungs-Umstellung auf diagnoseabhängige Fallpauschalen in den kommenden Jahren noch weiter akzentuieren dürfte.

<sup>8</sup> Zahlen Kantonsspital + Klinik Belair: Austritte total inkl. ausserkantonale Patienten, gemäss Jahresberichten der Betriebe (Werte Kantonsspital ohne gesunde Neugeborene); Zahlen Zürcher Spitäler: Medizinisch notwendige Behandlungen mit Kostengutsprache des Kantonsarztes in den nachfolgend genannten Spitälern, an die der Kanton SH bereits nach den altrechtlichen Bestimmungen des KVG Kostenbeiträge zahlte: USZ, Kinderspital Zürich, Klinik Balgrist, Triemli-Spital, KS Winterthur, Spital Bülach

Eine Analyse der Spitalbehandlungen nach fachlichen Leistungsbereichen zeigt für die Spitäler auf Kantonsgebiet sehr unterschiedliche Leistungsschwerpunkte auf:

	<b>Fälle Total</b>	<b>Spitäler SH Fälle</b>	<b>Anteil</b>	<b>Klinik Belair Fälle</b>	<b>Anteil</b>	<b>Ausserkant. Spitäler Fälle</b>	<b>Anteil</b>
<b>Grundversorgung Chirurgie und Medizin</b>	<b>3'358</b>	<b>4'037</b>	<b>83%%</b>	<b>170</b>	<b>4 %%</b>	<b>516</b>	<b>13 %</b>
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	<b>1'839</b>	<b>1'627</b>	<b>88 %</b>	<b>15</b>	<b>1 %</b>	<b>197</b>	<b>11 %</b>
Gynäkologie	404	324	80	15	4 %	65	16%
Geburtshilfe	784	715	91	-	-	69	9%
Neugeborene	651	588	90	-	-	63	10%
<b>Bewegungsapparat</b>	<b>1'582</b>	<b>632</b>	<b>40 %</b>	<b>590</b>	<b>37%</b>	<b>360</b>	<b>23 %</b>
Orthopädie / Chirurgie des Bewegungsapparates	1'440	513	36 %	586	41%	341	24%
Rheumatologie	142	119	84 %	4	3%	19	13%
<b>Spezialversorgung Innere Organe<sup>9</sup></b>	<b>1'854</b>	<b>1'089</b>	<b>59%</b>	<b>64</b>	<b>3%</b>	<b>701</b>	<b>38%</b>
Endokrinologie	39	34	87%	-	-	5	13%
Gastroenterologie	371	332	90%	1	-	38	10%
Viszeralchirurgie	192	123	64%	14	7%	55	29%
Hämatologie	99	61	62%	2	2%	36	36%
Herzchirurgie	66	1	1%	-	-	65	99%
Kardiologie	355	34	10%	-	-	321	90%
Gefässchirurgie	52	40	77%	-	-	12	23%
Angiologie	66	41	62%	-	-	25	38%
Nephrologie	36	26	72%	-	-	10	28%
Urologie	384	279	73%	47	12%	58	15%
Pneumologie	157	106	67%	-	-	51	33%
Thoraxchirurgie	23	12	52%	-	-	11	48%
Transplantationen	14	-	-	-	-	14	100 %
<b>Nervensystem und Sinnesorgane</b>	<b>675</b>	<b>304</b>	<b>45%</b>	<b>82</b>	<b>12%</b>	<b>289</b>	<b>43%</b>
Dermatologie	56	39	70%	3	5%	14	23%
Hals-Nasen-Ohren	220	100	45%	8	4%	112	51%
Neurochirurgie	40	1	2%	-	-	39	98%
Neurologie	195	160	82%	-	-	35	18%
Ophthalmologie	164	4	2%	71	43%	89	55%
<b>Übrige Spezialversorgung</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>54</b>	<b>93%</b>
Radio-Onkologie	51	2	4%	-	-	49	96%
Schwere Verletzungen	7	2	29%	-	-	5	71%
<b>Total</b>	<b>10'061</b>	<b>7'014</b>	<b>69,7%</b>	<b>930</b>	<b>9,2 %</b>	<b>2'117</b>	<b>21,0%</b>

**Tabelle 6: Spitalaustritte 2010 (Akutsomatik stationär) von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons Schaffhausen nach Leistungsbereichen<sup>10</sup>**

<sup>9</sup> ohne Leistungen, die im Basispaket Chirurgie und Medizin enthalten sind

<sup>10</sup> Auswertung MedStat BfS 2010 nach der vom Kanton Zürich entwickelten Leistungsgruppen-Systematik (vgl. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)) => Themen A-Z => Spitalplanung 2012 => Leistungsgruppen Akutsomatik)

Die Aufstellung zeigt, dass das Kantonsspital Schaffhausen in der Grundversorgung Chirurgie und Medizin sowie in der Geburtshilfe und der Gynäkologie einen dominanten Teil des Bedarfes abdeckt. In den meisten übrigen Fachbereichen ist der Versorgungsanteil des Kantonsspitals dagegen deutlich tiefer. Hier kommt den Universitätsspitälern und anderen externen Fachkliniken eine deutlich grössere Bedeutung zu.

Die Klinik Belair stellt in der Orthopädie und in der Augenchirurgie einen wichtigen Teil der Versorgung sicher. In den übrigen Fachbereichen übernimmt sie nur einen bescheidenen Teil der regionalen Versorgung.

Von den ausserkantonalen Behandlungen entfallen rund 60 % auf medizinisch notwendige Behandlungen in öffentlichen bzw. subventionierten Spitälern, an deren Kosten sich der Kanton schon nach den früheren bundesrechtlichen Vorgaben beteiligt hat. Die restlichen 40 % entfallen auf Wahlbehandlungen sowie Behandlungen in Privatspitälern, nach denen altrechtlich keine Mitfinanzierungspflicht des Kantons bestand. Die fachlichen Schwerpunkte präsentierten sich im Jahre 2008 wie folgt:

	Uni- Spitäler + Triemli ZH	KS Winterthur ZH	Andere Spitäler ZH + TG	Spitäler in anderen Kantonen	Total
Grundversorgung Chirurgie + Medizin	123	73	166	154	516
Geburtshilfe / Gynaekologie	23	28	123	23	197
Chirurgie des Bewegungs- apparates + Rheumatologie	77	80	163	40	360
Kardiologie + Herzchirurgie	326	4	55	2	386
Gastroenterologie + Viszeralchirurgie	33	17	34	9	93
Neurologie + Neurochirurgie	34	22	14	4	74
Ophtalmologie	58	20	8	14	115
Hals-Nasen-Ohren	71	5	25	11	112
Urologie	10	3	38	7	58
(Radio-)Onkologie	19	19	-	6	44
div. Spezialversorgung	124	20	18	26	188
Total	897	291	642	287	2'117

**Tabelle 7: Behandlungen von Schaffhauser Patienten in ausserkantonalen Spitälern 2010<sup>11</sup>**

Die Übersicht zeigt zwei klare Schwerpunkte der ausserkantonalen Spitalbehandlungen auf:

- Zum einen stellen die Behandlungen von Herz-Kreislaufkrankungen (Kardiologie + Herzchirurgie) klare Schwerpunkte der Leistungen dar, die heute im Universitätsspital Zürich und im Zürcher Stadtpital Triemli beansprucht werden.

<sup>11</sup> Quelle: Medizinische Statistik BfS

- Auf der anderen Seite sticht die Chirurgie des Bewegungsapparates als umsatzstarker Bereich hervor, der aufgrund der langfristigen Planbarkeit der meisten Eingriffe und der relativ guten Abgeltung besonders prädestiniert ist für einen offenen regionsüberschreitenden Wettbewerb, in dem neben den grösseren Spitälern auch kleinere Privatkliniken mit begrenzter Notfallbereitschaft gute Entwicklungsmöglichkeiten haben.

### 3.3 Analyse nach Altersgruppen

Bei der Beurteilung der Hospitalisationsrate ist zu berücksichtigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Spitaleintritts mit steigendem Lebensalter markant zunimmt. Bei den über 80-Jährigen fallen auf 100 Personen mehr als 27 Spitaleintritte und bei den 60 - 79-Jährigen knapp 20 Spitaleintritte an, während die Rate bei den Jüngeren deutlich unter 10 % liegt.

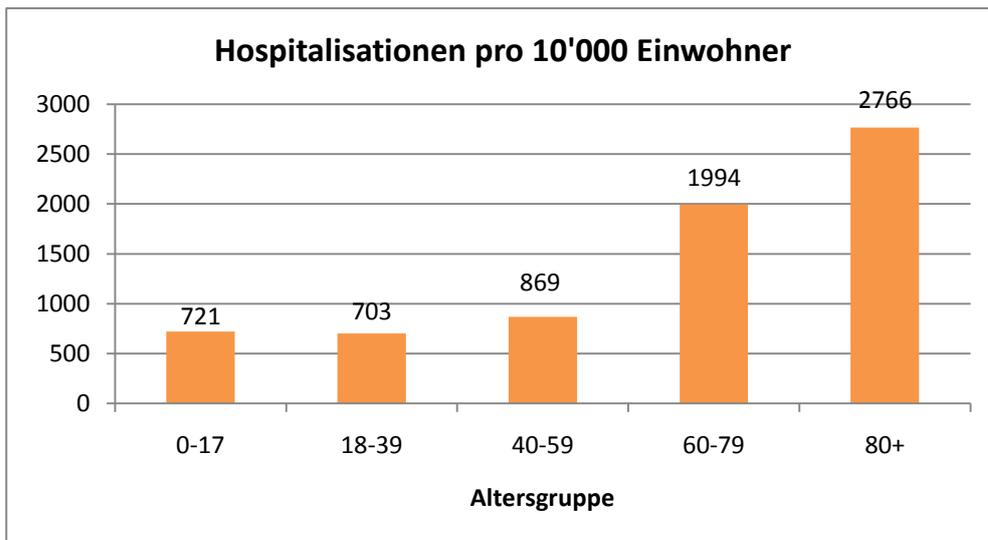


Abbildung 2: Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohnerinnen / Einwohner nach Altersgruppen<sup>1</sup>

Zusätzlich ist festzustellen, dass auch die mittlere Aufenthaltsdauer pro Eintritt mit zunehmendem Alter markant länger wird.

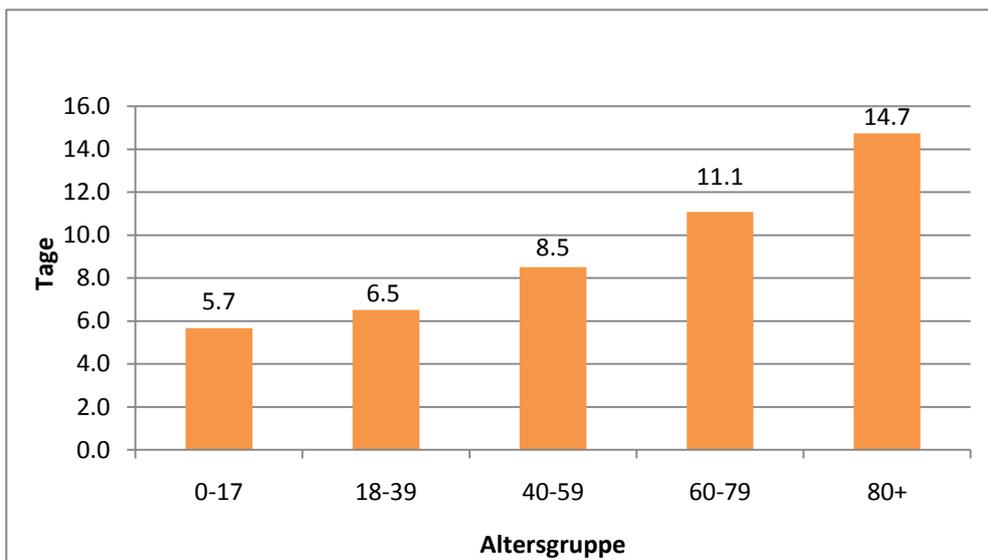
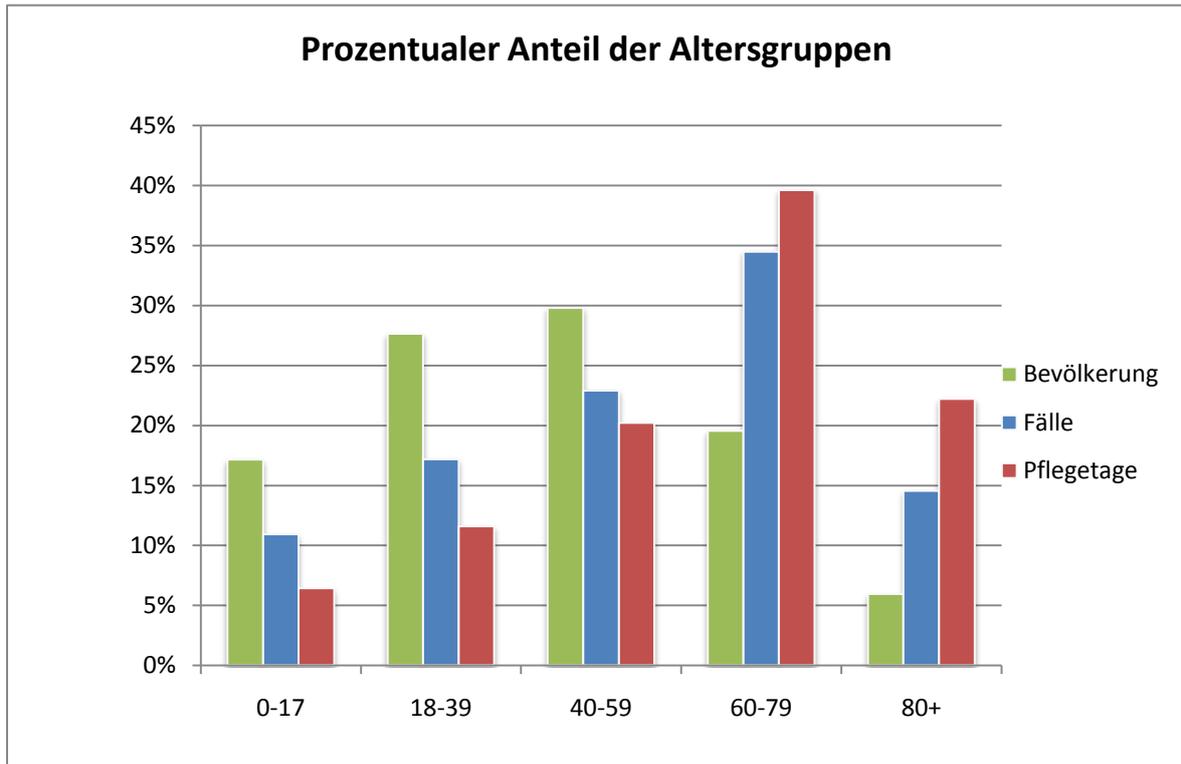


Abbildung 3: Mittlere Spitalaufenthaltsdauer nach Altersgruppen

Aus der Kumulation der genannten Abhängigkeiten sowie der demografischen Situation des Kantons Schaffhausen ergibt sich, dass rund die Hälfte aller Fälle und mehr als 60 Prozent aller Spitalbehandlungstage der Schaffhauser Wohnbevölkerung auf Personen entfallen, die das 60. Altersjahr überschritten haben.

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird sich in den kommenden Jahren die Pflegeintensität weiterhin verschieben. Der Anteil der Behandlungen und Pflegetage der Patienten ab 60 Jahren wird sich weiter erhöhen.



**Abbildung 4: Anteile der Altersgruppen an der Wohnbevölkerung, der Anzahl stationärer Spitalbehandlungen und der Pflegetage im Jahr 2008**

In Bezug auf die am häufigsten beanspruchten Leistungen zeigt sich eine dominante Bedeutung der Geburten bei den unter 40-Jährigen. Bei den älteren Jahrgängen dominiert generell die Orthopädie vor Behandlungen im Herz-Kreislaufbereich (Kardiologie / Angiologie).

Altersgruppe	Häufigster Leistungsbereich	Zweithäufigster Leistungsbereich	Dritthäufigster Leistungsbereich
0 - 17	Neugeborene (57%)	Orthopädie (7%)	Neurologie (6%)
18 - 39	Geburtshilfe (40%)	Orthopädie (11%)	Viszeralchirurgie (9%)
40 - 59	Orthopädie (20%)	Kardio-/ Angiologie (11%)	Viszeralchirurgie (10%)
60 - 79	Orthopädie (20%)	Kardio-/ Angiologie (14%)	Viszeralchirurgie (8%)
80 +	Orthopädie (16%)	Kardio-/ Angiologie (14%)	Sonstige Behandl. (11%)

**Tabelle 8: Die häufigsten Leistungsbereiche nach Altersgruppen (Stand 2008)**

Die Behandlung von Säuglingen und Kindern stellt besondere fachliche Anforderungen. Deshalb wurde die Versorgungslage in diesem Alterssegment aufgrund der Medizinischen Statistik des Jahres 2009 gesondert analysiert und ausgewertet. Dabei zeigten sich die folgenden Proportionen:

	Kantonsspital SH	Hirslanden Klinik Belair	Ausserkant. Spitäler	Total
Säuglinge / Kleinkinder < 1 Jahr	817	-	78	895
Kinder 1 - 8 Jahre	146	-	63	209
Kinder / Jugendliche 8 - 17 Jahre	178	16	101	242
Total	1'141	16	242	1'399

**Tabelle 9: Stationäre akutsomatische Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Altersjahr aus dem Kanton Schaffhausen (2009)**

Die Auswertung zeigt, dass der Versorgungsanteil des Kantonsspitals Schaffhausen bei den Neugeborenen und Kleinkindern bis zum vollendeten 1. Altersjahr bei gut 90 % und damit in der gleichen Grössenordnung wie bei den Geburten liegt.

Bei den Kindern und Jugendlichen vom vollendeten 1. bis zum vollendeten 17. Altersjahr liegt der Versorgungsanteil des Kantonsspitals in der Grössenordnung von 70 %. Damit wird hier ein ähnlicher Wert erreicht wie bei den erwachsenen Spitalpatienten.

### 3.4 Einflussfaktoren für die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

#### a) Auswirkungen des demografischen Wandels

Die demografische Entwicklung wirkt sich sowohl durch eine leichte Zunahme der Bevölkerung als auch durch die massiv zunehmende Alterung der Schaffhauser Bevölkerung auf den zukünftigen Leistungsbedarf aus. Nach der neuesten Prognose des Bundesamtes für Statistik wird der Anteil der Bevölkerung des Kantons Schaffhausen, der das 60. Altersjahr überschritten hat, bis 2020 um rund einen Drittel auf 32 % der Gesamtbevölkerung zunehmen. Diese demographische Veränderung ist die mit Abstand wichtigste Ursache für die Veränderungen des Bedarfs an Spitalleistungen.

Bezogen auf die Anzahl der Behandlungsfälle im Kantonsspital Schaffhausen sind nach den vom Kanton Zürich entwickelten Berechnungsmethoden Veränderungen im folgenden Ausmass zu erwarten:

	Anteil Fälle 2008	Veränderung 2008 - 2020 %	Veränderung Anzahl Fälle	Anteil Fälle 2020
0-17 Jahre	11 %	- 9%	- 70	9 %
18 - 40 Jahre	17 %	- 7%	- 150	15 %
40 - 59 Jahre	23 %	- 6%	- 120	20 %
60 - 79 Jahre	34 %	+ 19%	+ 580	38 %
Über 80 Jahre	15 %	+ 29%	+ 360	18 %
Total	100 %	+ 7%	+ 600	100 %

**Tabelle 10: Prognose der Fallzahlenentwicklung nach Altersgruppen im Kantonsspital SH**

Bei den stationären Behandlungsfällen ist eine Steigerung um rund 7 % zu erwarten. Einer markanten Zunahme bei den über 60-Jährigen steht dabei eine Abnahme bei den jüngeren Altersgruppen gegenüber. Der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtzahl der akutsomatischen Behandlungen wird von 49 % auf 56 % ansteigen.

#### *b) Medizintechnische Entwicklungen*

Die medizintechnische Entwicklung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer. Relevant sind insbesondere neue Technologien zur Diagnostik (z.B. bildgebende Verfahren), zur Therapie (z.B. Ausweitung der minimal-invasiven Operationsmethoden) oder zur Prävention (z.B. Sekundärprophylaxe).

Ein Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, das im Auftrag der Gesundheitsdirektionen der Kantone Zürich und Bern erstellt wurde, zeigt auf, dass markante Leistungsausweitungen vor allem in der Kardiologie / Angiologie sowie in der Herz- und Gefässchirurgie zu erwarten sind. Weitere markante Steigerungen zeichnen sich zudem in der Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen ab. Die diesbezüglichen Fortschritte werden sich allerdings vor allem im ambulanten Bereich auswirken, der aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben nicht Gegenstand der Spitalplanung ist.

#### *c) Epidemiologische Entwicklungen*

Nach den Trendannahmen der Kantone Zürich und Bern muss auch aus epidemiologischen Gründen vor allem bei Herz-Kreislauf- und den Krebserkrankungen ein weiteres Wachstum erwartet werden. Zudem werden die Behandlungsbedürfnisse im Bereich des Bewegungsapparates weiter zunehmen (degenerative Erkrankungen der Gelenke, Unfälle / Stürze etc.). In gewissen Bereichen zeichnen sich allerdings auch gegenläufige Trends ab: Beim Lungenkrebs als Beispiel wird die erwartete Abnahme bei den Männern durch eine Zunahme bei den Frauen überlagert. In der Orthopädie wird der erwartete Rückgang der Schenkelhalsfrakturen aufgrund verbesserter Prophylaxe durch zunehmende Sport- und Freizeitunfälle kompensiert.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die prognostizierten epidemiologischen Veränderungen in den meisten Leistungsbereichen relativ gering sind und für die Bedarfsprognose im Rahmen der Spitalplanung deshalb nur eine untergeordnete Rolle spielen.

#### *d) Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer*

Bis in die frühen 1990er-Jahre lag die mittlere Aufenthaltsdauer in den meisten Schweizer Spitälern noch über 10 Tagen. Seither sind die Werte deutlich zurückgegangen. In Spitälern mit breitem Grundversorgungs-Angebot sind heute Mittelwerte zwischen 7 und 7,5 Tagen üblich. Im Vergleich zu anderen Industriestaaten ist dieser Wert aber noch immer relativ hoch: In Frankreich, Oesterreich, Australien und den USA beispielsweise liegen die Mittelwerte unter 6 Tagen, in Dänemark und Schweden gar unter 5 Tagen.

Bei der Bewertung der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Abgrenzungen zwischen stationären und ambulanten Behandlungen sowie die Schnittstellen zu nachgelagerten Leistungsbereichen (Rehabilitation, stationäre und ambulante Übergangspflege u.a.) nicht in allen Ländern gleich definiert sind. Deshalb sind die internationalen Referenzwerte nicht in jedem Fall

direkt vergleichbar. Gleichwohl deutet der länderübergreifende Vergleich darauf hin, dass in der Schweiz noch ein erhebliches Potenzial zur weiteren Verkürzung der Spitalaufenthalte besteht.

### 3.5 Bedarfsprognose bis 2020

#### a) Veränderungen der Fallzahlen

Als Grundlage der Planung wurden die statistischen Basisdaten der Schaffhauser Spitalversorgung nach derselben Methodik bearbeitet wie im Kanton Zürich. Aufgrund der wesentlich kleineren Fallzahlen, die statistisch weniger stabil sind, wären allzu detaillierte Prognosen für den Kanton Schaffhausen allerdings wenig sinnvoll. Zusammengefasst in breiteren Leistungsbereichen liegen die erwarteten Veränderungen bis 2020 in den folgenden Grössenordnungen (Werte gerundet):

	Fallzahlen 2010 ca.	Erwartete Zu- / Abnahme % bis 2020 (ca.)	Erwartete Zu- / Abnahme Fälle bis 2020 (ca.)
Grundversorgung Innere Med. + Chirurgie	4'800	+ 9 %	+ 430
Geburtshilfe / Gynaekologie	2'300	- 7 %	- 160
Chirurgie Bewegungsapparat + Rheumatologie	1'850	+ 10 %	+ 185
Kardiologie, Angiologie + Herz- und Gefässchirurgie	550	+ 18 %	+ 100
Andere Bereiche	2'300	+ 6 %	+ 145
<b>TOTAL</b>	<b>11'800</b>	<b>+ 6 %</b>	<b>+ 700</b>

**Tabelle 11: Erwartete Veränderungen der stationären Fallzahlen der Schaffhauser Spitalversorgung 2010 bis 2020**

Aufgrund der übernommenen Zürcher Modellannahmen ist in den meisten Fachbereichen ein Zuwachs der Fallzahlen in einer Grössenordnung von 5 - 10 % zu erwarten. Mit einem klar überproportionalen Wachstum stechen insbesondere die Herz-Kreislauf-Erkrankungen ins Auge (Kardiologie / Angiologie). Im Übrigen sind generell jene Bereiche besonders betroffen, in denen die Behandlungsbedürfnisse bei steigendem Lebensalter naturgemäss zunehmen. Auf der anderen Seite muss aufgrund der demografischen Entwicklung insbesondere in der Geburtshilfe ein weiterer Rückgang des Leistungsbedarfs erwartet werden.

Neben den Veränderungen der medizinischen Behandlungsbedürfnisse sind in der Spitalplanung auch die absehbaren weiteren Verlagerungen von bisher stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen. Inwieweit gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung allerdings auch von den ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer und ambulanter Leistungen (SwissDRG bzw. TarMed).

#### b) Veränderungen des stationären Bettenbedarfs

Bei der Prognose des stationären Spitalbettenbedarfs sind primär die Erwartungen in Bezug auf die Fallzahlen-Entwicklung sowie auf die mittlere Aufenthaltsdauer zu berücksichtigen. Zusätzlich spielen die Schnittstellen zwischen den stationären Akutbehandlungen und den nachgelagerten Leistungsbereichen (Rehabilitation, stationäre Akut- und Übergangspflege, Spitex-Pflege

zu Hause) eine Rolle, deren künftige Veränderungen - in Abhängigkeit nicht zuletzt auch von tarifarischen Rahmenvorgaben - nicht abschliessend voraussehbar sind.

Aufgrund der neuen bundesrechtlichen Vorgaben zur Spitalfinanzierung und zur Pflegefinanzierung ist zu erwarten, dass sich die bisherigen kantonsübergreifenden Unterschiede der Versorgungsstrukturen im Spital- und Heimbereich in den kommenden Jahren stark vermindern werden. Aus der Sicht des Kantons Schaffhausen drängt es sich angesichts der wirtschaftsgeografischen Gegebenheiten und der Grössenverhältnisse auf, für die Mittelfristplanung an den Richtwerten des Nachbarkantons Zürich Mass zu nehmen.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangslage und der spezifischen demografischen Entwicklungsprognosen (Bevölkerungszahl und Altersstruktur) ergeben sich dabei bei einheitlicher Berechnungsmethodik die folgenden Vergleichswerte:

	Basis 2010		Prognose 2020		Veränderung	
	SH <sup>12</sup>	ZH <sup>13</sup>	SH	ZH	SH	ZH
Bevölkerung (in 1'000) EW	75	1'327	78	1'426	+ 3 %	+ 7.5 %
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	133	145	141	147		
Stationäre Behandlungsfälle	10'000	192'000	11'000	210'000	+ 6 %	+ 9 %
Mittlere Aufenthaltsdauer	7.7	7,2	6,8	6,8		
Pflegetage (in 1'000)	77	1'382	75	1'428	- 3 %	+ 3 %
Pflegetage / 1'000 EW	1'025	1'050	961	987		

**Table 12: Entwicklungsprognosen stationäre Spitalleistungen Akutsomatik**

Die Grundlagen der dargelegten Kalkulationen und die resultierenden Folgerungen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Bei den absoluten Fallzahlen ist das erwartete Wachstum im Kanton Schaffhausen mit 6 % um rund 3 % tiefer als im Kanton Zürich. Die Differenz ist allerdings nicht gleich gross wie bei der Bevölkerungsentwicklung, weil das starke Wachstum im Kanton Zürich vorwiegend auf die Zuwanderung von jüngeren Personen zurückzuführen ist, bei denen das Risiko, dass eine Spitalbehandlung nötig wird, relativ klein ist.
- Die Zahl der Spitaleintritte pro 1'000 Einwohner (Hospitalisationsrate) liegt im Kanton Schaffhausen derzeit unter dem Niveau des Kantons Zürich, was angesichts des höheren Seniorenanteils an der Schaffhauser Bevölkerung erstaunlich ist. Für die Zukunft wird eine schrittweise Annäherung des Kantons Schaffhausen an den Zürcher Referenzwert erwartet.
- Bei der mittleren Aufenthaltsdauer lag Schaffhausen im Referenzjahr 2009 noch relativ deutlich über dem Zürcher Referenzwert. Für die kommenden Jahre wird eine Angleichung an den Zürcher Referenzwert erwartet. Dies unter der Annahme, dass der zusätzliche Betreuungsaufwand der älteren Patientinnen und Patienten, die in Schaffhausen

<sup>12</sup> Krankenhausstatistik BfS 2010, Hospitalisationen von Kantonseinwohnern SH in inner- und ausserkantonalen Spitälern (ohne ausserkantonale Patienten in Spitälern SH)

<sup>13</sup> Quelle: Versorgungsbericht Kanton Zürich

einen höheren Anteil ausmachen, künftig ausserhalb der Akutspital-Abteilungen im Rahmen der Rehabilitation sowie der Übergangspflege aufgefangen wird.

- Bei den Pfl egetagen pro 1'000 Einwohner, die sich aus der Multiplikation der Fallzahlen und der mittleren Aufenthaltsdauer ergeben, lag Schaffhausen bisher leicht hinter dem Zürcher Referenzwert zurück. Die Differenz wird nach den getroffenen Planungsannahmen in der bisherigen Proportion bestehen bleiben.

In Kombination der erwarteten Zunahme der stationären Fallzahlen und der erwarteten Verkürzung der mittleren Spitalaufenthaltszeit resultiert ein kalkulatorischer Rückgang der notwendigen Bettenkapazitäten im akutsomatischen Bereich um rund 3 %. Unter Berücksichtigung der begrenzten Schätzgenauigkeit der Prognosemodelle ist diese Abweichung vernachlässigbar. Für den Prognosehorizont der kommenden 10 Jahre kann somit von einem weitgehend stabilen Akutspital-Bettenbedarf ausgegangen werden.

Die verbleibenden Unsicherheiten der Schätzungen beziehen sich weniger auf das Ausmass der Leistungen, die stationär erbracht werden müssen, als vielmehr auf die definitorische Zuordnung von Alterspatienten mit komplexen gesundheitlichen Einschränkungen. Je nachdem, ob solche Patienten künftig als akutgeriatrische Spitalpatienten, als geriatrische Rehabilitationspatienten oder als Pflegepatienten der Akut- und Übergangspflege definiert und abgerechnet werden, wird auch das statistische Ergebnis der Spitalplanung beeinflusst. Diesem Umstand muss in der Investitionsplanung für die kantonalen Spitäler, welche den weit überwiegenden Anteil der betroffenen Patienten betreuen, angemessen Rechnung getragen werden.

### **3.6 Versorgungsstrategie**

#### *a) Regionale Grundversorgung*

Im Grundsatz verfolgt der Regierungsrat das Ziel, eine möglichst breite Grundversorgung der Bevölkerung des Kantons Schaffhausen durch die beiden örtlichen Spitäler (Kantonsspital und Klinik Belair) zu sichern, soweit dies mit Blick auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung möglich ist.

In Bezug auf die Differenzierung und Begrenzung der Leistungsaufträge werden dabei die folgenden Hauptkriterien beachtet:

- die Häufigkeit der betroffenen Untersuchungen und Behandlungen;
- die zeitliche Dringlichkeit, mit der die Leistungen verfügbar sein müssen;
- die Komplexität der Anforderungen an Personal und Infrastruktur (Verfügbarkeit von Radiologie / CT / MRI, Labormedizin, Intensivpflegestation etc.);
- die Kosten, die mit der Bereitstellung der benötigten Infrastruktur und der Anstellung des erforderlichen Personals verbunden sind;
- die absehbaren Präferenzen der Patientinnen und Patienten im Rahmen der erweiterten Spitalwahl-Freiheit nach den neuen bundesrechtlichen Vorgaben;
- die Perspektiven in Bezug auf die Verfügbarkeit des benötigten Fachpersonals am Standort Schaffhausen unter den absehbaren Arbeitsmarkt-Bedingungen.

In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung stellt die Aufrechterhaltung einer möglichst umfassenden Notfallbereitschaft mit guter Erreichbarkeit für die ganze Kantonsbevölkerung eine besonders anspruchsvolle Herausforderung dar. Auf der Basis eines begrenzten Einzugsgebietes von knapp 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern kann das Ziel nur

erreicht werden, wenn die regional verfügbaren Kräfte nicht unnötig verzettelt werden. Vielmehr besteht eine zwingende Notwendigkeit, alle Leistungsbereiche, die hohe Bereitschaftskosten verursachen und rund um die Uhr verfügbar sein müssen, an einem Ort zu konzentrieren. Deshalb müssen die Leistungsaufträge in Bereichen mit engen Bezügen zur Notfallversorgung regional exklusiv dem Kantonsspital zugewiesen werden.

Anders ist die Lage in jenen Leistungsbereichen einzuschätzen, die keine oder nur geringe Bezüge zur Notfallversorgung haben. In diesen Bereichen ist in den letzten Jahren ein zunehmender Wettbewerb zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken entstanden, die sich in grösseren kantonsübergreifenden Räumen als Konkurrenten gegenüber stehen. Die neuen Regeln des KVG sind gezielt darauf ausgerichtet, diesen Wettbewerb zum Vorteil der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Dem entsprechend wäre es in diesen Bereichen unter den neuen Vorgaben des KVG nicht angezeigt, mit restriktiven staatlichen Planungsentscheidungen allzu stark in die Angebotsentwicklung einzugreifen.

Für die Spitalplanung und die Spitalliste des Kantons Schaffhausen heisst dies, dass die Chancen zur Weiterführung eigener Angebote in diesen Bereichen grundsätzlich für beide Schaffhauser Spitälern offen bleiben sollen. Die bestehenden Angebote des Kantonsspitals wie auch der Klinik Belair sollen im Rahmen einer liberalen Zulassungspraxis auf die Spitalliste aufgenommen werden, soweit sie den rechtlichen Mindestanforderungen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Entscheide über die künftige Entwicklung dieser Angebote sollen nicht am kantonalen Planungstisch fallen, sondern von der Akzeptanz abhängig bleiben, die sich die Leistungsanbieter bei den Zuweisern und den Patienten inner- und ausserhalb der Kantons Grenzen längerfristig sichern und erhalten können.

Mit Blick auf die Grundversorgung der Gemeinden Buchberg und Rüdlingen ist zudem vorgesehen, das Spital Bülach als Ergänzung zu den beiden Spitälern auf Kantonsgebiet mit seinem vollen Leistungsspektrum auf die Schaffhauser Spitalliste aufzunehmen. Damit wird die Freizügigkeit, die aufgrund der besonderen geografischen Gegebenheiten schon 1997 im Rahmen eines Abkommens mit dem Kanton Zürich hergestellt wurde, unter den neuen Rahmenbedingungen des KVG sinngemäss fortgeführt.

#### *b) Vertiefte Kooperation mit dem Kantonsspital Winterthur*

In Ergänzung zu den örtlichen Angeboten ist vorgesehen, das Kantonsspital Winterthur noch stärker als bisher in die erweiterte Grundversorgung der Region Schaffhausen mit einzubeziehen. In verschiedenen spezialisierten Bereichen, welche die Möglichkeiten der Schaffhauser Spitälern übersteigen, bestehen schon heute enge Kooperationen, die teilweise auf formellen Verträgen und teilweise auf informellen Traditionen und Vertrauensbeziehungen beruhen (Radio-Onkologie / Tumorboard, Angiologie / Gefässchirurgie, Brustzentrum, Neurochirurgie, Pädiatrie, Ophthalmologie u.a.). In einer mittel- und längerfristigen Perspektive hat diese Zusammenarbeit noch ein erhebliches Ausbaupotenzial.

Der Kanton Zürich hat das Kantonsspital Schaffhausen als einziges ausserkantonales Spital mit einem umfassenden Leistungsauftrag der erweiterten Grundversorgung auf seine Spitalliste Akutsumatik aufgenommen. Damit ermöglicht er insbesondere der Bevölkerung des Zürcher Weinlandes einen freien Zugang zum Kantonsspital Schaffhausen. Im Gegenzug ist beabsichtigt, das Kantonsspital Winterthur in einem vergleichbar umfassenden Sinne auf die Schaffhauser Spitalliste aufzunehmen. Dies verspricht Vorteile in verschiedener Hinsicht:

- Die Kooperation wird beidseits auf eine klare formelle Grundlage gestellt, die das gegenseitige Vertrauen stärkt und als Basis dienen kann für eine Vertiefung der Zusammenarbeit auch in weiteren Bereichen.
- Es wird sichergestellt, dass die Bevölkerung des Kantons Schaffhausen in allen medizinischen Fachbereichen, die in Schaffhausen angeboten werden, einen freien Zugang zu mindestens einem weiteren Spital erhält. Die Wahlfreiheit im kleinen Kanton wird damit auf ein Niveau gehoben, wie es für die Bevölkerung grösserer Kantone generell gegeben ist.
- Aufgrund der Betriebsgrösse und der rasch wachsenden Einwohnerzahl des Einzugsgebietes bestehen in Winterthur erhebliche Chancen zum Auf- und Ausbau gewisser Leistungsbereiche, bei denen die Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung bisher vorwiegend auf Spitälern auf Zürcher Stadtgebiet basierte. Im Vordergrund steht derzeit insbesondere die interventionelle Kardiologie. Eine verstärkte Kooperation in solchen Bereichen bringt beiden Seiten einen erheblichen Nutzen (verbesserte Auslastung von Geräten und Personal mit entsprechender Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für Winterthur, tiefere Tarife, schnellere Erreichbarkeit in Notfällen und reduzierte Transportkosten für Schaffhausen).

Aufgrund seiner Betriebsgrösse und seines spezifischen Leistungsangebotes (erhebliche Fallzahlen bei gleichzeitigem Fehlen von universitären Spezialleistungen, die nur selten beansprucht werden), kann das Kantonsspital Winterthur kostenmässig sehr effizient betrieben werden. Das Spital ist für Schaffhausen somit ein attraktiver und starker Partner. Gleichzeitig sind die Grössenunterschiede zum Kantonsspital Schaffhausen doch nicht derart gross, dass ein Dialog auf Augenhöhe nicht mehr möglich wäre. Dies wird beidseits als gute Voraussetzung für eine gedeihliche Weiterentwicklung der Kooperation eingeschätzt.

### *c) Zentrumsversorgung und Spitzenmedizin*

In der hoch spezialisierten Zentrumsversorgung und Spitzenmedizin basiert die bisherige Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung im Wesentlichen auf den Universitätsspitalern, Zentrumsspitalern und Spezialkliniken im Kanton Zürich, die im Rahmen der Zürcher Spitalplanung evaluiert und mit den entsprechenden Leistungsaufträgen betraut werden. Aufgrund der wirtschaftsgeografischen Situation und der verfügbaren Verkehrsverbindungen ist diese Ausrichtung nahe liegend. Zudem sind die Kapazitäten der Zürcher Spitäler genügend, um das relativ bescheidene zusätzliche Patientenaufkommen aus dem Kanton Schaffhausen aufzunehmen.

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung wurden die Herzchirurgie, die interventionelle Kardiologie und die Schlaganfall-Versorgung unter Beizug von externen Experten der Firma Lenz Beratungen (Prof. Dieter Conen, Dr. Max Lenz und Jörg Gruber) sowie der hauptbetroffenen Kaderärzte am Kantonsspital vertieft analysiert: (Neurologie / Neurochirurgie). Die Abklärungen haben ergeben, dass in den Bereichen Herzchirurgie und Schlaganfall-Versorgung derzeit keine Veranlassung besteht, die bestehenden Kooperationen mit dem Universitätsspital Zürich (USZ) und dem Stadtspital Triemli Zürich in Frage zu stellen. Die bisherige Zusammenarbeit funktioniert zur allseitigen hohen Zufriedenheit. Beide Bereiche sind zudem Gegenstand von laufenden landesweiten Koordinationsbemühungen im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Änderungen der bestehenden Versorgungsstrukturen wären deshalb zum heutigen Zeitpunkt nicht opportun.

Eine differenzierte Beurteilung drängt sich bei der interventionellen Kardiologie auf. Dieser Bereich, der relativ hohe Fallzahlen aufweist und in den kommenden Jahren markant weiter wachsen wird, war bis vor wenigen Jahren noch den Universitätsspitälern sowie wenigen Zentrums- spitälern und Privatkliniken vorbehalten, die zugleich auch herzchirurgisch tätig waren. In jüngster Zeit hat sich die Technologie aber zunehmend auch auf Spitäler ohne eigene Herz- chirurgie ausgeweitet. Damit ist dieser Bereich nicht mehr im früheren Sinne der Spitzenmedizin zuzuordnen. Die diesbezügliche Versorgungsstrategie wird deshalb in einem nachstehenden Kapitel separat erläutert.

Neben den bisherigen Vertragspartnern USZ und Triemli hat sich auch die Klinik Hirslanden, Zürich, um Leistungsaufträge in den Bereichen Herzchirurgie/Kardiologie und Neurochirurgie / Neurologie beworben. Zudem bestehen im Herz-Neuro-Zentrum Kreuzlingen analoge Angebote, welche für einen Einbezug in die Schaffhauser Versorgungsplanung grundsätzlich in Frage kommen. Beide Anbieter sind für die Versorgung bisher allerdings von untergeordneter Bedeutung und bleiben für Interessenten aus dem Kanton Schaffhausen aufgrund der neuen KVG- Regeln zur Spitalfinanzierung auch ohne Aufnahme auf die Schaffhauser Spitalliste weitgehend frei zugänglich. Deshalb besteht zur Aufnahme auf die Spitalliste zum heutigen Zeitpunkt weder Anlass noch Notwendigkeit.

Bei weiteren spezialisierten Spitalleistungen, die weder in Schaffhausen noch im Kantonsspital Winterthur abgedeckt werden können, wurde auf eine detaillierte Evaluation der einzelnen in Frage kommenden Leistungsanbieter verzichtet. Vielmehr sollen diese Bereiche in der Schaff- hauser Spitalliste mit summarischen Leistungsaufträgen an die drei universitären Spitäler des Kantons Zürich abgedeckt werden (Universitätsspital, Kinderspital und Klinik Balgrist). Damit sollen die umfassenden Leistungen, die der Kanton Zürich im Rahmen seiner Universitätsspi- täler im Interesse der ganzen Ostschweiz seit Jahrzehnten erbringt und auch weiterhin erbrin- gen wird, angemessen gewürdigt und auch mitgetragen werden.

Unter den aktuellen bundesrechtlichen Vorgaben ist zu erwarten, dass Tarife der Universitäts- spitäler auf absehbare Zeit in einer Grössenordnung von 10 - 20 % über den Referenzwerten anderer Spitäler liegen werden. Vor diesem Hintergrund wäre es aus der Sicht eines externen Partnerkantons nicht vertretbar, die Universitätsspitäler ohne Not für die Erbringung von häufig beanspruchten Leistungen der Grundversorgung heranzuziehen.

Auf der anderen Seite wäre es aber auch nicht verhältnismässig, für selten beanspruchte Lei- stungen, welche die Möglichkeiten der Schaffhauser Spitäler und des Kantonsspitals Winterthur übersteigen, systematisch und differenziert nach anderen Anbietern zu suchen, welche die glei- chen Leistungen allenfalls noch günstiger anbieten könnten. Die Anwendung einer derartigen "Rosinenpicker-Strategie" durch die Nachbarkantone müsste vom Kanton Zürich als unfreund- licher Akt verstanden werden, der die Universitätsspitäler zu betrieblichen Einschränkungen mit entsprechenden Rückwirkungen auf die Versorgungs- und auch Ausbildungsqualität der ganzen Region zwingen könnte.

### **3.7 Spezielle Leistungsbereiche**

#### *a) Interventionelle Kardiologie*

In der Nachbarschaft Schaffhausens haben insbesondere die Kantonsspitäler Winterthur und Frauenfeld in den letzten Jahren eigene Herzkatheter-Labors aufgebaut. In anderen Kantonen gibt es bereits Spitäler in der Grössenordnung des Kantonsspitals Schaffhausen, die - in Ko-

operation mit grösseren Partnerspitälern - die Einrichtung eigener Labors in Erwägung ziehen. Auch im Kanton Schaffhausen wurden die Möglichkeiten zum Aufbau eines entsprechenden Angebots am Kantonsspital im Herbst 2011 im Zusammenhang mit einer entsprechenden Kooperations-Offerte der Hirslanden-Gruppe sorgfältig analysiert.

Die unter Beizug externer Berater durchgeführten Abklärungen haben allerdings zu einer negativen Beurteilung geführt. In der Region Zürich / Nordostschweiz gibt es heute mehr als genügend Anbieter im Bereich der interventionellen Kardiologie. Diese konkurrenzieren sich gegenseitig und kämpfen teilweise mit Auslastungsproblemen, welche die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gleichermaßen beeinträchtigen. Die Fallzahlen, die beim Aufbau eines eigenen Katheterlabors in Schaffhausen erreicht werden könnten, würden nach Einschätzung der beigezogenen Experten nicht genügen, um die Leistungen mit bedarfsgerechten Bereitschaftszeiten in der geforderten Qualität und Wirtschaftlichkeit erbringen zu können. Deshalb kann der Aufbau eines eigenen Katheterlabors im Kanton Schaffhausen aus der Sicht des Regierungsrates derzeit - ungeachtet der Trägerschaft - nicht in Frage kommen.

Die Notfallversorgung von Schaffhauser Patienten, in der die interventionelle Kardiologie eine wichtige Rolle spielt, basiert heute vorwiegend auf einer langjährigen, vertraglich geregelten Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich und dem Stadtspital Triemli Zürich. Auf diese bestens funktionierende Zusammenarbeit kann und soll auch in Zukunft nicht verzichtet werden. Insbesondere Patienten mit grösseren Risiken müssen mit Vorteil auch künftig in Spitälern behandelt werden, bei denen die interventionelle Kardiologie in enger Nachbarschaft zu einer herzchirurgischen Abteilung betrieben wird.

In Ergänzung zu diesen Partnerschaften soll künftig aber auch verstärkt mit dem Kantonsspital Winterthur zusammengearbeitet werden. Dies verspricht mit Blick auf die deutlich kürzeren Wege sowie auf die parallelen Kooperationen mit Winterthur auch in anderen Bereichen erhebliche strategische und auch kostenmässige Vorteile.

#### *b) Pädiatrie*

Unter Ausklammerung der Neugeborenen, deren Betreuung zu den Kernaufgaben eines Spitals der regionalen Grundversorgung gehört, ist die Anzahl der Kinder mit stationärem Spitalpflegebedarf relativ klein. Gleichwohl ist dieser Leistungsbereich in qualitativer Hinsicht von erheblicher Bedeutung und verdient dem entsprechend besondere Aufmerksamkeit.

In fachlicher Hinsicht stellt die Behandlung von Kindern besondere Anforderungen in Bezug auf die Ausbildung und die Erfahrungen des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals (spezifisches Ansprechen der Kinder auf Medikamente, besondere Anaesthesierisiken, Berücksichtigung von Wachstumsprozessen in den chirurgischen Fächern, spezielle Ansprüche an die Kommunikation mit Kindern und ihren Eltern etc.). Zudem muss auf den Pflegestationen, in denen Kinder betreut werden, eine auf deren besondere Bedürfnisse abgestimmte Atmosphäre geschaffen werden.

Die Bereitstellung eines qualitativ hochwertigen pädiatrischen Leistungsangebotes stellt für Spitälern mit einem relativ kleinen Einzugsgebiet eine grosse Herausforderung dar. Ungeachtet der Fallzahlen kommt der Sicherung einer möglichst breiten wohnortnahen Grundversorgung in diesem Bereich eine hohe Bedeutung zu:

- In allererster Dringlichkeit ist die Verfügbarkeit von qualifizierten Kinderärztinnen / Kinderärzten rund um die Uhr für jedes Spital mit eigener Geburtsabteilung von grösster Bedeutung und absolut unerlässlich.
- Überdies sind Eltern und Hausärzte in dringlichen Notfällen auch bei älteren Kindern auf die rasche und wohnortnahe Verfügbarkeit kompetenter pädiatrischer Ansprechpartner angewiesen.
- Im Weiteren liegt es im offensichtlichen Interesse der Kinder und ihrer Angehörigen, dass sie zumindest bei Behandlungen der Grundversorgung, die keine hochspezialisierten Ansprüche stellen, möglichst wohnortnah behandelt und gepflegt werden können.

Im Kantonsspital Schaffhausen werden Kinder und Jugendliche primär durch die Ärztinnen und Ärzte der Abteilungen Medizin und Chirurgie sowie durch zwei niedergelassene Kinderärzte, die mit grösseren Teilpensen am Spital angestellt sind, betreut. Zudem kann im Notfalldienst auf zwei weitere privat praktizierende Kinderärztinnen / Kinderärzte sowie auf weitere am Kantonsspital engagierte Fachärztinnen und Fachärzte zurückgegriffen werden.

Die operative Versorgung von Kindern (z.B. HNO, Urologie, Chirurgie, Orthopädie) erfolgt durch die entsprechend qualifizierten Spital- und Fachärzte. Die Pflege und Betreuung der Kinder erfolgt auf einer Station, die in Bezug auf die Einrichtung und Gestaltung auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder ausgerichtet ist und wo auch besonders geschultes Pflegepersonal eingesetzt wird. Bei Bedarf kann auch ein Elternteil mit aufgenommen werden.

Auf der Grundlage der heute verfügbaren Mittel kann die Notfallaufnahme und die Grundversorgung von Kindern im Kantonsspital Schaffhausen auch weiterhin im bisherigen Umfang sichergestellt werden. Insbesondere sind einfachere chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern in den primär auf erwachsene Patienten ausgerichteten Strukturen möglich. Damit kann ein erheblicher Teil der Bedürfnisse auf pragmatischem Wege und zu vertretbaren Kosten wohnortnah abgedeckt werden.

Als Ergänzung der innerkantonalen Angebote kommt den breiteren und höher spezialisierten Angeboten des Kantonsspitals Winterthur und des Kinderspitals Zürich für die pädiatrische Versorgung der Kinder aus dem Kanton Schaffhausen weiterhin eine wichtige Bedeutung zu. Zur Sicherung eines bedarfsgerechten und unkomplizierten Zugangs im Bedarfsfall ist vorgesehen, beide genannten Spitäler im ganzen Umfang ihrer Leistungsangebote auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen zu berücksichtigen.

### *c) Geburten*

In Bezug auf den Geburtsort können sich die Frauen grundsätzlich zwischen der stationären oder ambulanten Geburt im Spital, der Hausgeburt oder der Geburt in einem Geburtshaus entscheiden. Während im Spital alle Voraussetzungen für die Bewältigung von Notfällen vorhanden sind (OP-Saal, Ärzteteam etc.), ist ein Geburtshaus eine von Hebammen betreute selbständige Institution mit beschränkten Einrichtungen ohne umfassende ärztliche Präsenz. Die Möglichkeiten für medizinische Eingriffe sind beschränkt. Es werden daher nur pränatal als risikofrei eingeschätzte Geburten im Geburtshaus durchgeführt. Tritt eine unvorhergesehene Situation ein, muss die werdende Mutter ins Spital verlegt werden.

Im Kanton Schaffhausen wurde im Frühjahr 2012 ein Geburtshaus eröffnet, das allerdings - im Gegensatz zu länger bestehenden ähnlichen Einrichtungen in anderen Kantonen - nicht als stationäre Einrichtung im Sinne des KVG gilt. Die erbrachten Leistungen sind dem entsprechend

nicht direkt vergleichbar. Die Geburten und Wochenbett-Betreuungen, die dort stattfinden, werden nach den für ambulante Leistungen geltenden Regeln abgerechnet. Das Angebot ist primär auf Frauen ausgerichtet, die sonst eine Hausgeburt gewählt hätten. Grössere Verlagerungen zu Lasten der Spitalgeburten aufgrund des neuen Angebotes sind dem entsprechend nicht zu erwarten.

Der Kanton Zürich hat drei Geburtshäuser im Rahmen seiner Spitalliste mit Leistungsaufträgen betraut, darunter das von Schaffhausen aus gut erreichbare Geburtshaus Weinland in Andelfingen. Die Institution ist derzeit allerdings geschlossen (1. Oktober 2012 - bis 31. Januar 2013), unter Hinweis auf überlastete Kapazitäten als Begründung. Eine Aufnahme auf die Schaffhauser Spitalliste ist unter diesen Vorzeichen nicht angebracht.

Ungeachtet der Gestaltung der Schaffhauser Spitalliste bleiben die in anderen Kantonen bestehenden Geburtshäuser für Frauen aus dem Kanton Schaffhausen grundsätzlich frei zugänglich. Nach den aktuellen Regeln des KVG besteht für Leistungen in Geburtshäusern eine umfassende Zahlungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons im Rahmen des innerkantonalen Referenztarifs für geburtshilfliche Leistungen. Deshalb können auch Frauen ohne überobligatorischen Versicherungsschutz die entsprechenden Angebote nutzen, soweit sie dies wünschen und entsprechende Angebote verfügbar sind.

#### *d) Akutgeriatrie*

Die Behandlung von hoch betagten Menschen, die oft multimorbid sind (mehrere Krankheiten zugleich) und relativ häufig auch Demenz-Symptome aufweisen, stellt besondere Anforderungen. Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Kernauftrag der Akutspitäler. Hoch betagte Menschen werden heute meist in der Abteilung der Inneren Medizin behandelt. In der medizinischen Statistik wurden die Fälle bisher keiner spezifischen Fallgruppe (DRG) zugeordnet. In der Spitalplanung ist diesen Patienten gleichwohl besondere Beachtung zu schenken.

In einzelnen Spitälern werden heute schon spezielle akutgeriatrische Abteilungen geführt (z.B. Waid-Spital Zürich). Zudem wurden im Rahmen des Tarifsystems Swiss DRG spezielle Fallpauschalen für akutgeriatrische Patienten gebildet, die allerdings nur in Spitälern mit speziellen geriatrischen Abteilungen und spezifischen Behandlungskonzepten verrechnet werden können. Dabei stehen interdisziplinäre Arbeitsweisen im Zentrum. Neben den somatischen Arztdiensten und Pflegeleistungen spielen insbesondere auch die Psychiatrie sowie verschiedene therapeutische und soziale Angebote mit fließenden Übergängen zur Rehabilitation eine namhafte Rolle.

Mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung wurde an der Schnittstelle zwischen der akutsomatischen Spitalversorgung und der Rehabilitation von geriatrischen Patienten eine spezielle Fallgruppe unter dem Titel "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK)" definiert. Die so definierte Prozedur ist bestimmten Diagnosegruppen vorbehalten. Bei der Abgrenzung der Akutgeriatrie zur geriatrischen Rehabilitation bleiben allerdings gewisse Unschärfen, die derzeit noch nicht abschliessend geklärt sind.

Die spezialisierte geriatrische Arbeit hat in den Spitälern Schaffhausen eine lange Tradition. Das Pflegezentrum Schaffhausen gehörte seit den späten 1980er-Jahren zu den Pionieren der geriatrischen Rehabilitation, und seit der Verlegung dieser Abteilung ins Kantonsspital wurden die Verbindungen zur Akutmedizin noch weiter ausgebaut. Aufgrund der bestehenden personellen Ressourcen und Erfahrungen ist vorgesehen, dem Kantonsspital Schaffhausen im Rahmen der Spitalliste einen spezifischen Leistungsauftrag auch für die Akutgeriatrie zuzuweisen.

#### e) *Palliative Care*

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität gegebenenfalls bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Die Herausforderungen der Palliativpflege umfassen neben den Spitälern auch die Alters- und Pflegeheime sowie die ambulanten Leistungsbereiche der Hausarztmedizin, der ärztlichen Spezialversorgung und der Spitex-Dienste.

Im Kanton Schaffhausen wurde der Anspruch auf eine bedarfsgerechte palliative Pflege in der letzten Lebensphase auf Antrag der vorberatenden Kommission des Kantonsrates explizit ins neue Gesundheitsgesetz aufgenommen, das den Stimmberechtigten im November 2012 zur Abstimmung unterbreitet wird.

Zur Umsetzung dieses neuen gesetzlichen Auftrages ist vorgesehen, im Rahmen der Spitäler Schaffhausen ein Kompetenzzentrum Palliative Care aufzubauen, das - in Anlehnung an das Vorgehen im Kanton Zürich - auch für die spitalexternen Leistungsanbieter übergeordnete Aufgaben der Aus- und Weiterbildung, der Koordination und der Qualitätssicherung wahrnehmen soll. Die entsprechenden Aufgaben werden in den kommenden Monaten im Rahmen einer interdisziplinären Projektgruppe unter Einbezug aller betroffenen Partner konkretisiert und sollen bis 2014 in den Leistungsauftrag der Spitäler Schaffhausen eingebracht werden (Leistungsabgeltung im Rahmen des Jahreskontraktes).

#### f) *Komplementärmedizin*

Im Mai 2009 haben die Stimmberechtigten der Aufnahme eines neuen Art. 118a in die Bundesverfassung mit dem folgenden Wortlaut zugestimmt:

*Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin.*

Der Verfassungsartikel ist sehr allgemein gehalten. Genauere Gesetzesvorgaben des Bundes zur Umsetzung bestehen noch nicht.

Nach dem aktuellen Kenntnisstand sind in der deutschsprachigen Schweiz bisher vier akutsozialistische Spitäler mit komplementärmedizinischer Haupt-Ausrichtung von den Standortkantonen mit neurechtlichen Leistungsaufträgen auf ihre Spitallisten aufgenommen worden:

- das Paracelsus-Spital Richterswil (ZH)
- die Aeskulap-Klinik Brunnen (SZ)
- die Lukas Klinik Arlesheim (BL)
- die Ita Wegmann Klinik Arlesheim (BL).

Die Kliniken wurden in der Vergangenheit nur durch relativ wenige Personen aus dem Kanton Schaffhausen beansprucht. Eine umfassende Aufnahme aller vier Kliniken auf die Schaffhauser Spitalliste wäre unverhältnismässig. Die Auswahl einer einzelnen Klinik würde eine differenzierte Beurteilung der besonderen Leistungen sowie der Qualität und der Wirtschaftlichkeit voraussetzen, was mit verhältnismässigem Aufwand ebenfalls nicht zu leisten wäre. Deshalb wird auf eine ausdrückliche Aufnahme auf die Schaffhauser Spitalliste in allen vier Fällen verzichtet.

Aufgrund der neurechtlichen Freizügigkeitsregeln des KVG bleiben die komplementärmedizinischen Kliniken für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen gleichwohl zugänglich, bei voller Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung und den Kanton, soweit die Tarife das Referenzniveau des Kantonsspitals Schaffhausen nicht übersteigen. Im Falle höherer Tarife wären Zuzahlungen aus Zusatzversicherungen oder aus eigenen Mitteln zu leisten, die sich aufgrund der neuen Rechtslage allerdings auf einem wesentlich tieferen Niveau bewegen würden als vor dem Inkrafttreten der neuen Finanzierungsregeln am 1. Januar 2012.

### **3.8 Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013**

Die Gestaltung der Schaffhauser Spitalliste 2013 folgt in ihrem Aufbau dem Muster der Zürcher Spitalliste 2012, die nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK als landesweit empfohlene Referenz gilt. Mit Blick auf den Umstand, dass im Kanton Schaffhausen nur zwei innerkantonale Spitäler vertieft zu prüfen sind - im Gegensatz zu 27 Listenspitälern im Kanton Zürich - wird allerdings eine weniger detaillierte Darstellungsform gewählt: Die 145 Leistungsgruppen der Zürcher Spitalliste werden in einer aggregierten Form zu 32 Leistungsbereichen zusammengefasst.

Die verdichtete Darstellungsform der Schaffhauser Spitalliste erhöht die Übersichtlichkeit und verhindert gleichzeitig, dass die Liste im Zusammenhang mit kleineren Anpassungen des medizinischen Leistungsspektrums einzelner Spitäler allzu häufig revidiert werden muss. Bei den beiden innerkantonalen Spitalen werden differenziertere Vorgaben in Fachbereichen, die nur teilweise abgedeckt werden können, im Rahmen eines Anhangs separat festgehalten. Der Anhang kann bei Bedarf flexibel angepasst werden. Bei den ausserkantonalen Spitalen kann für die weitere Differenzierung der Leistungsaufträge auf die Spitallisten der Standortkantone verwiesen werden.

Die Zusammenarbeit mit den Spitalen, die auf der Schaffhauser Spitalliste aufgeführt sind, soll mit Verträgen geregelt werden, in denen die Leistungspflichten und die administrativen Abläufe geklärt werden. Die Verträge sind im vierten Quartal 2012 zu bereinigen und zu genehmigen, um eine termingerechte Inkraftsetzung der Spitalliste per 1. Januar 2013 zu ermöglichen. Beim Abschluss der Verträge werden allfällige neue Erkenntnisse aus den Beratungen des Kantonsrates zum Planungsbericht zu berücksichtigen sein.

*(Entwurf der Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013 vgl. Anhänge 1 und 1a)*

## 4. Psychiatrie

### 4.1 Datenbasis und Methodik

Bei der Leistungserfassung und Planung im Psychatriebereich ist zu beachten, dass psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen nicht nur bei Behandlungen in Psychiatriekliniken, sondern auch in somatischen Akutspitälern und Rehabilitationskliniken eine nicht unerhebliche Bedeutung haben. Zudem werden auch in Langzeitpflege-Einrichtungen für psychisch behinderte Personen (inkl. Langzeitpsychiatrie) regelmässig akutpsychiatrische Unterstützungsleistungen benötigt und erbracht (Krisenintervention u.a.). Daraus ergeben sich bei der Abgrenzung der Psychiatrie gegenüber anderen Leistungsbereichen gewisse Unschärfen.

Für die Psychiatrieplanung des Kantons Schaffhausen wird im vorliegenden Bericht auf die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) entwickelte Methodik zurückgegriffen. Ausgangspunkt sind dabei ausschliesslich die Behandlungen stationärer Patientinnen und Patienten in Kliniken, die in der Krankenhausstatistik des Bundes als Psychiatrische Spezialkliniken erfasst sind. Die Zuordnung der einzelnen Behandlungsfälle nach Leistungsgruppen erfolgt aufgrund der ICD-Diagnosegruppen.

Ausgeklammert bleiben bei diesem Vorgehen alle Behandlungen in Akutspitälern mit somatisch-psychiatrischen Doppeldiagnosen (insb. Suchtprobleme und psychosomatische Störungen) sowie psychosomatische Rehabilitationsbehandlungen in Kliniken, die primär auf die Rehabilitation bei organischen Störungen ausgerichtet sind.

Als weitere Problematik ist zu beachten, dass die Abgrenzungen zwischen Akutpsychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpsychiatrie landesweit bislang nicht in allen Kliniken einheitlich gehandhabt werden. Insbesondere bei den Pflegetagen (weniger bei den Fallzahlen) wird die Vergleichbarkeit der Daten dadurch erheblich beeinträchtigt. Diese Problematik ist in Schaffhausen besonders ausgeprägt, da die betriebliche Verzahnung der Akut- und der Langzeitpsychiatrie hier noch enger ist als in den meisten Psychiatriekliniken anderer Kantone:

- In den Erhebungen des Bundesamtes für Statistik wurde das Schaffhauser Psychiatriezentrum Breitenau bisher als einheitlicher Betrieb erfasst, ohne Unterscheidung zwischen dem Akutbereich, dessen Leistungen rechtlich dem Spitalbereich zugehören, und dem Langzeitbereich, dessen Patienten den versicherungsrechtlichen Status von Heimbewohnern haben.
- Auch in den Jahresberichten der Spitäler Schaffhausen wurde die Abgrenzung über die Jahre hin nicht immer einheitlich ausgewiesen (Zuordnung der Patienten teilweise aufgrund der betreuenden Pflegestation und teilweise aufgrund des versicherungsrechtlichen Patientenstatus).

Da die genannten Schnittstellen-Probleme teilweise auch in anderen Kantonen bestehen, sind rückblickende interkantonale Kennzahlenvergleiche in der Psychiatrie nur sehr bedingt aussagekräftig. Für die zukunftsgerichteten Planungen besteht dagegen eine weitgehend standardisierte Terminologie und Betrachtungsweise. Ein von der Schweizerischen Konferenz der kanto-

nenalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeiteter Leitfaden zur Psychiatrieplanung kann dazu als landesweit beachteter Referenzrahmen herangezogen werden.<sup>14</sup>

Zur differenzierteren Klärung der Ausgangslage in Schaffhausen wurde im Rahmen der aktuellen Planung eine systematische Überprüfung der klinikinternen Daten der letzten Jahre vorgenommen. Damit kann die aktuelle Versorgungslage in einer Form dargestellt werden, die mit den methodischen Zielvorgaben und Richtwerten des GDK-Leitfadens sowie mit den Planungen der anderen Kantone weitgehend kompatibel ist.

#### 4.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage

Die stationäre Psychiatrieversorgung der Schaffhauser Bevölkerung basiert zu gut drei Vierteln auf den Psychiatrischen Diensten der Spitäler Schaffhausen (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatriezentrum Breitenau). Bezogen auf die Klinikaustritte zeigen sich die folgenden Proportionen:

	Austritte SH Total	Anteil PZ Breitenau Austritte %	Anteil ausserkant. Kliniken %
Organische Störungen (F 0)	33	29 88 %	4 12 %
Suchtprobleme (F 1)	205	146 71 %	59 29 %
- Alkohol	134	102 76 %	32 24 %
- andere Drogen	71	44 62 %	27 38 %
Schizophrenie, wahnhaftige Störungen (F 2)	94	87 93 %	7 7 %
Affektive Störungen (F 3)	144	103 72 %	41 28 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F 4)	120	103 86 %	17 14 %
Persönlichkeitsstörungen (F 6)	54	31 58 %	23 42 %
Andere Störungen (F 5 / 7 / 8 / 9)	30	20 67 %	10 33 %
TOTAL FÄLLE	680	519 76 %	161 24 %

**Tabelle 13: Austritte nach stationären Psychiatriebehandlungen 2010 von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons SH nach ICD-Diagnosegruppen<sup>15</sup>**

Die Übersicht zeigt, dass das Psychiatriezentrum Breitenau nicht in allen psychiatrischen Diagnosebereichen eine gleich zentrale Rolle einnimmt:

- Bei denjenigen Krankheitsbildern, die mehrheitlich von chronischen Verläufen und periodisch wiederkehrenden Störungen geprägt sind, ist die Bedeutung des innerkantonalen Leistungsanbieters absolut zentral.
- Bei Krankheiten und Störungen, die eher episodisch in bestimmten Lebensphasen auftreten, wird dagegen ein höherer Versorgungsanteil durch ausserkantonale Kliniken abgedeckt.

<sup>14</sup> vgl. Link auf der Website [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) => Themen => Psychiatrieplanung

<sup>15</sup> Quellen: bereinigte Leistungsstatistik der Spitäler Schaffhausen (Psychiatriezentrum Breitenau), Medizinische Statistik BfS (ausserkantonale Kliniken)

Für spezielle Aufgaben der psychiatrischen Versorgung, die besondere Spezialisierungen voraussetzen, bestehen langjährige vom Regierungsrat abgeschlossene Verträge mit den folgenden ausserkantonalen Kliniken.

- Integrierte Psychiatrie Winterthur für Drogenentzugs-Behandlungen (Angebot Klinik Hard bis Mitte 2012);
- Clienia Klinik Littenheid und Klinik Sonnenhof Gantereschwil für stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Weiteren besteht mit der Forel-Klinik Ellikon a.d. Thur ohne formellen Vertrag eine etablierte Zusammenarbeit für Alkoholentzugs-Behandlungen.

Im Einzelnen verteilen sich die ausserkantonalen Psychiatriebehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2010 wie folgt:

Beanspruchte ausserkantonale Kliniken	Austritte Einwohner SH	Häufigste Hauptdiagnosen
Integrierte Psychiatrie Winterthur (Embrach)	27	Drogen (22)
Psychiatriezentrum Münsterlingen (STGAG)	25	Persönlichkeitsstörungen (13) + Affektive Störungen (7)
Clienia Littenheid	24	div. (Jugendpsychiatrie)
Forel Klinik Ellikon a.d. Thur	22	Alkohol (22)
Klinik Aadorf	11	Affektive Störungen (7)
Psychiatriezentrum Rheinau	8	div. (Forensik)
Diverse andere Kliniken	44 <sup>16</sup>	Affektive Störungen (17) Alkohol + Drogen (10)
Total ausserkantonale Kliniken	161	

**Tabelle 14: Behandlungen von Personen aus dem Kanton Schaffhausen in ausserkantonalen Psychiatriekliniken (Anzahl Austritte und häufigste Hauptdiagnosen gemäss Med. Statistik BFS 2010)**

### 4.3 Datenanalyse des Psychiatriezentrums Schaffhausen

Die stationäre Gesamtbelegung des Psychiatriezentrums hielt sich in den letzten Jahren relativ stabil (Auslastung zwischen 90 % und 95 % bei einer angenommenen Normalkapazität von 135 betriebenen Betten). Bei der Status-Zuordnung der Patienten zeigten sich allerdings erhebliche Schwankungen: Der Anteil der Akutpflegetage lag 2011 bei rund 45 %. Die Veränderungen in den Vorjahren sind teilweise auf abweichende Erfassungsmethoden zurückzuführen (andere versicherungsrechtliche Zuordnung der Patienten und veränderte interne Organisation der Klinik).

<sup>16</sup> ohne Klinik Gais AG (Psychosomatik, erfasst im Kapitel Rehabilitation)

Jahr	Pflegetage Total	Pflegetage Akut	Pflegetage Langzeit
2006	46'282	19'818	26'464
2007	45'117	18'415	26'702
2008	44'997	23'352	21'645
2009	44'745	19'489	25'256
2010	44'784	22'187	22'597
2011	46'813	21'060	25'753

**Tabelle 15: Belegung Psychiatriezentrum akut + Langzeit 2006 bis 2011**

Eine differenzierte Analyse der Daten 2010 zeigt, dass die stationäre Behandlung bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten weniger als 18 Tage gedauert hat (Medianwert). Die durchschnittliche Behandlungsdauer unter Berücksichtigung aller Austritte lag bei 34,1 Tagen und damit deutlich unter dem statistischen Landesmittelwert (2009: 43,7 Tage). Die Differenzen werden stark beeinflusst durch einen relativ kleinen Teil von Patienten, die aufgrund ihrer spezifischen Problematik ausserordentlich lange Behandlungen benötigen. Die längste Behandlung unter den 2010 ausgetretenen Patienten hat 413 Tage gedauert.

Überdurchschnittlich lange Klinikaufenthalte sind insbesondere bei den Diagnosegruppen F 2 (Schizophrenien) und F 3 (affektive Störungen) relativ häufig: Die mittlere Aufenthaltsdauer lag 2010 in diesen Bereichen bei 54,5 bzw. 52,9 Tagen und damit deutlich über den Werten der übrigen Diagnosegruppen. Bezogen auf die Belegungstage brachten die beiden Bereiche zusammen rund 58 % der stationären Gesamtauslastung auf.

Diagnosegruppe	Anteil Austritte	Anteil Pflegetage
Organische Störungen (F 0)	6 %	4 %
Suchtprobleme (F 1)	28 %	19 %
Schizophrenie / wahnhaftige Störungen (F 2)	17 %	27 %
Affektive Störungen (F 3)	20 %	31 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F 4)	20 %	15 %
Andere Störungen	9 %	4 %

**Tabelle 16: Anteile der Haupt-Diagnosegruppen an der Belegung 2010 des Psychiatriezentrums Schaffhausen (Akutpsychiatrie ohne Langzeitpatienten)**

Zur weiteren Charakteristik können folgende Angaben gemacht werden:

- *Eintritt / Austritt*

Vor dem Eintritt waren knapp 80 % der Patienten zu Hause. 20 % der Patienten wurden aus einem Spital oder einem Heim überwiesen. Die Einweisung erfolgte zu knapp zwei Dritteln selbst oder durch Angehörige. Gut ein Drittel wurde durch einen Arzt / eine Ärztin zugewiesen. In 7 Fällen erfolgte die Einweisung durch die Justizbehörde.

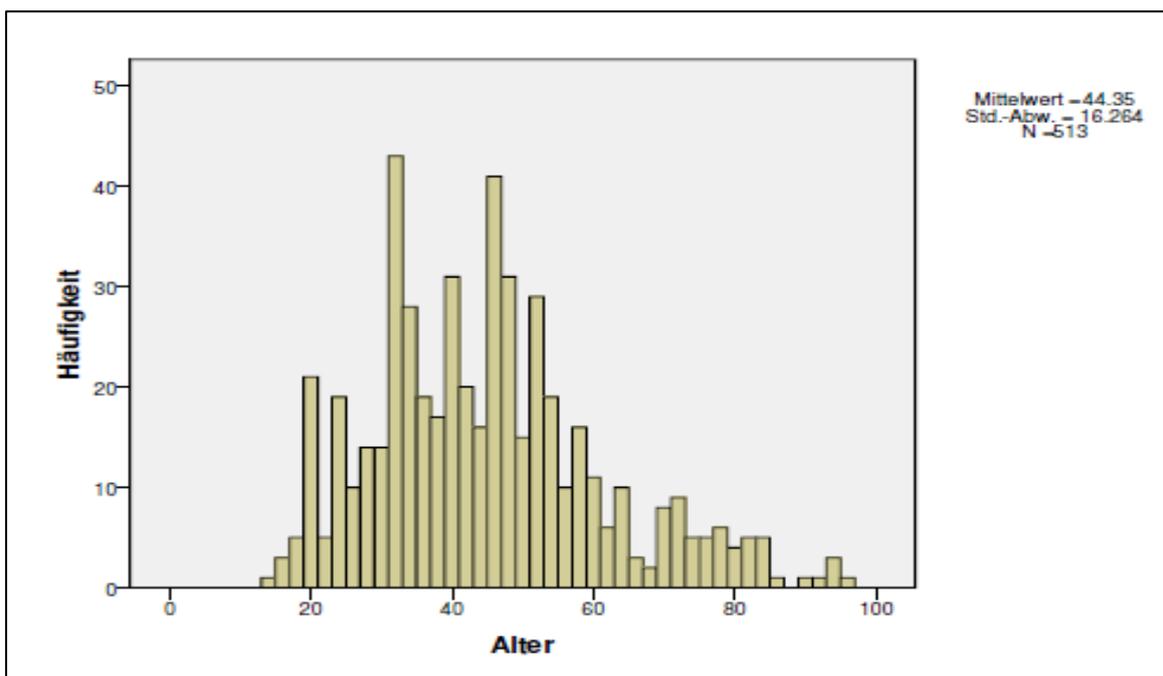
Der Austritt erfolgte in 85 % der Fälle nach Hause. Rund 15 % der Patientinnen und Patienten wurden in ein Heim oder eine andere Institution (zurück)verlegt.

- *Herkunft der Patientinnen und Patienten*

Ein Anteil von 92 % der Patienten stammte aus dem Kanton Schaffhausen. Von den auswärtigen Patienten kamen 24 aus dem Kanton Zürich, 7 aus Deutschland, 6 aus dem Kanton Thurgau und 4 aus anderen Kantonen.

- *Lebensalter*

In Bezug auf das Alter der Patientinnen und Patienten im Akutbereich lagen sowohl der Mittelwert als auch der Median bei rund 44 Jahren. Die Streuung geht von 14 bis 95 Jahren, wobei die Spitzen - im Gegensatz zur Akutsomatik - nicht bei den älteren Jahrgängen liegen, sondern im Alterssegment zwischen 20 und 60 Jahren (vgl. Abbildung 5).



**Abbildung 5: Altersverteilung der Patienten 2010**

#### **4.4 Bewertung der stationären Belegungswerte im interkantonalen Vergleich**

Der Vergleich der stationären psychiatrischen Akutversorgung des Kantons Schaffhausen mit den Referenzwerten anderer Kantone musste gegenüber der Vernehmlassungsvorlage vom November 2011 modifiziert werden aufgrund differenzierter Daten, die im Rahmen der Medizinischen Statistik 2010 des BfS zur Verfügung stehen.

Im landesweiten Quervergleich zeigt sich, dass die interkantonalen Unterschiede bei der Beanspruchung von psychiatrischen Akutbetten wesentlich grösser sind als im akutsomatischen Spitalbereich. Insbesondere weisen die meisten Westschweizer Kantone traditionell relativ tiefe Psychiatrie-Bettenzahlen aus. In der deutschsprachigen Schweiz haben einzelne Kantone in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen zur Umstrukturierung der Psychiatrieversorgung unternommen, verbunden mit deutlichen Anpassungen der stationären Kapazitäten. Andere Kantone weisen dem gegenüber noch immer Bettenzahlen aus, die sehr erheblich über dem Landesmittelwert liegen (vgl. Tabelle 16).

	<b>Pflegetage Akutpsychiatrie / 1'000 Einwohner</b>	<b>Beanspruchte Bettenkapazität / 1'000 Einwohner<sup>17</sup></b>
Thurgau 2008	465	1,34
Planungsregion Nordwestschweiz (AG + BL + BS + SO, Werte 2008)	415	1,20
Schaffhausen 2010	405	1,17
- Psychiatriezentrum SH	285 <sup>18</sup>	0,82
- ausserkantonale Kliniken	120 <sup>19</sup>	0,35
Bern 2008	395	1,15
Zürich 2010	320	0,92
St. Gallen 2009	320	0,91
Landesmittel CH 2008	340	0,98

**Tabelle 17: Interkantonaler Kennzahlenvergleich stationäre Psychiatrieversorgung**

Die Differenzen haben vielfältige Ursachen. Eine wichtige Rolle spielt insbesondere der Ausbaustand ambulanter psychiatrischer Angebote, der in der Westschweiz traditionell höher liegt als in der Zentral- und Ostschweiz, sowie der Bestand an anderen sozialmedizinischen Einrichtungen zur Betreuung psychiatrischer Langzeitpatienten (Wohnheime etc.).

In den Kantonen Zürich und St. Gallen, deren Psychiatrie-Versorgung traditionell zu hohen Anteilen auf zentrumsfernen Kliniken basierte, wurden die ambulanten Angebote in den letzten Jahren stark ausgebaut. Dies hat zu einem relativ schnellen und markanten Absinken der Beanspruchung stationärer Angebote geführt. In anderen Kantonen ist diese Umstellung noch nicht gleich weit gediehen. Schaffhausen gehört zu jenen Kantonen, in denen die Verlagerung zu ambulanten Strukturen bislang noch nicht stark forciert wurde. Dem entsprechend ist die Beanspruchung der stationären Klinik-Kapazitäten noch vergleichsweise hoch.

#### **4.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie**

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie steht naturgemäss die ambulante Versorgung im Zentrum, die im Kanton Schaffhausen durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) gewährleistet wird. Dieser ist organisatorisch dem Departement Psychiatrie der Spitäler Schaffhausen zugeordnet. Stationäre Angebote, die auf der Spitalliste zu berücksichtigen wären, bestehen innerhalb des Kantons keine.

Die Zahl der Fälle, in denen Kinder- und Jugendliche vor Vollendung des 18. Altersjahres in stationären psychiatrischen Einrichtungen betreut werden müssen, ist relativ klein (ca. 15 bis 20 Eintritte pro Jahr). Die wenigen Fälle sind allerdings häufig höchst anspruchsvoll. Zudem kommt einer optimalen Betreuung mit Blick auf die Zukunftsrisiken allergrösste Bedeutung zu. In den beiden Vertragskliniken Clenia Littenheid und Sonnenhof Ganterschwil und in der Thurgauer Klinik Münsterlingen, wo ein spezielles Angebot für Eltern-Kind-Behandlungen aufgebaut

<sup>17</sup> Kalkulation aufgrund einer angenommenen Normalauslastung von 95 %

<sup>18</sup> Kantonseinwohner SH m Psychiatriezentrum SH (Akutpatienten) gemäss Abrechnung Kantonsbeiträge 2010 (21'478 Pflegetage)

<sup>19</sup> Einwohner SH in ausserkantonalen Psychiatriekliniken gemäss Medizinischer Statistik 2010 des BfS: 9'380 Pflegetage, inkl. Suchtbehandlungen (Alkohol/Drogen) und Jugendpsychiatrie, ohne Forensik Klinik Rheinau.

wurde, konnten die stationären Versorgungsbedürfnisse des Kantons Schaffhausen in den letzten Jahren in hoher Qualität abgedeckt werden. In einzelnen Fällen schwerer Essstörungen konnte zudem auf ein spezialisiertes Angebot des Universitätsspitals Zürich zurückgegriffen werden.

Der Aufbau eigener stationärer Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt aufgrund der kleinen Fallzahlen ausser Betracht. Optimierungsbedürfnisse bestehen dagegen bei der teilstationären Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Tagesklinik). Hier sind Lösungen in Abstimmung mit den Nachbarkantonen und mit dem Bildungsbereich (Sonderschulung) zu suchen. Die Thematik wird Bestandteil des zu erarbeitenden Psychiatriekonzeptes für den Kanton Schaffhausen sein.

#### **4.6 Alterspsychiatrie**

Die stationäre Alterspsychiatrie umfasst drei Hauptbereiche:

- die Behandlung von betagten Personen mit akuten psychiatrischen Krankheitssymptomen und / oder Kriseninterventionsbedarf im Rahmen der stationären Akutpsychiatrie;
- die Betreuung und Pflege von betagten Personen mit langjährigen psychiatrischen Krankheitsgeschichten;
- die Langzeitpflege von betagten Personen mit chronisch-progredienten Hirnleistungsstörungen (Demenzerkrankungen u.a.).

Die beiden letztgenannten Leistungsbereiche werden in den Langzeitabteilungen der Spitäler Schaffhausen sowie in den Alters- und Pflegeheimen, die in diesem Bereich in den letzten Jahren wachsende Kompetenzen aufgebaut haben, abgedeckt (vgl. Kapitel 6 unten).

Für die alterspsychiatrische Akutversorgung, deren Bedeutung aufgrund der demografischen Entwicklung kontinuierlich zunimmt, haben die Spitäler Schaffhausen im Psychiatriezentrum Breitenau eine spezielle Schwerpunktstation aufgebaut. Neben der Krisenintervention bei Demenzpatienten nach akuten Veränderungen des Krankheitsverlaufes werden dort auch betagte Personen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen behandelt. Die entsprechenden Behandlungen sind in den vorstehenden Darstellungen der bisherigen akutpsychiatrischen Leistungen und in den nachstehenden Prognosewerten dieses Berichtes ohne gesonderten Ausweis mit enthalten.

#### **4.7 Versorgungsstrategie**

##### *a) Voraussetzungen*

Im Unterschied zur Akutsomatik, wo Prognosen zur Bedarfsentwicklung aufgrund von relativ "harten" Kriterien gemacht werden können (demografische, epidemiologische und medizinisch-technische Veränderungen), müssen in der Psychiatrie zusätzliche Faktoren mitberücksichtigt werden. Insbesondere ist festzuhalten, dass die stationäre Beanspruchung der Psychiatriekliniken stärker als im somatischen Akutbereich abhängig ist von den verfügbaren Angeboten und Betreuungskonzepten im ambulanten Bereich. Zudem spielen Entwicklungen und Veränderungen im gesellschaftlichen, sozialen, kulturellen und auch politischen Umfeld, die teilweise schwer voraussehbar sind, eine bedeutsame Rolle.

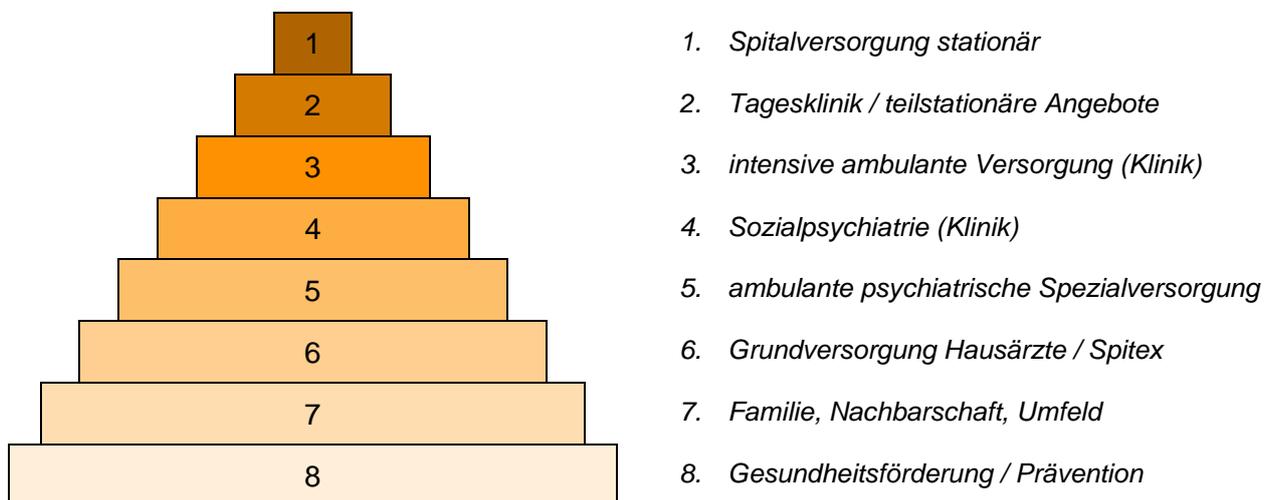
Patientenseitig können - in unvollständiger Aufzählung und in Ergänzung zu den demografischen und epidemiologischen Veränderungen - folgende Stichworte angeführt werden, welche die Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen beeinflussen:

- Abbau von Hemmschwellen zur Beanspruchung von stationären psychiatrischen Behandlungen;
- Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen;
- Veränderungen der familiären Integration und der Tragfähigkeit anderer sozialer Netze von psychisch belasteten Personen aufgrund des gesellschaftlichen und kulturellen Wandels;
- Veränderungen der beruflichen Integrationschancen von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgrund der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und der weiteren Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (insb. Konsequenzen der anstehenden IVG-Revision);
- Veränderungen des Suchtverhaltens gefährdeter Bevölkerungsgruppen aufgrund von schwer prognostizierbaren soziokulturellen Entwicklungen sowie von veränderten Angeboten auf dem Drogenmarkt.

Die Stichworte zeigen, dass eine isolierte Betrachtung der stationären Akutversorgung in der Psychiatrieplanung keine sinnvollen Ergebnisse bringen könnte. Vielmehr kommt der ambulanten Leistungserbringung sowie der Vernetzung der klinischen Leistungsangebote mit anderen ärztlichen, pflegerischen und sozialen Einrichtungen neben den stationären Leistungen eine herausragende Bedeutung zu.

#### *b) Regionale Grundversorgung*

Die Weiterentwicklung und allfällige Veränderung der Versorgungsstrategie im Psychiatriebereich ist in hohem Masse abhängig von Einflüssen anderer Politikbereiche auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene. Die verschiedenen Ebenen, welche die Nachfrage und Strukturen der psychiatrischen Versorgung prägen, lassen sich wie folgt darstellen:



**Abbildung 6: Modell der Versorgung in der Psychiatrie**

In den Jahren 2009/2010 haben die Spitäler Schaffhausen ein internes Projekt zur Klärung ihrer Strategie im Psychiatriebereich erarbeitet. Teile davon wurden bereits umgesetzt (führungsmässige Trennung des Akut- und des Langzeitbereichs, Schaffung von Schwerpunktstationen u.a.). Über diese betriebsinternen Prozesse hinaus besteht ein zusätzlicher Klärungsbedarf in Bereichen, die den engeren Zuständigkeitsbereich der Spitäler übersteigen und deshalb unter Bezug weiterer Partner vertieft bearbeitet werden müssen.

Der Regierungsrat beabsichtigt, vor Ende 2012 eine interdisziplinäre Projektgruppe einzusetzen mit dem Auftrag ein neues Psychiatriekonzept für den Kanton Schaffhausen zu erarbeiten. In die Projektarbeit sollen alle wichtigen Leistungserbringer, die in der stationären und ambulanten Betreuung von psychiatrischen Patienten engagiert sind, mit einbezogen werden.

Die vorgesehenen Abklärungen dienen der Optimierung der bestehenden Angebote sowie der frühzeitigen Anpassung an sich abzeichnende Veränderungen der Bedürfnisse. Insbesondere wird das Verlagerungspotenzial stationär - ambulant sowohl im Akutbereich als auch in der Langzeitpsychiatrie vertieft zu prüfen sein. Die zentralen Grundzüge der Versorgung, die zu einem weit überwiegenden Teil auf den Leistungen der Spitäler Schaffhausen im Rahmen des Psychiatriezentrums Breitenau basiert, werden davon nicht tangiert.

Im Unterschied zur Akutsomatik bestehen in der Psychiatrie nur in wenigen ausgewählten Leistungssegmenten relevante Wettbewerbs- und Konkurrenzverhältnisse zwischen öffentlichen und privaten Kliniken. Dies hängt damit zusammen, dass der Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten insbesondere in jenen psychiatrischen Diagnosegruppen, die von häufigen chronischen Krankheitsverläufen geprägt sind, ausgesprochen tief ist. Zudem müssen in diesen Bereichen viele soziale Betreuungsleistungen erbracht werden, die nicht dem engeren medizinischen Bereich zugeordnet werden können und deshalb nicht unter die Leistungspflicht der Krankenversicherer fallen. Die Finanzierung derartiger Leistungen im Rahmen privater Einrichtungen ist dem entsprechend schwierig.

Aufgrund des engen Vernetzungsbedarfs der stationären Psychiatrie mit anderen Akteuren des ambulanten Gesundheits- und Sozialwesens ist auch die Wohnortnähe der psychiatrischen Klinik-Angebote von grosser Bedeutung. Dem entsprechend ist das Potenzial, psychiatrische Leistungen an ausserkantonale Kliniken auszulagern, eng begrenzt. Vor diesem Hintergrund wird es - ungeachtet der Ergebnisse der anstehenden Konzeptarbeiten - auch längerfristig nötig bleiben, einen grossen Teil der psychiatrischen Versorgung vor Ort im Rahmen der Spitäler Schaffhausen (Psychiatriezentrum) sicherzustellen.

#### *c) Ausserkantonale Leistungsanbieter*

Beim Einbezug von ausserkantonalen Psychiatriekliniken in die Versorgung ist zum aktuellen Zeitpunkt ein pragmatisches Vorgehen vorgesehen: Bis zum Abschluss der Arbeiten für ein neues kantonales Psychiatriekonzept sollen primär die folgenden bestehenden Vertragsverhältnisse den neuen formellen Anforderungen angepasst werden:

- die Verträge mit den Kliniken Clenia Littenheid und Sonnenhof Ganterschwil im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- der Vertrag mit der Klinik Hard (neu: Integrierte Psychiatrie Winterthur, IPW) bezüglich Drogen-Entzugsbehandlungen.

Im Weiteren wird die Kooperation mit der Forel-Klinik Ellikon a.d. Thur (Alkoholentzüge), die ohne formelle Grundlage seit Jahren funktioniert und ein erhebliches Leistungsvolumen erreicht, im Rahmen der Spitalliste neu festgeschrieben. Zudem wird das von den Psychiatrischen Diensten Thurgau in der Klinik Münsterlingen aufgebaute Spezialangebot der Eltern-Kind-Behandlung als wertvolle Ergänzung auf die Schaffhauser Spitalliste aufgenommen.

Bei der Betreuung von psychisch kranken Straftätern (Forensik) bestehen derzeit landesweit äusserst knappe Kapazitäten. Für die Platzierung der betroffenen Personen müssen situative Lösungen gesucht werden. Der Abschluss einer Leistungsvereinbarung mit resultierender Aufnahme einer einzelnen Klinik auf der Spitalliste ist derzeit nicht möglich.

Weitere Ergänzungen der Spitalliste Psychiatrie sind zum heutigen Zeitpunkt nicht vorgesehen. Für die wahlweise Nutzung anderer Kliniken durch Schaffhauser Kantonseinwohner bleiben innerhalb der neuen bundesrechtlichen Finanzierungsregeln auch so genügende Freiräume.

#### **4.8 Prognose der Bedarfsentwicklung bis 2020**

Die laufenden Entwicklungen in anderen Kantonen sowie auch die Planungsrichtlinien, die von der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) auf nationaler Ebene entwickelt wurden, weisen für die kommenden Jahre auf eine gezielte Förderung von ambulanten und teilstationären Versorgungskonzepten hin. Damit soll primär der Gefahr der gesellschaftlichen und sozialen Desintegration, die mit längeren stationären Klinikaufenthalten oftmals verbunden ist, entgegengewirkt werden. Zudem werden daraus auch volkswirtschaftliche Vorteile erhofft.

In Bezug auf das sinnvolle Ausmass und auf das Tempo, in dem die anvisierten Veränderungen realisiert werden können, besteht derzeit allerdings noch wenig Klarheit. Hemmnisse ergeben sich insbesondere daraus, dass landesweit einheitliche Regeln zur Finanzierung der ambulanten Versorgung derzeit noch fehlen. Auch auf der Ebene der Kantone sind die ersten diesbezüglichen Ansätze noch wenig gefestigt.

Für die Finanzierung der stationären Versorgung bestehen klare, landesweit verbindliche Gesetzesvorgaben, die sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten hohe Sicherheiten bieten und kurzfristig durchaus vorteilhaft sind (volle Finanzierung der Behandlungskosten über die Krankenkassen und den Kanton, reduzierte Lebenshaltungskosten für die Patienten während des Klinikaufenthaltes). Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die leistungserbringenden Institutionen haben unter diesen Vorzeichen ein gemeinsames Interesse daran, diese Sicherheiten weiterhin zu beanspruchen, solange für eine tragfähige Finanzierung von alternativen Strukturen noch keine nachhaltig vertrauenswürdigen Perspektiven bestehen.

Neben den versorgungspolitischen Wünschbarkeiten und der Wirtschaftlichkeit sind für die künftige Angebotsentwicklung auch die absehbaren Veränderungen im Personalbereich zu beachten. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass die Rekrutierung von geeigneten Ärztinnen und Ärzten in den kommenden Jahren immer schwieriger wird. Deshalb müssen die Strukturen so weiterentwickelt werden, dass die Übernahme von tragenden Funktionen in der stationären und ambulanten Patientenbetreuung durch nichtärztliches Fachpersonal zusätzlich erleichtert wird (insb. Psychologen und Pflegepersonal mit vertiefter Psychiatrieerfahrung).

Aufgrund der komplexen Ausgangslage wird für die aktuelle Planungsphase im Kanton Schaffhausen auf die Prognosen anderer Ostschweizer Kantone zurückgegriffen, die grössere Projekte zur Entwicklung neuer psychiatrischer Versorgungskonzepte schon früher eingeleitet haben (insbesondere Zürich, Thurgau und St. Gallen). Darüber hinaus werden der interkantonale GDK-Leitfaden zur Psychiatrieplanung und die Versorgungsplanung 2011 - 2014 des Kantons Bern ergänzend beigezogen.

In Bezug auf die diagnosebezogene Verteilung des stationären Leistungsbedarfs zeigen die Prognosen der Zürcher Psychiatrieplanung die folgenden wichtigsten Veränderungen auf:

- Bei den affektiven Störungen, die heute knapp 20 % der Fälle und annähernd 30 % der erbrachten Pfl egetage ausmachen, wird eine Zunahme um rund 8 % erwartet.
- Auf der anderen Seite werden insbesondere in den folgenden Bereichen rückläufige Hospitalisationsraten ausgewiesen: Schizophrenie-Erkrankungen - 25 %, neurotische Störungen - 15 %, organische Störungen - 12 %, illegale Drogen - 10 % (Werte gerundet).

- Bei den Alkoholkranken und den Persönlichkeitsstörungen werden keine grösseren Veränderungen der Beanspruchung erwartet.

Bei Berücksichtigung aller Fachbereiche und Einflussfaktoren wird sowohl bei den stationären Fallzahlen als auch bei den Klinikaufenthaltszeiten ein leichter Rückgang erwartet. Die Veränderungen liegen primär im Rückgang der Bevölkerung in den für die Psychiatrie wichtigsten Altersgruppen und in den erwarteten Verlagerungen in den ambulanten Bereich begründet.

Alle Prognosen der genannten Referenzkantone stehen unter dem Vorbehalt eines angemessenen Ausbaus der ambulanten psychiatrischen Leistungsangebote. Die Einzelheiten zur Konkretisierung dieses Prozesses im Kanton Schaffhausen werden im Rahmen des neuen kantonalen Psychiatriekonzeptes zu erarbeiten sein, das neben den medizinischen und sozialen Fragen des Wandels auch die Grundsätze der Finanzierung klären muss.

Im Sinne einer vorläufigen normativen Festlegung liegt es nahe, die Planungsziele anhand der Kennwerte der Nachbarkantone Zürich und Thurgau, deren Psychiatriekonzepte schon weiter fortgeschritten sind, zu orientieren:

- Der Kanton Zürich rechnet in seiner Psychiatrieplanung für das Jahr 2020 mit einem Bedarf von rund 275 Akutpsychiatrie-Pflegetagen pro 1'000 Einwohner, entsprechend einem Kapazitätsbedarf von 0,84 Betten pro 1'000 Einwohner bei einer angenommenen Normalbelegung von 90 %.
- Der Kanton Thurgau gibt eine Senkung der Akutpsychiatrie-Bettenkapazität auf 0,9 Betten pro 1'000 Einwohner bis 2020 als strategisches Ziel vor.

Mit diesen Normwerten bleiben beide Nachbarkantone des Kantons Schaffhausen deutlich hinter den Empfehlungen des nationalen GDK-Leitfadens zur Psychiatrieplanung zurück, der eine längerfristige Senkung der stationären Kapazitäten auf höchstens 0,7 Betten pro 1'000 Einwohner vorschlägt. Die Zurückhaltung gegenüber einer allzu forschen Planbetten-Reduktion liegt in beiden Kantonen in erheblichen Zweifeln begründet, ob der im GDK-Leitfaden empfohlene kompensatorische Ausbau der ambulanten Leistungen unter den gegebenen politischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen tatsächlich realisierbar und auch finanzierbar ist.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Ausgangslage ist es nahe liegend, die Schaffhauser Planung - in Anlehnung an den Referenzwert des Kantons Thurgau - auf die Zielgrösse von 0,9 Betten pro 1'000 Einwohner auszurichten.

Zur Festlegung der innerkantonal benötigten Kapazitäten sind zudem die kantonsübergreifenden Wanderungen zu berücksichtigen, die in den kommenden Jahren aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der Psychiatrie sowie der neuen bundesrechtlichen Finanzierungsregeln eher zunehmen werden. Nach heutiger Lagebeurteilung dürften dabei zwei gegenläufige Trends zum Tragen kommen:

- Insbesondere bei den affektiven Störungen, wo die Beanspruchung auswärtiger Kliniken schon heute relativ gross ist und wo für die Zukunft weiter steigende Fallzahlen erwartet werden, erscheint eine verstärkte Zuwendung der Patientinnen und Patienten zu entsprechend spezialisierten Kliniken aus heutiger Sicht nahe liegend (verstärkter kantonsübergreifender Wettbewerb).
- Auf der anderen Seite kann bei der psychiatrischen Grundversorgung der grenznahen Nachbargemeinden der Kantone Zürich und Thurgau - unter der Voraussetzung eines qualitativ überzeugenden Leistungsangebotes - eine verstärkte Zuwendung zum Psy-

chiatriezentrums Schaffhausen erwartet werden (Annäherung des Anteils ausserkantonaler Patienten im Psychatriebereich an das Niveau der Akutsomatik).

Unter Berücksichtigung der dargelegten Tendenzen und Erwartungen ergeben sich für die akutpsychiatrische Versorgung der Versorgungsregion Schaffhausen (inkl. anteilige Versorgung der ausserkantonalen Nachbargemeinden) im Zieljahr 2020 die folgenden Proportionen:

	Ist-Zustand 2010	Zielwerte 2020	Differenz
Einwohnerzahl Versorgungsregion <sup>20</sup>	ca. 82'000	ca. 89'000	
Bettenkapazität pro 1'000 Einwohner	1,1	0,9	
Kapazitätsbedarf Akutpsychiatrie Total	90 Betten <sup>21</sup>	80 Betten	- 10 Betten
Anteil Spitäler SH	63 Betten	55 Betten	- 8 Betten
Anteil ausserkantonale Kliniken	27 Betten	25 Betten	- 2 Betten

**Tabelle 18: Prognose Kapazitätsbedarf stationäre Psychiatrieversorgung akut bis 2020**

Die Bedeutung der hier dargestellten Kapazitätsprognose für die Spitäler Schaffhausen wird stark relativiert durch den Umstand, dass mehr als die Hälfte der aktuellen Bettenkapazitäten des Psychiatriezentrums Breitenau dem Langzeitbereich zugeordnet ist. Die Zukunftsentwicklung der Psychiatrischen Langzeitpflege, die in einer längerfristigen Perspektive wesentlich breitere Gestaltungsoptionen aufweist als die Akutpsychiatrie, muss ausserhalb der Spitallisten-Gestaltung separat geplant werden (vgl. Kapitel 6).

#### **4.9 Schaffhauser Spitalliste 2013 Psychiatrie**

Im Gegensatz zur Akutsomatik gibt es für die Gestaltung der Spitallisten im Psychatriebereich noch keinen einheitlichen, interkantonal abgestimmten Standard. Ein erheblicher Teil Kantone (z.B. Zürich, Glarus, Aargau, Solothurn, beide Basel) gliedert die Listen nach den diagnosebezogenen Leistungsgruppen nach der Systematik ICD-10. Dabei fällt allerdings auf, dass die Leistungsaufträge der kantonalen Psychiatriezentren typischerweise sämtliche Hauptgruppen umfassen, während praxisrelevante Differenzierungen wie z.B. diejenige nach dem Lebensalter oder der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten so nicht abgebildet werden können.

Die Schaffhauser Spitalliste Psychiatrie soll mit Blick auf die geplanten Arbeiten zur Entwicklung eines neuen Psychiatriekonzeptes nur befristet bis Ende 2014 gelten. Für diese Phase wird die Liste in formeller Anlehnung an die Psychiatrie-Liste des Kantons Thurgau gestaltet. Dabei wird für die psychiatrische Grundversorgung, wie sie das kantonale Psychiatriezentrum der Spitäler Schaffhausen anbietet, auf eine Differenzierung nach Diagnosegruppen verzichtet. Stattdessen werden lediglich spezifische Fachbereiche, für die ergänzende Leistungsaufträge an ausserkantonale Leistungsanbieter vorgesehen sind, differenziert ausgewiesen.

*(Entwurf der Schaffhauser Spitalliste Psychiatrie 2013 vgl. Anhang 2)*

<sup>20</sup> Derzeit liegt der Anteil ausserkantonomer Patienten im Psychiatriezentrum (Akutpsychiatrie) lediglich bei rund 5 %, im Gegensatz zu rund 15 % im Kantonsspital (Akutsomatik). Aufgrund der neuen Spitalfinanzierungsregeln wird eine moderate Erhöhung des ausserkantonomer Patientenanteils im Psychatriebereich auf 10 % erwartet.

<sup>21</sup> Kalkulatorische Annahme: Auslastung 95 % im Jahresmittel

## 5. Rehabilitation

### 5.1 Leistungsbereiche

Der Begriff Rehabilitation umfasst gemäss WHO den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung sowie zur Anpassung der Betroffenen und ihres Umfeldes zur Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft. Die vorliegende Planung beschränkt sich auf die medizinische Rehabilitation. Die schulischen, beruflichen und sozialen Aspekte, die in der Schweiz nicht in den Wirkungsbereich der Krankenversicherung fallen, bleiben ausgeklammert.

Die Finanzierung von stationären Rehabilitationsbehandlungen durch die obligatorische Krankenversicherung setzt - im Gegensatz zu den Akutbehandlungen - eine Kostengutsprache des Versicherers voraus. Als Voraussetzung müssen bei den betroffenen Patientinnen / Patienten die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

- Rehabilitationsbedürftigkeit <sup>22</sup>,
- Rehabilitationsfähigkeit <sup>23</sup>;
- Rehabilitationspotenzial <sup>24</sup>.

Die Einhaltung dieser Voraussetzungen wird von den Versicherern seit einigen Jahren zunehmend schärfer kontrolliert, was in vielen Rehabilitationskliniken zu einem Absinken der Fallzahlen und zu kürzeren Aufenthaltszeiten geführt hat.

Der Rehabilitationsbereich wird in der Schweiz zu relativ grossen Anteilen durch Privatkliniken abgedeckt, die aus ehemaligen Kurhäusern sowie Bäder- und Höhenkliniken herausgewachsen sind. Die erbrachten Leistungen wurden statistisch bis vor wenigen Jahren erst rudimentär erfasst. Insbesondere war eine klare und landesweit abgestimmte Zuordnung der Behandlungen auf bestimmte organspezifische Hauptdiagnosen nicht möglich. Noch in der BfS-Statistik 2008 wurden 69 % der erfassten Fälle von den Kliniken unter der unspezifischen Rubrik "Rehabilitationsmassnahmen (Z 50)" codiert.

Im Weiteren ist zu beachten, dass sich die Abgrenzungen der Rehabilitation gegenüber den Akutbehandlungen einerseits sowie gegenüber Kuraufenthalten und Übergangspflege-Angeboten andererseits in den letzten Jahren schleichend verschoben haben. Deshalb sind statistische Zahlenvergleiche zu den längerfristigen Entwicklungen und Veränderungen im Rehabilitationsbereich nur mit erheblichen Vorbehalten interpretierbar.

---

<sup>22</sup> Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mit Rehabilitation die Störungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

<sup>23</sup> Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

<sup>24</sup> Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann.

Mit Blick auf die neurechtlichen Anforderungen der Spitalplanung wurden bei der Definition der Leistungsgruppen und bei der statistischen Erfassung der Behandlungen in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Für das Basisjahr 2010, dessen Ergebnisse für den aktuellen Planungsbericht ausgewertet werden konnten, liegen bereits wesentlich bessere Daten vor als für das Jahr 2008, das der Vernehmlassungsvorlage vom November 2011 zugrunde lag. Insbesondere lassen die aktuelleren Daten eine differenziertere Zuordnung der Behandlungen auf die zugrunde liegende Haupterkrankung zu. Zudem ist die Zahl der erfassten Behandlungsfälle, welche der Rehabilitation zugeordnet werden konnten, markant gestiegen.

Für die Zuordnung der Behandlungsfälle wird auf die Instrumente zurückgegriffen, die in den Jahren 2003 / 2004 im Rahmen eines gemeinsamen Planungsprojektes der Ostschweizer Kantone (GDK-Ost) entwickelt wurden und durch die Gesundheitsdirektion Zürich für deren Spitalplanung 2012 noch weiter modifiziert wurden. Demnach werden die rehabilitativen Leistungen gestützt auf die in der Medizinischen Statistik codierten Grunderkrankungen (ICD-Hauptdiagnose) in die folgenden Leistungsbereichen gruppiert:

- *Muskuloskelettale Rehabilitation*

In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener und erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt. Im Zentrum stehen dabei Personen mit chronischen rheumatischen Beschwerden und Schmerzen sowie die Rehabilitation nach Unfällen, Gelenkersatz-Operationen, Rückenoperationen und osteoporotischen Frakturen.

- *Neurologische Rehabilitation*

In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Ein erheblicher Teil der betroffenen Behandlungen entfällt auf Hirn-schlag-Patienten. Im Weiteren gehören Personen mit Schädelhirn- und Schleudertrauma, mit MS- und Parkinson-Erkrankung sowie mit Hirnverletzungen, Hirntumoren und Hirnentzündungen in dieses Segment.

- *Rehabilitation Querschnittsgelähmter*

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter - eine Sub-Spezialität der Neuro-Rehabilitation - ist schwergewichtig spezialisierten Zentren vorbehalten. Sie wird deshalb in einer separaten Leistungsgruppe abgebildet. Sie umfasst neben der Erst-Rehabilitation und der Komplikationsbehandlung auch die in regelmässigen Abständen zu wiederholende "Re-Rehabilitation" von Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf.

- *Kardiovaskuläre Rehabilitation*

In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt. Zudem sind die Therapien teilweise auch auf präventivmedizinische Verhaltensanpassungen ausgerichtet (Ernährung, Bewegung etc.).

- *Pulmonale Rehabilitation*

In der pulmonalen Rehabilitation werden schwergewichtig die Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe behandelt.

- *Internistische-onkologische Rehabilitation*

Der internistischen Rehabilitation werden primär Personen mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder zugeordnet (insb. Verdauung und Stoffwechsel). Die onkologische Rehabilitation umfasst die Rehabilitation von Personen mit Tumorleiden und mit Schädigungen aufgrund von Tumor-Behandlungen. In beiden Bereichen sind kombinierte, multidisziplinäre Therapieansätze erforderlich.

- *Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation*

In der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden Patienten aufgrund sozio-ökonomischer und psychosozialer Umstände (z.B. Burnout), psychischer Störungen (z.B. Depressionen) sowie psychosomatischer Krankheiten und psychischer Folgekrankheiten von somatischen Erkrankungen (inkl. Suchtprobleme) behandelt. Dabei bestehen teilweise fließende Übergänge zur Psychiatrie-Versorgung.

Neben den organ- bzw. diagnosespezifischen Abgrenzungen der Leistungsbereiche werden zusätzliche Differenzierungen vorgenommen in Bezug auf die Behandlungsphasen bei längerfristigen Rehabilitationsprozessen (Frührehabilitation - weiterführende Rehabilitation) sowie auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern und von betagten Patienten (pädiatrische und geriatrische Rehabilitation):

- *Frührehabilitation*

Die Frührehabilitation steht an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation. Die erste akutmedizinische Versorgung des Patienten ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen. Der Frührehabilitationspatient ist nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weist für eine Rehabilitationsbehandlung genügend stabile Vitalfunktionen auf, bedarf aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit. Der Patient durchläuft ein umfassendes Rehabilitationsprogramm. Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuratation.

- *Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen*

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bestehen spezielle Anforderungen vor allem hinsichtlich der kind- und jugendgerechten Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, der schulischen Betreuung und Berufsberatung, des Freizeitangebotes und der Mitaufnahme von Begleitpersonen. Aufgrund der sehr kleinen Zahl betroffener Fälle drängt sich für den Kanton Schaffhausen in diesem Bereich eine vorbehaltlose Basierung auf den im Kanton Zürich aufgebauten Strukturen auf.

- *Geriatrische Rehabilitation*

Ausserhalb der Systematik der Zürcher Spitalplanung wird in der Schaffhauser Planung die geriatrische Rehabilitation als separater Leistungsbereich erfasst. Damit wird das spezifische Leistungsangebot umschrieben, das im Pflegezentrum Schaffhausen seit den 1990er-Jahren im Rahmen eines geriatrischen Pionierprojektes aufgebaut und im Jahre 2008 im Rahmen einer Reorganisation der Spitäler Schaffhausen ins Kantonsspital verlegt wurde (Zusammenführung im Rahmen der Abteilung Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation).

Für die Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation gegenüber den organspezifisch definierten Leistungsbereichen gelten folgende Hauptkriterien:

- Alter in der Regel über 75 Jahre;
- Es liegt ein Zustand nach Akuterkrankung oder nach Unfall vor oder eine chronisch fortschreitende, potenziell reversible Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten (drohender Verlust der Selbständigkeit)
- Zusätzlich liegen zwei oder mehr der nachfolgenden geriatrischen Syndrome vor:
  - kognitive Einschränkung (insbesondere abklingendes Delir)
  - Immobilität
  - erhöhtes Sturzrisiko
  - Inkontinenz
  - Fehlernährung
  - Depression oder Angststörung
  - eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane
  - Dekubitalulcera
  - chronische Schmerzen
  - Medikamentenprobleme
  - soziale Isolation
- Unterstützungsbedarf aufgrund von Beeinträchtigungen in den Alltagsaktivitäten
- abgeschlossene Akutspitalbehandlung (Diagnostik, Akuttherapien)
- Rehabilitationsziele beinhalten neben der funktionalen Verbesserung auch eine Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand.

Als fachliche Besonderheit schliesst die geriatrische Rehabilitation im Kantonsspital Schaffhausen die neuro-rehabilitative Behandlung von betagten Personen nach Hirnschlag (leichte und mittelschwere Schädigungen) mit ein. In diesen Fällen sind Aufnahmen auch ohne die oben genannten geriatrispezifischen Zusatzkriterien zulässig.

## **5.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage**

Für das Jahr 2010 sind im Rahmen der Medizinischen Statistik des Bundes (BfS) und der Patientenstatistik der Spitäler Schaffhausen insgesamt 872 stationäre Rehabilitationsbehandlungen von Schaffhauser Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern erfasst. Die Verteilung auf die Leistungsgruppen präsentiert sich wie folgt:

	Austritte Spitäler SH	ausserkant. Kliniken	Austritte total
<b>muskuloskelettal</b>	<b>168</b>	<b>182</b>	<b>350</b>
<b>Neurologisch</b>		<b>58</b>	<b>58</b>
<b>kardiovaskulär</b>		<b>74</b>	<b>74</b>
<b>pulmonal</b>		<b>22</b>	<b>22</b>
<b>Internistisch-onkologisch</b>		<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Psychosomatisch-sozialmedizinisch</b>		<b>26</b>	<b>26</b>
<b>geriatrische Rehabilitation / andere Reha ohne spezifische Zuordnung</b>	<b>243</b>	<b>74</b>	<b>317</b>
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>461</b>	<b>872</b>

**Tabelle 19: Stationäre Behandlungen von Schaffhauser Kantoneinwohnerinnen und -einwohnern in Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2010**<sup>25</sup>

Bei einer mittleren Aufenthaltsdauer von gut 23 Tagen ergaben sich gut 20'000 Pflage tage, entsprechend einer beanspruchten Kapazität von 61 Betten bei einer angenommenen Normalauslastung von 90 %. Annähernd die Hälfte der Fälle und der Pflage tage entfielen auf die Spitäler Schaffhausen. Der Rest verteilte sich auf 25 verschiedene ausserkantonale Kliniken.

Die Zahl der erfassten Behandlungsfälle ist in den zurückliegenden 5 Jahren kontinuierlich angestiegen, nachdem in den vorhergehenden 10 Jahren ein spürbarer Rückgang zu verzeichnen war. Der Rückgang nach 1996 stand in einem direkten Zusammenhang mit einer schrittweisen Verschärfung der Kostengutsprache-Praxis der Versicherer nach dem Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Die damalige Praxisänderung hat u.a. zur Schliessung der Thurgauer Schaffhauser Höhenklinik Davos beigetragen. Seit 2005 ist nun wieder ein Gegentrend erkennbar.

Im statistischen Quervergleich lag der Kanton Schaffhausen mit 11,5 stationären Rehabilitationsbehandlungen pro 1'000 Einwohner im Jahr 2010 deutlich über dem Landesmittel und dem Wert der Nachbarkantone Zürich und Thurgau. Die Bedeutung dieser Abweichung wird allerdings stark relativiert, wenn sie im Gesamtkontext aller Spitalbehandlungen betrachtet wird, wo Schaffhausen ausgesprochen tiefe Werte aufweist:

	SH	TG	ZH	Ø CH
<b>Stationäre Reha-Behandlungen pro 1'000 Einwohner</b>	<b>11,5</b>	<b>9,1</b>	<b>7,6</b>	<b>8,7</b>
<b>Stat. Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner total alle Spitäler</b>	<b>147</b>	<b>159</b>	<b>163</b>	<b>171</b>

**Tabelle 20: Vergleichswerte Hospitalisationsraten 2010**<sup>26</sup>

In Bezug auf das Alter der Rehabilitationspatientinnen und -patienten zeigt die BfS-Statistik einen klaren Überhang älterer Personen: 73 Prozent der Patienten waren über 60 Jahre alt. Der statistische Fallzahlen-Überhang des Kantons Schaffhausen im Rehabilitationsbereich lässt sich somit zumindest teilweise aus der besonderen demografischen Situation erklären (weit

<sup>25</sup> Quellen: Medizinische Statistik BfS + Jahresbericht Spitäler Schaffhausen

<sup>26</sup> Quelle: Medizinische Statistik BfS

über dem Landesmittel liegender Anteil der betagten Bevölkerung). Darüber hinaus dürfte sich auch die Verfügbarkeit einer separaten geriatrischen Rehabilitationsstation am Kantonsspital statistisch auswirken (Übernahme von Personen, die andernorts als Akutpatienten ausgewiesen würden).

Die Beanspruchung einzelner Kliniken durch Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Schaffhausen präsentierte sich im Jahr 2010 wie folgt:

Klinik	Austritte 2010	Anteil %	Wichtigste Fachbereiche / Hauptdiagnosen
Rehabilitation Kantonsspital SH	411	47,2 %	- geriatrisch (243) - muskuloskelettal (168)
Klinik St. Katharinental (STGAG)	100	11,5 %	- muskuloskelettal (91) - internistisch-onkologisch (5)
Klinik Schloss Mammern	75	8,6 %	- muskuloskelettal (32) - kardiovaskulär (23) - internistisch-onkologisch (10)
Klinik Gais	56	6,4 %	- kardiovaskulär (35) - psychosomatisch-sozialmed. (20)
Rehaklinik Bellikon	48	5,5 %	- Unfallpatienten
Rehaclinic Zurzach	27	3,1 %	- muskuloskelettal (19) - neurologisch (7)
Zürcher Höhenklinik Wald	27	6,1 %	- pulmonal (11) - kardiovaskulär (9)
Zürcher Höhenklinik Davos	26	6,1 %	- pulmonal (6) - neurologisch (4)
Humaine Klinik Zihlschlacht	24	2,8 %	- neurologisch (23)
Kneipp-Hof Dussnang	24	2,8 %	- muskuloskelettal (22)
14 andere Kliniken	54	6,2 %	
<b>Total</b>	<b>872</b>	<b>100 %</b>	

**Tabelle 21: Austritte Rehabilitation von Einwohnern des Kantons Schaffhausen (2010)**

Der Stellenwert der einzelnen Spitäler und Kliniken für die Rehabilitations-Versorgung der Schaffhauser Bevölkerung kann zusammenfassend wie folgt charakterisiert werden:

- *Muskuloskelettale Rehabilitation*

Die Rehabilitationsabteilung am Kantonsspital Schaffhausen kann in diesem Bereich grundsätzlich das ganze benötigte Leistungsspektrum abdecken. Knapp die Hälfte der betroffenen Schaffhauser Patienten nutzte 2010 dieses Angebot. Die andere Hälfte wählte alternative Angebote in ausserkantonalen Spezialkliniken (insbesondere Thurgauer Klinik St. Katharinental, Klinik Schloss Mammern, Kneipp-Hof Dussnang und Rehaclinic Zurzach).

- *Neurologische Rehabilitation*

Die neurologische Rehabilitation ist zahlenmässig weniger bedeutsam als die Rehabilitation des Bewegungsapparates. In qualitativer Hinsicht ist sie allerdings besonders anspruchsvoll und für die künftige Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten von besonders grosser Bedeutung.

Für betagte Hirnschlag-Patienten mit begrenzten Beeinträchtigungen und/oder einem bescheidenen Rehabilitationspotenzial besteht am Kantonsspital Schaffhausen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation ein qualifiziertes Angebot, das einem grossen Teil der betroffenen Personen eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht.

Die Frührehabilitation bei schweren Krankheitsverläufen sowie die Rehabilitation von jüngeren Betroffenen, bei denen eine Reintegration ins Berufsleben angestrebt wird, müssen in hoch

spezialisierten Kliniken erfolgen. Von Schaffhauser Patienten werden dafür vor allem die neuro-rehabilitativen Spezialklinik in Zihlschlacht sowie die entsprechenden Spezialabteilungen der SUVA-Klinik Bellikon und der Zürcher Höhenklinik Wald beansprucht.

- *Querschnittlähmungen*

Querschnittlähmungen erfordern hoch spezialisierte Rehabilitationsprogramme, für die landesweit nur wenige Kliniken zur Verfügung stehen. Aufgrund der Einwohnerzahl und der entsprechend kleinen Patientenzahl ist der Bedarf des Kantons Schaffhausen in diesem Bereich bescheiden. Die Versorgung erfolgt primär durch das Paraplegiker-Zentrum Nottwil.

- *Kardiovaskuläre Rehabilitation*

Die Rehabilitation von Herzpatienten kann heute zu grossen Teilen in ambulanten Programmen abgedeckt werden, wie sie auch am Kantonsspital Schaffhausen angeboten werden. Eine stationäre Rehabilitation bleibt allerdings weiterhin nötig nach grossen Herzoperationen sowie bei Patienten, bei denen aus präventivmedizinischer Sicht eine tiefgreifende Änderung des Lebensstils angezeigt ist.

Die kardiologischen Rehabilitationspatienten aus dem Kanton Schaffhausen wurden 2010 knapp zur Hälfte in der Klinik Gais (AR) und zu knapp einem Drittel in der Klinik Schloss Mammern betreut. Die Anteile anderer Kliniken sind vernachlässigbar.

- *Pulmonale Rehabilitation*

Die stationäre Rehabilitation von Lungenkranken, die in früheren Jahren noch eine grosse Bedeutung hatte, spielt heute aufgrund der verbesserten akutmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten sowie der ambulanten Rehabilitationsprogramme, die in Zusammenarbeit der Spitäler und der Lungenliga aufgebaut wurden, nur noch eine untergeordnete Rolle. Der bescheidene Bedarf des Kantons Schaffhausen wird im Wesentlichen durch die Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos-Clavadel abgedeckt.

- *Internistisch-onkologische Rehabilitation*

Die entsprechenden Bedürfnisse von betagten Patienten in diesen Bereichen werden mehrheitlich im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation am Kantonsspital abgedeckt. Jüngere Patienten beanspruchen teilweise ausserkantonale Kliniken, wobei das Volumen relativ gering ist.

- *Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation*

Ein Teil der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitationsversorgung der Schaffhauser Bevölkerung wird wohnortnah durch das Psychatriezentrum der Spitäler Schaffhausen und durch die Rehabilitationsabteilung des Kantonsspitals (geriatrische Rehabilitation) wahrgenommen. Daneben werden vereinzelt auch ausserkantonale Einrichtungen nach individueller Auswahl der Betroffenen bzw. der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte beansprucht. Neben privaten Psychiatrie-Kliniken, die in den Daten des Kapitels 4 mit erfasst sind, hat dabei insbesondere die Klinik Gais, welche die Psychosomatik in den letzten Jahren als zweiten Leistungsschwerpunkt neben der Kardiologie aufgebaut hat, eine namhafte Bedeutung.

### **5.3 Schnittstellen zur Akut- und Übergangspflege**

Seit 2011 (Neuordnung der Pflegefinanzierung gemäss KVG) wird die Akut- und Übergangspflege landesweit als neue versicherungsrechtliche Betreuungsform ausgewiesen. Der Status betrifft Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Akutspital-Behandlung, bei denen noch nicht alle Voraussetzungen für eine Rückkehr nach Hause erfüllt sind, bei denen gleichzeitig aber auch kein Rehabilitationsbedarf im Sinne der KVG-Kriterien erkannt wird.

In Bezug auf die Schnittstellen der Akut- und Übergangspflege zur Rehabilitation besteht derzeit noch keine national einheitliche und gefestigte Praxis. Dem entsprechend können gewisse künftige Verlagerungen zwischen diesen Bereichen nicht ausgeschlossen werden. Da die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Akut- und Übergangspflege stärker an den Kosten beteiligt werden als in der Rehabilitation, ist insbesondere von Seiten der Versicherer ein wachsender Druck zur Grenzverschiebung in Richtung Akut- und Übergangspflege zu erwarten.

Im Kanton Schaffhausen wurde die stationäre Übergangspflege schon im Altersbetreuungs- und Pflegegesetz von 2007 als eigenständiger Leistungsbereich definiert, der nicht an die kommunalen Alters- und Pflegeheime delegiert wurde, sondern zentralisiert von den Spitälern Schaffhausen (Pflegezentrum) abgedeckt werden muss. Die parallele Zuordnung der geriatrischen Rehabilitation und der Übergangspflege an den gleichen Anbieter sichert die nötige Flexibilität, allfällige Grenzverschiebungen, die weniger vom realen Betreuungsbedarf der betroffenen Personen als vielmehr von Verschiebungen der versicherungsrechtlichen Definitionen und Anreize abhängen, pragmatisch aufzufangen.

#### **5.4 Bedarf an Rehabilitationsleistungen 2020**

Die künftige Nachfrage wird massgeblich geprägt von der demografischen Entwicklung (Alterung der Bevölkerung) und von allfälligen Veränderungen der Schnittstellen zu den Akutspital-Behandlungen, zur Akut- und Übergangspflege und zu den ambulanten Rehabilitations-Angeboten. Zudem ist zu erwarten, dass sich der seit geraumer Zeit feststellbare Trend zur wohnortnahen Rehabilitation noch weiter verstärken wird.

Bei Anwendung der Prognosemodelle der Zürcher Spitalplanung 2012 können für den Kanton Schaffhausen bis 2020 die folgenden Bedarfsveränderungen erwartet werden:

- Zunahme der stationären Fallzahlen der Rehabilitation um ca. 10 %;
- Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer um ca. 5 %;
- resultierende Zunahme der insgesamt beanspruchten Bettenkapazität um ca. 5 %.

Die genannten Werte beruhen in verschiedener Hinsicht auf Annahmen, die mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sind. Die reale Bedeutung dieser Unsicherheiten ist allerdings bescheiden, da das betroffene Leistungsvolumen insgesamt überschaubar ist und da die ausserkantonalen Rehabilitationskliniken, die von der Schaffhauser Bevölkerung mit beansprucht werden, mehrheitlich auf grossräumige Versorgungsregionen ausgerichtet sind, in denen der Schaffhauser Patientenanteil nur eine untergeordnete Rolle spielt: Eine Prognose-Abweichung um 10 % des gesamten Leistungsvolumens würde den Kapazitätsbedarf insgesamt - verteilt über ein Netz von zahlreichen involvierten Kliniken - lediglich um rund 5 Rehabilitationsbetten verändern.

#### **5.5 Versorgungsstrategie**

##### *a) Leistungsauftrag der Spitäler Schaffhausen*

Aufgrund der neuen Regeln der Spitalfinanzierung wird der Druck zur Verkürzung der Akutspitalbehandlungen in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen. Die Übertritte in die Rehabilitation werden früher erfolgen, was die Ansprüche an die Kliniken in Bezug auf die medizinischen und pflegerischen Kompetenzen weiter erhöhen wird. Zugleich wird der Anteil betagter Patienten mit stark eingeschränkter Mobilität weiter ansteigen. Damit wird die Bedeutung einer möglichst engen Vernetzung der Rehabilitation mit der akutsomatischen Erstversorgung und der ambulanten Nachbetreuung weiter zunehmen.

Dieser Wandel der Bedürfnisse hat einen landesweiten Trend ausgelöst, als Ergänzung und Teil-Ersatz von dezentralen Rehabilitationskliniken wohnortnahe Rehabilitationsstationen mit direktem Anschluss an die akutsomatischen Grundversorgungs-Spitäler aufzubauen. Die neuen Einheiten sind primär auf einen Ausbau der ambulanten Rehabilitationsleistungen ausgerichtet. Zudem werden oftmals auch kleinere bettenführende Rehabilitationsstationen aufgebaut (z.B. Kooperationsprojekte der RehaClinic Zurzach mit den Kantonsspitalern Baden und Glarus sowie mit dem Seespital Kilchberg und dem Spital Zollikerberg).

Mit dem Aufbau eigener Rehabilitationsabteilungen am Kantonsspital in den 1970er-Jahren und am Pflegezentrum in den 1990er-Jahren gehörten die Spitäler Schaffhausen zu den landesweiten Pionieren der wohnortnahen Rehabilitation. Mit der organisatorischen und räumlichen Zusammenführung der beiden Bereiche am Kantonsspital im Jahre 2008 wurden günstige Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung dieser Angebote geschaffen.

Die gute Vernetzung der akutsomatischen Versorgung mit eigenen Angeboten im Rehabilitationbereich gehört zu den speziellen Stärken der Spitäler Schaffhausen, deren Bedeutung in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen wird. Insbesondere für betagte Personen, die oftmals von vielschichtigen gesundheitlichen und auch sozialen Einschränkungen parallel betroffen sind, bringt eine wohnortnahe Rehabilitation mit engster Vernetzung zum Akutspital, zu den ambulanten Leistungsanbietern (Hausärzte, Spitex) und auch zu den Alters- und Pflegeheimen ganz offensichtliche Vorteile.

Die Erhaltung und weitere Stärkung der bestehenden Rehabilitationsangebote der Spitäler Schaffhausen, die direkt abgestimmt werden können auf die Entwicklungen der Akutversorgung einerseits und der Akut- und Übergangspflege andererseits, sichert ein leistungsstarkes Gesamtangebot aus einer Hand mit optimierten Schnittstellen im Sinne einer integrierten Versorgungskette.

Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit soll der Rehabilitationbereich der Spitäler Schaffhausen allerdings auf jene Bereiche fokussiert bleiben, wo eine spital- bzw. wohnortnahe Behandlung aus medizinischen und pflegerischen Gründen sinnvoll und vorteilhaft ist. Die geriatrische Rehabilitation (inkl. Neurorehabilitation von betagten Patienten) und die muskuloskeletale Rehabilitation werden deshalb weiterhin im Zentrum des Leistungsauftrages bleiben.

#### *b) Ausserkantonale Leistungsanbieter*

Der Regierungsrat erwartet, dass die Spitäler Schaffhausen neben zunehmenden ambulanten Leistungen auch künftig rund die Hälfte des stationären Rehabilitationsbedarfs der Schaffhauser Kantonsbevölkerung abdecken werden. Daneben werden aber auch die klassischen wohnortfernen Rehabilitationskliniken weiterhin wesentlich Versorgungsanteile abzudecken haben. Im Vordergrund stehen dabei insbesondere folgende Bereiche:

- hoch spezialisierte Fachbereiche wie etwa die neurologische Früh- und Intensivrehabilitation von Menschen mit Hirnschlag / Hirnverletzungen oder die Rehabilitation von Querschnittgelähmten, wo die Konzentration auf wenige Zentren für weiträumige Einzugsgebiete aufgrund der kleinen Fallzahlen zwingend ist;
- Rehabilitationsaufenthalte, bei denen eine klare Abgrenzung gegenüber der vorhergehenden Akutspital-Behandlung und / oder eine räumliche Distanznahme zum "normalen" Wohnumfeld aus psychologischen Gründen vorteilhaft ist (z.B. psychosomatische Rehabilitation).

## 5.6 Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation 2013

Auf der bisherigen Schaffhauser Spitalliste wurden im Rehabilitationsbereich keine ausserkantonalen Kliniken namentlich erwähnt. Vielmehr wurden für Leistungen, die innerkantonale nicht angeboten wurden, summarisch alle Kliniken zugelassen, die auf den Spitallisten der jeweiligen Standortkantone aufgeführt sind. Diese Praxis, die den Patienten und der zuweisenden Ärzteschaft eine maximale Wahlfreiheit eröffnete, ist nach den neuen bundesrechtlichen Vorgaben nicht mehr zulässig. Vielmehr müssen für alle relevanten Leistungsbereiche die hauptverantwortlichen Spitäler und Kliniken namentlich bezeichnet werden.

Bei der Evaluation der in Frage kommenden Leistungsanbieter kann der Kanton Schaffhausen auf die bereits abgeschlossenen Planungen der Nachbarkantone Zürich und Thurgau zurückgreifen, die - abgesehen vom Kantonsspital Schaffhausen - alle für die Versorgung des Kantons Schaffhausen relevanten Kliniken bereits evaluiert haben. Als zentraler Orientierungsrahmen kann insbesondere die Zürcher Spitalplanung 2012 dienen, die nach systematischer Prüfung aller interessierten Kliniken in eine Spitalliste mit 21 Leistungsanbietern aus sieben Kantonen mündete. Die Thurgauer Spitalplanung, die sich stärker als die Zürcher Planung auf innerkantonale Kliniken konzentriert, kann daneben für ergänzende Informationen und Anregungen beigezogen werden.

Bei der Gestaltung der Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation sind neben dem Leistungsbedarf und den materiellen Evaluationskriterien auch methodische Fragen zu klären, die sich aus den Besonderheiten des breit aufgefächerten Marktes im Rehabilitationsbereich für einen kleinen Kanton ergeben:

- Neben dem Kantonsspital Schaffhausen, der in seiner Rehabilitationsabteilung mit rund 30 Betten knapp die Hälfte der Schaffhauser Versorgung sichert, waren in die restliche Versorgung im Jahr 2010 nicht weniger als 25 ausserkantonale Kliniken involviert.
- Von diesen 25 Kliniken wiesen lediglich vier einen mittleren Belegungsanteil von mehr als zwei Patientinnen / Patienten aus dem Kanton Schaffhausen aus; bei weiteren fünf Kliniken lag der mittlere Schaffhauser Belegungsanteil zwischen einem und zwei Patienten, während die verbleibenden 16 Kliniken im Jahresmittel weniger als einen Schaffhauser Patienten betreuten (unter 365 Pflagestage).

Diese hohe Differenzierung der Versorgung hängt damit zusammen, dass zwischen den zahlreichen (mehrheitlich privaten) Rehabilitationskliniken in weiteren kantonsübergreifenden Räumen seit Jahren schon ein relativ starker Wettbewerb besteht, der die einzelnen Kliniken zu sehr spezifischen Ausgestaltungen ihrer Leistungsangebote getrieben hat. Zudem erleichtert der breit gefächerte Markt im Falle von knappen Kapazitäten auch die Suche nach rasch verfügbaren freien Plätzen.

Aus Gründen der Praktikabilität und der Verhältnismässigkeit ist vorgesehen, die Zahl der ausserkantonalen Kliniken, die auf die Schaffhauser Spitalliste aufgenommen werden, auf eine überschaubare Zahl zu begrenzen. Die Auswahl bleibt dabei auf Institutionen beschränkt, die nach Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit auch auf den Spitallisten der Nachbarkantone Zürich und / oder Thurgau mit Leistungsaufträgen betraut wurden.

Unter den nach dieser ersten Eingrenzung in Frage kommenden Kliniken wird die engere Wahl nach den folgenden Gesichtspunkten getroffen:

- In der *muskuloskelettalen Rehabilitation*, wo am Kantonsspital Schaffhausen ein umfassendes eigenes Angebot besteht, werden ergänzend zwei Kliniken berücksichtigt, die sich prioritär auf standardisierte Behandlungen ausgerichtet haben und ihre Leistungen

deshalb zu Tarifen unter dem Niveau des Kantonsspitals Schaffhausen anbieten können (RehaClinic Zurzach und Kneipp-Hof Dussnang).

Eine Aufnahme der Kliniken St. Katharinental und Schloss Mammern, die von zusatzversicherten Patienten aus dem Kanton Schaffhausen traditionell recht häufig beansprucht werden, auf die Schaffhauser Spitalliste ist für den Bereich der muskuloskeletalen Rehabilitation nicht vorgesehen. Beide Kliniken bieten in diesem Segment zu höheren Tarifen ähnliche Leistungen an wie das Kantonsspital Schaffhausen. Eine Aufnahme auf die Spitalliste würde eine umfassende Finanzierung der Zusatzkosten aus Mitteln der obligatorischen Grundversicherung und aus kantonalen Steuermitteln bewirken, was mit Blick auf den bundesrechtlichen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nicht angezeigt ist. Für Personen, die über entsprechende Zusatzversicherungen verfügen oder zur Zahlung eines Aufpreises aus eigenen Mitteln bereit sind, bleiben die beiden Spitäler gleichwohl wie bisher frei zugänglich.

- In der neurologischen, der kardiovaskulären und der pulmonalen Rehabilitation werden ebenfalls je zwei Kliniken berücksichtigt, wobei die Wahl mangels anderer hinlänglich qualifizierender Kriterien auf jene Anbieter fällt, die im Stichjahr 2010 in den betroffenen Leistungsbereichen die meisten Schaffhauser Patientinnen und Patienten betreut haben:
  - Helios Klinik Zihlschlacht und RehaClinic Zurzach in der Neuro-Rehabilitation;
  - Kliniken Gais und Schloss Mammern in der kardio-vaskulären Rehabilitation;
  - Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos in der Lungen-Rehabilitation.
- In den übrigen Spezialbereichen wird aufgrund der tiefen Fallzahlen nur je ein Anbieter auf die Spitalliste aufgenommen:
  - Klinik Gais in der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation;
  - Klinik Schloss Mammern in der internistisch-onkologischen Rehabilitation;
  - Paraplegiker-Zentrum Nottwil für die Rehabilitation bei Querschnittlähmung;
  - Rehabilitationsstation Affoltern am Albis des Kinderspitals Zürich für die pädiatrische Rehabilitation.

Auf der Basis der ausgewählten Spitäler kann für die Schaffhauser Bevölkerung in allen Leistungsbereichen der Rehabilitation eine bedarfsgerechte Versorgung gesichert werden. Zugleich werden sich die Versicherer und der Kanton aufgrund der neuen KVG-Bestimmungen auch bei allen anderen Kliniken massgeblich an den Kosten beteiligen, soweit das Tarif-Niveau der auf der Spitalliste namentlich genannten Spitäler nicht überschritten wird. Damit bleiben praktisch alle bisher beanspruchten Kliniken weiterhin im bisherigen Rahmen frei zugänglich.

Mit Blick auf die bunderechtlichen Übergangsbestimmungen, die den Kantonen zur Anpassung ihrer Spitallisten an das neue Recht eine Frist bis Ende 2014 einräumen, soll die Spitalliste Rehabilitation mit vorläufiger Befristung für die Jahre 2013/2014 erlassen werden. Diese Beschränkung, die analog auch für die Spitalliste Rehabilitation des Kantons Zürich gilt, ist angezeigt, weil die derzeit verfügbaren Daten zur Qualität und zur Wirtschaftlichkeit den Anforderungen des neuen Rechts noch nicht in allen Teilen genügen. Zu Beginn des Jahres 2014 soll dann eine Überprüfung der Situation mit allfällig folgender Modifikation der Spitalliste stattfinden.

*(Entwurf der Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation 2013 vgl. Anhang 3)*

## 6. Übergangs- und Langzeitpflege

### 6.1 Ausgangslage und Handlungsbedarf

Die aktuelle Pflegeheim-Liste des Kantons Schaffhausen ist im gleichen Erlass des Regierungsrates enthalten wie die Spitalliste (SHR 832.151). Sie umfasst drei Typen von Institutionen:

- a) Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen (Pflegezentrum und Psychiatrie);
- b) 16 Alters- und Pflegeheime, die ihre Aufgaben mit Leistungsaufträgen der Gemeinden im Sinne des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes wahrnehmen (13 gemeindeeigene Heime und 4 Heime mit privater Trägerschaft);
- c) zwei private Heime mit Leistungsschwerpunkten in der psychiatrischen Langzeitpflege, die nur zu begrenzten Anteilen durch Einwohner des Kantons Schaffhausen belegt sind und darüber hinaus auf ein kantonsübergreifendes Einzugsgebiet ausgerichtet sind.

Für die Festlegung der Heimliste im Bereich der Alterspflege kann auf die Planungen zurückgegriffen werden, die von den Gemeinden im Rahmen ihrer Zuständigkeit gemäss Altersbetreuungs- und Pflegegesetz erstellt wurden. Die Planungen für die Langzeitabteilungen der Spitäler sowie für die spezialisierten Psychiatrieheime sind dagegen vom Kanton in Abstimmung auf die Spitalplanung materiell zu überprüfen. Dabei sind dabei die modifizierten bundesrechtlichen Vorgaben zu beachten, welche für die Pflegeheim-Liste explizit eine kapazitätsbezogene Planung fordern (Art. 58c Bst. c KVV).

### 6.2 Übersicht über die aktuelle Versorgungslage

#### a) Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen

Der Leistungsauftrag der Spitäler Schaffhausen im Bereich der Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege basiert auf Art. 2 Abs. 3 des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes (AbPG, SHR 813.500):

*Er (der Kanton) sorgt im Rahmen seiner Spitäler oder durch Beizug anderer Leistungserbringer für bedarfsgerechte Angebote in den folgenden Bereichen:*

- a) *Untersuchung, Behandlung und Rehabilitation von Personen mit spezifischen Alterserkrankungen, für die im Kanton keine anderweitigen geeigneten Leistungsangebote verfügbar sind;*
- b) *befristete stationäre Akut- und Übergangspflege nach Spitalbehandlungen;*
- c) *Langzeitpflege von Personen, die aufgrund der Art und Schwere ihres Unterstützungsbedarfs (fachliche Anforderungen, medizinische Infrastruktur) in anderen Institutionen nicht angemessen betreut werden können;*
- d) *Beratung von Heimen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause in altersmedizinischen Belangen.*

Die Leistungen nach den Absätzen a) und d) der obigen Aufzählung werden von den ärztlich geführten Abteilungen (Kliniken) des Kantonsspitals und des Psychiatriezentrums wahrgenommen. Die Absätze b) und c) beziehen sich auf stationäre Pflegeleistungen im Sinne des KVG, die im Rahmen der kantonalen Bedarfsplanung erfasst und in der Pflegeheimliste abgebildet werden müssen.

Die Belegungswerte der Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen haben sich in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

	Beanspruchte Bettenkapazität <sup>27</sup>		
	2001	2006	2011
Pflegezentrum (Akut- und Übergangspflege + Langzeitpflege, ohne Rehab. und Tagesklinik)	81	69	63
Langzeitpflege Psychiatriezentrum	71 <sup>28</sup>	66	74
TOTAL	152	135	137

**Tabelle 22: Belegungsentwicklung Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen (stationäre Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege)**

Im *Pflegezentrum*, das vorwiegend auf die Betreuung von Alterspatienten sowie von jüngeren Personen mit schweren körperlichen Einschränkungen ausgerichtet ist, ist die Belegung in den letzten Jahren schrittweise zurückgegangen. Die Entwicklung ist primär auf die zunehmende Leistungsfähigkeit der kommunalen und privaten Heime bei der Betreuung von schwer pflegebedürftigen Personen zurückzuführen.

Der erste Kern-Leistungsauftrag des Pflegezentrums gemäss Altersbetreuungs- und Pflegegesetz besteht in der befristeten *Akut- und Übergangspflege* im unmittelbaren Anschluss an akut-somatische Spitalbehandlungen: Jährlich nimmt das Pflegezentrum in diesem Segment rund 250 Patientinnen und Patienten auf, welche die Institution mehrheitlich nach wenigen Wochen wieder verlassen, um nach Hause zurückzukehren oder in ein Heim übertreten, in dem sie längerfristig wohnen und betreut werden können.

Nach der bundesrechtlichen Definition (Art. 25a Abs. 2 KVG) umfasst die Akut- und Übergangspflege die befristete stationäre Betreuung im unmittelbaren Anschluss an eine Spitalbehandlung. Sie kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn die folgenden wichtigsten Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
- Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- Die unmittelbare Rückkehr nach Hause ist nicht möglich.
- Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.

Das Bundesrecht hat für die Akut- und Übergangspflege spezielle Finanzierungsregeln festgelegt. Diese bringen für die Patientinnen und Patienten eine gewisse Entlastung gegenüber der "normalen" Heimpflege (Beschränkung des Patientenbeitrages auf die Hotellerie- und Betreuungskosten, Wegfall des Patientenbeitrages an die Pflegekosten nach KVG während einer Frist bis zu 14 Tagen). Das kantonale Altersbetreuungs- und Pflegegesetz, das vor der bundesrechtlichen Regelung geschaffen wurde, sieht dem gegenüber eine längere Frist bis zu 60 Tagen

<sup>27</sup> Kalkulation: Erbrachte Pflegeetage geteilt durch die bereichsspezifisch erwartete Normalbelegung (Annahme Pflegezentrum 330 Tage = Auslastung 90,4 %; Annahme Langzeitpsychiatrie 350 Tage = Auslastung 95,9 %)

<sup>28</sup> ohne Wohnheim (spätere Übernahme durch die Stiftung *altra*)

vor. Damit besteht ein erweitertes Zeitfenster, um bei Personen mit absehbarem längerfristigem Pflegebedarf geeignete Anschlusslösungen vorzubereiten (Übertritt in ein Heim oder Vorbereitung langfristig tragfähiger ambulanter Lösungen unter Einbezug von Spitex, Angehörigen, Hausarzt etc.).

Die Akut- und Übergangspflege umfasst im Pflegezentrum derzeit einen Kapazitätsanteil von rund 25 Betten. Die verbleibenden rund 40 Betten teilen sich jüngere Langzeitpatienten, die nicht in die gesetzliche Zuständigkeit der Gemeinden fallen, sowie betagte Langzeitpatienten, die subsidiär zu den kommunalen Heimen in der kantonalen Einrichtung betreut werden.

In den *Langzeitabteilungen des Psychiatricentrum*s werden vorwiegend Patientinnen und Patienten mit langjährigen psychiatrischen Krankheitsgeschichten betreut, bei denen sich nach langen bzw. wiederholten akutpsychiatrischen Klinik-Aufenthalten gezeigt hat, dass sie dauerhaft auf eine betreute Wohnform mit enger Verbindung zum ärztlichen und therapeutischen Know-How der Klinik angewiesen sind.

Im statistischen Quervergleich mit anderen Kantonen ist die Zahl der Langzeitpatienten, die im genannten Sinne kliniknah betreut werden, im Kanton Schaffhausen ausserordentlich hoch. Dies hängt damit zusammen, dass in den Psychiatriekliniken der meisten anderen Kantone im Verlaufe der 1990er-Jahre grosse Umstrukturierungen stattgefunden haben. Für die Betreuung der psychiatrischen Langzeitpatienten wurden dabei neue Trägerschaften gebildet, die - teilweise in den angestammten Gebäuden auf den Klinik-Arealen - als rechtlich eigenständige Wohnheime für Behinderte formiert sind. Die neu entstandenen Institutionen unterstehen den für IV-Heime geltenden Finanzierungsregeln und treten deshalb in den Heimplanungen und den Heimlisten nach KVG nicht mehr in Erscheinung.

Im Rahmen der dargestellten landesweiten Entwicklung wurden auch in Schaffhausen gewisse Veränderungen realisiert. Insbesondere wurde die langjährig bestehende Wohngruppe für geistig behinderte Personen im Psychiatricentrum aufgelöst, nachdem für die betroffenen Personen in den IV-Wohnheimen Ilgenpark, Ungarbühl und Rabenfluh geeignete Ersatz-Plätze bereitgestellt werden konnten. Zudem wurden drei ehemalige Aussenwohngruppen des Psychiatricentrum an die Stiftung *altra* übertragen. Die genannten Umlagerungen blieben allerdings auf rund 40 % der früheren Langzeitpflege-Kapazitäten des Psychiatricentrum beschränkt. Der in kliniknahen Strukturen verbliebene Anteil ist damit deutlich grösser als in den meisten anderen Kantonen.

Die Zurückhaltung des Kantons Schaffhausen bei der institutionellen Ausgliederung von Wohnheimen liegt massgeblich in den spezifischen Strukturen des Psychiatricentrum Breitenau begründet: Der Betrieb einer eigenständigen Psychiatrieklinik in einer Region mit begrenztem Einzugsgebiet setzt eine gewisse Mindestgrösse bezüglich Personalressourcen und Infrastruktur voraus. Diese betriebliche Mindestgrösse wäre bei einer konsequenten institutionellen Trennung von Langzeit- und Akutbereich in den gegebenen baulichen Strukturen des Psychiatricentrum nicht mehr erreicht worden.

Ungeachtet der weiteren gemeinsamen Trägerschaft wurden die Betreuungskonzepte der Akutpsychiatrie und der psychiatrischen Langzeitpflege in den letzten Jahren zunehmend konsequenter entflochten. Den formellen Abschluss fand dieser Prozess im Jahre 2010 mit der organisatorischen Überführung der psychiatrischen Langzeitstationen vom Departement Psychiatrie zum Departement Pflege, dem auch die geriatrische Langzeitpflege im Pflegezentrum unterstellt ist. Mit diesem Schritt wurde die Absicht dokumentiert, die psychiatrische Langzeitpflege noch weiter von den früheren, klinisch geprägten Mustern zu lösen und die Betreuung stattdessen verstärkt an den sozialpädagogischen Konzepten von Wohnheimen zu orientieren.

b) Alters- und Pflegeheime mit kommunalen Leistungsaufträgen

Die Bereitstellung von Heimplätzen für stationär pflegebedürftige Betagte ist gemäss Art. 3 des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes (AbPG, SHR 813.500) Sache der Gemeinden. Zur Erfüllung dieser Aufgabe hat der Regierungsrat auf Verordnungsstufe einen Normwert von mindestens 7 Heimplätzen pro 100 Einwohner ab dem vollendeten 65. Altersjahr festgelegt (AbPV, SHR 813.501, §11). Bei Gemeinden mit einem hohen Bestand an altersgerechten Wohnungen oder bei anderweitig besonders günstigen Verhältnissen kann dieser Wert um höchstens 25 % unterschritten werden.

Im Kanton Schaffhausen bestehen zwölf kommunale Heime sowie vier Heime mit privater Trägerschaft und Leistungsaufträgen der Gemeinden. Die Gesamtkapazität der Heime lag im Jahr 2011 bei rund 1'250 Plätzen, entsprechend 8,1 Plätzen auf 100 Einwohner nach dem vollendeten 65. Altersjahr. Der kantonale Minimal-Normwert wurde damit um 16 % überschritten.

In Bezug auf die regionale Verteilung der Heimplätze (Zuordnung der Gemeinden nach Spitex-Regionen) zeigte sich im Jahr 2011 das folgende Bild:

	Bevölkerung total	Bevölkerung 65 +)	Richtwert Heimplätze gem. AbPV	Kapazität Heime total alle Plätze	Mittlere Belegung Pflege 2011
<b>Versorgungsregion Schaffhausen</b>	<b>39'302</b>	<b>7'725</b>	<b>541</b>	<b>656<sup>29</sup></b>	<b>500</b>
Heime Stadt Schaffhausen				439	318
Heime Résidence + Schönbühl				217	182
<b>Versorgungsregion Klettgau</b>	<b>15'680</b>	<b>2'903</b>	<b>203</b>	<b>261</b>	<b>248</b>
Ruhsitz Beringen				94	92
Altersheim Schleithelm				56	51
Altersheim Hallau				44	39
Altershaamet Wilchingen				38	35
Altersheim im Winkel Neunkirch				31	31
<b>Versorgungsregion Stein am Rhein / Ramsen / Hemishofen / Buch</b>	<b>5'355</b>	<b>1'140</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>73</b>
Altersheim Stein am Rhein				47	45
APH Bachwiesen Ramsen				29	28
<b>Übrige Gemeinden / Regionen</b>					
Neuhausen am Rheinfl	10'261	2'323	163	174	151
Thayngen	4'980	995	70	85	73
Buchberg / Rüdlingen <sup>30</sup>	1'567	270	19	n.q.	n.q.
<b>Total</b>	<b>77'145</b>	<b>15'356</b>	<b>1'076</b>	<b>1'254</b>	<b>1'045</b>

**Tabelle 23: Kapazität und Belegung der Alters- und Pflegeheime im Kanton Schaffhausen<sup>31</sup>**

Die genannten Kapazitäten umfassen neben Pflegeplätzen im Sinne des KVG auch Pensionärzimmer und Kleinwohnungen mit Heimanschluss. Bei ausschliesslicher Betrachtung jener Heimbewohnerinnen und -bewohner, die im Rahmen des Systems BESA als pflegebedürftig im Sinne des KVG eingestuft wurden, ergibt sich aus der Heimstatistik 2011 eine kumulierte mitt-

<sup>29</sup> inkl. Kleinwohnungen mit unmittelbarem Heimanschluss für Personen ohne Pflegebedarf

<sup>30</sup> Die Gemeinden Buchberg und Rüdlingen basieren in Bezug auf die Heimpflege auf den Heimen der Zürcher Nachbargemeinden Flaach und Eglisau.

<sup>31</sup> Quellen: Bevölkerungsstatistik 2011 des kantonalen Wirtschaftsamtes Schaffhausen, Heimstatistik 2011 des Heimverbandes curaviva, Sektion Schaffhausen

lere Pflegeplatz-Belegung von 1'054 Plätzen, entsprechend 6,8 Pflegepatienten pro 100 Einwohnern ab dem vollendeten 65. Altersjahr.

Bei einer regionalen Betrachtungsweise zeigt sich, dass die Heimkapazitäten im Klettgau relativ grosszügig bemessen sind, während das Angebot im oberen Kantonsteil relativ knapp ist. In den übrigen Regionen liegen die Angebote sehr nahe am kantonalen Richtwert gemäss Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz.

### c) *Private Heime mit Spezial-Ausrichtung Psychiatrie*

Neben den Alterspflegeheimen mit kommunalen Leistungsaufträgen bestehen im Kanton Schaffhausen zwei private Heime mit spezieller Ausrichtung auf Personen mit psychischen Beeinträchtigungen: die Wohnheime Sonnmatte Wilchingen und Froberg Schaffhausen. Beide Einrichtungen sind ursprünglich als privat geführte Aussenstation des kantonalen Psychiatriezentrums unter dem Titel "Familienpflege" entstanden und haben sich nach der organisatorischen Abkoppelung vom Psychiatriezentrum vermehrt auf ausserkantonale Patienten eingestellt.

Das Wohnheim Sonnmatte hat im Zusammenhang mit der Umstrukturierung der Zürcher Psychiatrieversorgung in den 1980er- und 1990er-Jahren (Schliessung der Inselklinik Rheinau u.a.) zahlreiche Personen aus dem Kanton Zürich neu aufgenommen und ist dabei stark gewachsen. Daneben hat das Wohnheim Froberg eine überschaubare Grösse bewahrt, die dem ursprünglichen Charakter der "Familienpflege" noch relativ nahe steht.

Die aktuellen Kapazitäten der beiden Heime sowie die Belegungsanteile durch Personen mit rechtlichem Wohnsitz im Kanton Schaffhausen (Jahresmittelwerte gerundet) präsentieren sich wie folgt:

	<b>Kapazität total Wohnplätze 2011</b>	<b>Belegungsanteil Her- kunft SH)</b>
Wohnheim Sonnmatte, Wilchingen	108 Plätze	13 Plätze
Wohnheim Froberg, Schaffhausen	18 Plätze	7 Plätze
<b>TOTAL</b>	<b>124 Plätze</b>	<b>20 Plätze</b>

**Tabelle 24: Langzeitpflegeplätze in spezialisierten privaten Heimen (Heimplätze nach KVG)**

Als weitere private Trägerschaft bietet die Stiftung alträ 35 Heimplätze für Personen mit psychischen Störungen an. Diese Angebote unterstehen allerdings nicht der Heimplanung nach KVG. Sie sind den Einrichtungen für Behinderte im Sinne des IVG zugeordnet und werden vom Kanton nach den hierfür geltenden Grundsätzen unterstützt.

## **6.3 Versorgungstrategie und Gestaltung der Pflegeheimliste 2013**

### a) *Akut- und Übergangspflege Spitäler Schaffhausen*

Der künftige Kapazitätsbedarf der stationären Akut- und Übergangspflege ist in hohem Masse abhängig von der Entwicklung der Schnittstellen zur Spitalversorgung (insb. Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation) sowie von der künftigen Tragfähigkeit der ambulanten Pflegestrukturen (Spitex, hausärztlichen Grundversorgung u.a.).

Aufgrund der demografischen Entwicklung kann in jedem Fall davon ausgegangen werden, dass die Kapazitäts- und Leistungsanforderungen an die stationäre Akut- und Übergangspflege in den kommenden Jahren weiter ansteigen werden. Als mittlerer Planungswert für das Jahr 2020 wird ein Kapazitätsbedarf von 30 Betten angenommen.

#### *b) Langzeitpflege-Abteilungen der Spitäler Schaffhausen*

Gemäss Art. 2 Abs. 2 des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes haben die Spitäler Schaffhausen in der stationären Langzeitpflege grundsätzlich nur subsidiäre Aufgaben zu erfüllen, die weder im ambulanten Rahmen noch von anderen stationären Einrichtungen hinlänglich abgedeckt werden können.

Die Leistungsfähigkeit der ambulanten Dienste sowie der kommunalen und privaten Heime hat in den letzten Jahren markant zugenommen. Im Gegenzug hat die relative Bedeutung der stationären Langzeitangebote in den Spitälern Schaffhausen für die Versorgung des Kantons kontinuierlich abgenommen.

In konsequenter Weiterführung dieser Entwicklung strebt der Regierungsrat an, die Leistungen der Spitäler längerfristig noch weiter auf die Kernaufgaben der Akutversorgung und der Rehabilitation sowie der Akut- und Übergangspflege zu konzentrieren. Die Aufgaben der Langzeitpflege sollen verstärkt auf die ambulante Ebene verlagert werden. Zudem ist auch ein vermehrter Einbezug anderer Heime in die Versorgung zu prüfen. Auf dieser Basis soll es längerfristig möglich werden, die stationären Langzeit-Kapazitäten der Spitäler Schaffhausen weiter zu reduzieren.

Mit Blick auf mögliche Veränderungen der bestehenden Leistungsaufträge ist allerdings zu beachten, dass die Verweildauer der betroffenen Personen insbesondere in den Einrichtungen der Langzeit-Psychiatrie sehr lang sein kann. Die Zahl der jährlichen Aus- und Eintritte ist entsprechend klein. Allfällige Strukturanpassungen müssen deshalb unter einem langfristigen Zeithorizont erwogen und abgeklärt werden.

Zudem ist zu beachten, dass eine schleichende Erosion der Belegungswerte bestehender Einrichtungen in wirtschaftlicher Hinsicht grosse Nachteile mit sich bringen würde, da die Fixkosten eines Betriebs nicht parallel zur Auslastung reduziert werden können. Deshalb ist es unter den gegebenen baulichen Rahmenbedingungen notwendig, den Spitälern bei der Gestaltung des Leistungsauftrages weiterhin die nötigen Spielräume offen zu halten zur Sicherung einer betriebswirtschaftlich vertretbaren Mindestbelegung an allen heutigen Standorten.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Umstände ist vorgesehen, den Spitälern Schaffhausen auf der Pflegeheimliste 2013 weiterhin einen Leistungsauftrag im Rahmen der bisherigen Kapazitäten zu erteilen. Die Festlegung erfolgt allerdings unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer umfassenden Neubeurteilung nach Abschluss der Arbeiten am neuen kantonalen Psychatriekonzept sowie der anstehenden Planungen zur baulichen Erneuerung des Kantonsspitals.

#### *c) Alters- und Pflegeheime mit Leistungsauftrag der Gemeinden*

Mit Blick auf die demografische Entwicklung ist in den nächsten Jahren in allen Versorgungsregionen des Kantons eine substantielle Zunahme des Pflegebedarfs zu erwarten. Nach den Vorgaben des kantonalen Altersleitbildes sowie der kommunalen und regionalen Versorgungsplanungen soll dieser Zuwachs prioritär durch den Ausbau der ambulanten Angebote (Spitex) sowie durch die vermehrte Bereitstellung von Alterswohnungen mit strukturiertem Spitex-An-

schluss aufgefangen werden. Der Bau neuer Altersheime ist aus heutiger Sicht nicht vorgesehen.

Unter den gegebenen Umständen wird der Leistungsauftrag der bestehenden Alters- und Pflegeheime generell im Rahmen ihrer derzeit bestehenden Gesamt-Kapazitäten weitergeführt. Dabei werden auch die Kleinwohnungen mit unmittelbarem Heimanschluss, die derzeit nur in Ausnahmefällen durch pflegebedürftige Personen belegt sind, an die zugelassene Kapazität angerechnet. Damit besteht ein angemessener Spielraum, die demografisch bedingte Zunahme der Nachfrage innerhalb der bestehenden baulichen Strukturen aufzufangen.

*d) Private Heime mit Spezial-Ausrichtung Psychiatrie*

Die Heime Sonnmatt Wilchingen und Frohberg Schaffhausen, die derzeit vorwiegend von Personen mit ausserkantonalem Unterstützungswohnsitz belegt sind, stellen auch bei beschränkten Schaffhauser Belegungsanteilen eine wertvolle Bereicherung der kantonalen Versorgung dar. Die Heime bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zu vergleichsweise günstigen Kosten eine bedarfsgerechte Betreuung in geprüfter Qualität an. Zudem haben beide Institutionen in den letzten Jahren mehrmals bewiesen, dass sie auch Personen mit besonders schwierigen Lebensläufen, die in anderen Institutionen aus den verschiedensten Gründen nicht heimisch werden konnten, ein längerfristig angemessenes Zuhause bieten können.

Die künftige Bedeutung der beiden Heime für die innerkantonale Versorgung wird im Rahmen des neuen Schaffhauser Psychiatriekonzeptes vertieft zu prüfen sein. Zum aktuellen Zeitpunkt ist vorgesehen, beide Institutionen mit Kapazitäten, die leicht über dem aktuellen Belegungsanteil durch Schaffhauser Kantonseinwohner liegen, auf die Pflegeheimliste 2013 aufzunehmen. Eine Neuurteilung soll unter Abstimmung auf die einschlägigen Leistungsaufträge für die Spitäler Schaffhausen und andere betroffene Institutionen erfolgen, wenn die Erarbeitung des neuen Psychiatriekonzeptes abgeschlossen ist.

*(Entwurf der Schaffhauser Pflegeheimliste 2013 vgl. Anhang 4)*

## Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013 (Entwurf September 2012)

	Kantonsspital Schaffhausen	Klinik Belair Schaffhausen	Kantonsspital Winterthur	Universitäts- spital Zürich	Kinderspital Zürich	Spital Bülach	Stadtspital Triemli Zürich	Uni-Klinik Balgrist Zürich
<b>Basispakete Grundversorgung</b>								
Chirurgie und Innere Medizin nur elektive Leistungen								
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>								
Gynäkologie								
Geburtshilfe								
Neugeborene								
<b>Bewegungsapparat</b>								
Chirurgie Bewegungsapparat								
Wirbelsäulenchirurgie								
Rheumatologie								
<b>Innere Organe</b>								
Endokrinologie								
Gastroenterologie								
Viszeralchirurgie								
Hämatologie								
Herzchirurgie								
Kardiologie								
Gefässchirurgie								
Angiologie								
Nephrologie								
Urologie								
Pneumologie								
Thoraxchirurgie								
Transplantationen								
(Radio-)Onkologie								
Nuklearmedizin								
<b>Nervensystem und Sinnesorgane</b>								
Dermatologie								
Hals-Nasen-Ohren								
Neurochirurgie								
Neurologie								
Ophtalmologie								
<b>Querschnittsbereiche</b>								
Schwere Verletzungen								
Kindermedizin								
Kinderchirurgie								
Akutgeriatrie								
Palliative Care								
Invasive Schmerztherapie								
	Leistungsauftrag im Rahmen der Liste gemäss Anhang 1b (Kantonsspital SH und Klinik Belair) bzw. im Rahmen der Spitalliste des Standortkantons (ausserkantonale Spitäler)							
	Leistungsauftrag beschränkt auf spezialisierte Leistungen der universitären Zentrumsversorgung (Indikationsentscheid des Kantonsarztes Schaffhausen)							

**Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013 (Entwurf September 2012):  
Leistungsaufträge Kantonsspital Schaffhausen und Klinik Belair**

Die Schaffhauser Spitalliste Akutsomatik 2013 basiert auf dem Leistungsgruppen-Konzept der Zürcher Spitalplanung 2012 (vgl. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch) => Themen => Spitalplanung 2012 => Leistungsgruppen Akutsomatik). Die Leistungsaufträge (LA) der Spitäler mit Standort im Kanton Schaffhausen umfassen im Detail die folgenden Leistungsgruppen:

Basispakete Grundversorgung							
Basispaket Medizin + Chirurgie	BP						
Basispaket nur elektive Leistungen	BPE URO	BPE BEW	BPE GYN	BPE HNO	BPE Sonstige		
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	GYN1	GYN1.1	GYN1.2	GYN1.3	GYN1.4	GYN2	PLC1
Geburtshilfe	GEB1	GEB1.1	GEB1.1.1				GEBH
Neugeborene	NEO1	NEO1.1	NEO1.1.1				
Bewegungsapparat							
Chirurgie Bewegungsapparat	BEW1	BEW2	BEW3	BEW4 + 5	BEW6 + 7	BEW9	BEW10+11
Wirbelsäulenchirurgie	BEW8	BEW8.1					
Rheumatologie	RHE1	RHE2					
Innere Organe							
Endokrinologie	END1						
Gastroenterologie	GAE1	GAE1.2					
Viszeralchirurgie	VIS1	VIS1.1	VIS1.2	VIS1.3	VIS1.4	VIS1.5	
Hämatologie	HAE1	HAE1.1	HAE2	HAE3	HAE4	HAE5	
Herzchirurgie	HER1	HER1.1	HER1.1.1	HER1.1.2			
Kardiologie	KAR1	KAR1.1	KAR1.1.1	KAR2	KAR3		
Gefässchirurgie	GEF1	GEF2	GEF3	GEF4			
Angiologie	ANG1	ANG2	ANG3	ANG4			
Nephrologie	NEP1						
Urologie	URO1	URO1.1	URO1.1.1/1.1.2/1.1.3/1.1.4/1.1.5/1.1.6			URO1.1.7	URO 1.1.8
Pneumologie	PNE1	PNE1.1	PNE1.2	PNE1.3	PNE2		
Thoraxchirurgie	THO1	THO1.1	THO1.2				
Transplantationen	TPL1						
(Radio-)Onkologie	ONK1	RAO1					
Nuklearmedizin	NUK1						
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	DER1	DER1.1	DER1.2	DER2			
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	HNO1.1 / 1.2 / 1.3		HNO2	HNO1.1.1 / 1.2.1 / 1.3.1		KIE1
Neurochirurgie	NCH1	NCH1.1					
Neurologie	NEU1	NEU2	NEU2.1	NEU3	NEU4	NEU4.1	
Ophtalmologie	AUG1	AUG1.1 / 1.2 / 1.3 / 1.4			AUG1.5	AUG1.6	AUG1.7
Querschnittsbereiche							
Schwere Verletzungen	UNF1	UNF1.1	UNF2				
Kindermedizin	KINM						
Kinderchirurgie	KINB	KINC					
Akutgeriatrie	GER						
Palliative Care	PAL						
Invasive Schmerztherapie	Spinale und periphere Neurostimulation, intrathekale Katheter mit Schmerzpumpen, neuroablative und neuromodulierende Verfahren (ausserhalb Systematik ZH)						

LA Kantonsspital Spitäler Schaffhausen	LA Hirslanden Klinik Belair	LA Kantonsspital + Klinik Belair	Kein LA an innerkantonale Spitäler
--	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**Schaffhauser Spitalliste Psychiatrie 2013 (Entwurf September 2012)**

	Psychiatrie- zentrum Spitäler Schaffhausen	Integrierte Psychiatrie Winterthur	Psychiatri- sche Dienste Spital Thurgau AG	Forel Klinik Ellikon a.d. Thur	Cilenia Littenheid AG	Klinik Sonnenhof Ganterschwil
Umfassende Grundversorgung Psychiatrie und Psychotherapie Erwachsene						
Spezialversorgung Suchtprobleme Alkohol und Medikamente						
Spezialversorgung Suchtprobleme illegale Drogen						
Kompetenzzentrum Gerontopsychiatrie						
Spezialversorgung Eltern-Kind-Behandlung						
Kinderpsychiatrie bis zum vollendeten 14. Altersjahr						
Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zum vollendeten 18. Altersjahr						

	Leistungsauftrag (mit vorläufiger Befristung bis 31. Dezember 2014)
--	---

**Schaffhauser Spitalliste Rehabilitation 2013 (Entwurf September 2012)**

	Kantonsspital Schaffhausen	Klinik Schloss Mammern	Kneipp-Hof Dussnang	Helios Klinik Zihlschlacht	Zürcher Höhenklinik Wald	Rehabilitation Affoltern, Kinderspital Zürich	RehaClinic Zurzach	Klinik Gais AG	Zürcher Höhenklinik Davos	Paraplegikerzentrum Nottwil
Muskuloskelettal										
Neurologisch										
Querschnittslähmung										
Kardiovaskulär										
Pulmonal										
Internistisch-onkologisch										
Psychosomatisch - sozialmedizinisch										
Geriatrisch - neurologisch										
Rehabilitation Kinder und Jugendliche										

	Leistungsauftrag inkl. Frührehabilitation (mit vorläufiger Befristung bis Ende 2014)
	Leistungsauftrag ohne Frührehabilitation (mit vorläufiger Befristung bis Ende 2014)

**Schaffhauser Pflegeheimliste 2013 (Entwurf September 2012)**

		Maximal zugelassene Kapazität für Personen mit Wohnsitz im Kanton Schaffhausen
<b>A. Spezialisierte Einrichtungen mit kantonalem Leistungsauftrag</b>		
A 1	<u>Spitäler Schaffhausen (Standorte Pflegezentrum und Breitenau):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG bzw. Art. 2 Abs. 3 Bst. b AbPG;</li> <li>• Langzeitpflege bei Personen mit somatischen Einschränkungen vor Eintritt ins AHV-Rentenalter, die in anderen Heimen nicht angemessen betreut werden können;</li> <li>• Langzeitpflege von betagten Personen subsidiär zu den Heimen mit kommunalen Leistungsaufträgen</li> <li>• Langzeitpflege von Personen mit schweren psychischen und psycho-organischen Störungen</li> </ul>	137
A 2	<u>Wohnheim Sonnmat, Wilchingen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langzeitpflege von Personen mit schweren psychischen und psycho-organischen Störungen</li> </ul>	20
A 3	<u>Wohnheim Frohberg, Schaffhausen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langzeitpflege von Personen mit chronischen psychischen Störungen und begrenztem Pflegebedarf (bis 2 Stunden pro Tag, entsprechend Pflegestufe 6)</li> </ul>	8
Total spezialisierte Einrichtungen		165
<b>B. Einrichtungen der Alterspflege mit kommunalen Leistungsaufträgen</b>		
B 1	Städtische Heime Schaffhausen (3 Heime / 4 Standorte)	439
B 2	"La Résidence", Schaffhausen	133
B 3	APH Schönbühl, Schaffhausen	84
B 4	Alters- und Pflegeheime Neuhausen am Rheinfl (2 Standorte)	174
B 5	APH "Ruhesitz", Beringen	94
B 5	APH Thayngen	85
B 6	Hermann-Stamm-Nion-Heim Schleithem	56
B 7	Clara-Dietiker-Heim Stein am Rhein	47
B 8	APH Hallau	44
B 9	"Altershaamet" Wilchingen	38
B 10	"Bachwiesen" Ramsen	29
B 11	AH "Im Winkel" Neunkirch	29
Total Einrichtungen der Alterspflege		1'254

Die zugewiesenen Kapazitäten der spezialisierten Einrichtungen mit Leistungsauftrag des Kantons (A 1 bis A 3) gelten befristet bis zum Vorliegen des neuen Psychiatriekonzeptes bzw. zur Beschlussfassung zu dessen Umsetzung durch die zuständigen Organe des Kantons

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Stationäre Spitalbehandlungen von Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen (Austritte 2010, ohne Übergangs- und Langzeitpflege Spitäler Schaffhausen).....	5
Tabelle 2:	Spitalaustritte 2010 (Akutsomatik stationär) von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons Schaffhausen.....	22
Tabelle 3:	Vergleichswerte Hospitalisationsrate 2010.....	22
Tabelle 4:	Patientenanteile der Schaffhauser Spitäler nach Wohnort, Versicherungsart und Versicherungsklasse .....	23
Tabelle 5:	Stationäre Spitalbehandlungen 2007 bis 2011 .....	23
Tabelle 6:	Spitalaustritte 2010 (Akutsomatik stationär) von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons Schaffhausen nach Leistungsbereichen .....	24
Tabelle 7:	Behandlungen von Schaffhauser Patienten in ausserkantonalen Spitälern 2010.....	25
Tabelle 8:	Die häufigsten Leistungsbereiche nach Altersgruppen (Stand 2008) .....	27
Tabelle 9:	Stationäre akutsomatische Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Altersjahr aus dem Kanton Schaffhausen (2009).....	28
Tabelle 10:	Prognose der Fallzahlenentwicklung nach Altersgruppen im Kantonsspital SH .....	28
Tabelle 11:	Erwartete Veränderungen der stationären Fallzahlen der Schaffhauser Spitalversorgung 2010 bis 2020 .....	30
Tabelle 12:	Entwicklungsprognosen stationäre Spitalleistungen Akutsomatik.....	31
Tabelle 13:	Austritte nach stationären Psychiatriebehandlungen 2010 von Einwohnerinnen / Einwohnern des Kantons SH nach ICD-Diagnosegruppen .....	42
Tabelle 14:	Behandlungen von Personen aus dem Kanton Schaffhausen in ausserkantonalen Psychiatriekliniken (Anzahl Austritte und häufigste Hauptdiagnosen gemäss Med. Statistik BfS 2010).....	43
Tabelle 15:	Belegung Psychiatriezentrum akut + Langzeit 2006 bis 2011 .....	44
Tabelle 16:	Anteile der Haupt-Diagnosegruppen an der Belegung 2010 des Psychiatriezentrums Schaffhausen (Akutpsychiatrie ohne Langzeitpatienten) .....	44
Tabelle 17:	Interkantonaler Kennzahlenvergleich stationäre Psychiatrieversorgung..	46
Tabelle 18:	Prognose Kapazitätsbedarf stationäre Psychiatrieversorgung akut bis 2020 .....	52

Tabelle 19:	Stationäre Behandlungen von Schaffhauser Kantoneinwohnerinnen und -einwohnern in Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2010 .....	57
Tabelle 20:	Vergleichswerte Hospitalisationsraten 2010 .....	57
Tabelle 21:	Austritte Rehabilitation von Einwohnern des Kantons Schaffhausen (2010) .....	58
Tabelle 22:	Belegungsentwicklung Pflegeabteilungen der Spitäler Schaffhausen (stationäre Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege) .....	65
Tabelle 23:	Kapazität und Belegung der Alters- und Pflegeheime im Kanton Schaffhausen.....	67
Tabelle 24:	Langzeitpflegeplätze in spezialisierten privaten Heimen (Heimplätze nach KVG) .....	68

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2008 - 2020 nach Altersgruppen (Prognose BfS, Szenario "Trend").....	16
Abbildung 2: Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohnerinnen / Einwohner nach Altersgruppen .....	26
Abbildung 3: Mittlere Spitalaufenthaltsdauer nach Altersgruppen .....	26
Abbildung 4: Anteile der Altersgruppen an der Wohnbevölkerung, der Anzahl stationärer Spitalbehandlungen und der Pflage tage im Jahr 2008 .....	27
Abbildung 5: Altersverteilung der Patienten 2010 .....	45
Abbildung 6: Modell der Versorgung in der Psychiatrie.....	48

