

**Bericht und Antrag
des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen
an den Kantonsrat
betreffend Schaffhauser Spitalplanung 2023
(Planungsbericht und Prognose 2030 inkl. Planungsgrundsätze)**

21-48

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Sinne von Art. 4 des Spitalgesetzes vom 22. November 2004 (SHR 813.100) unterbreiten wir Ihnen den Planungsbericht für die Schaffhauser Spitalplanung mit den Bedarfsprognosen bis 2030. Als Anhang zum Planungsbericht unterbreiten wir Ihnen zudem die Planungsgrundsätze, die bei der Vergabe von Leistungsaufträgen im Hinblick auf die Spitalliste 2023 angewandt werden sollen.

In Ergänzung zu den oben genannten Dokumenten schicken wir die folgenden Erläuterungen voraus.

1. Einleitung

Ziel der Spitalplanung ist es, eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige stationäre Grundversorgung für die Schaffhauser Bevölkerung sicherzustellen. Der Planungsbericht prognostiziert den zukünftigen Bedarf an stationären Spitalleistungen. In Ergänzung dazu bilden die Planungsgrundsätze die strategischen Leitplanken für die Spitalplanung 2023. Der Kanton steht in der Pflicht, die Spielräume gestaltend zu nutzen, welche das Gesetz und die Gerichtspraxis vorsehen.

2. Ausgangslage und Handlungsbedarf nach Spitalgesetz

Die letzte Schaffhauser Spitalplanung inklusive Spitalliste wurde 2012 erstellt und 2013 in Kraft gesetzt, auf der Grundlage des Planungsberichts 2012/2020. Diese Spitalliste erfuhr seither einige geringfügige Veränderungen in der Leistungszuteilung, doch wurde sie nie grundlegend erneuert. Heute, rund 10 Jahre nach Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung, sind die meisten Kantone dabei, eine Neuauflage ihrer Spitalplanung und Spitallisten zu erarbeiten, so auch der Kanton Schaffhausen.

Gemäss Art. 4 Abs. 1 Spitalgesetz legt der Regierungsrat dem Kantonsrat einmal pro Legislaturperiode einen Bericht betreffend den Stand der Spitalplanung zur Genehmigung vor. Der Bericht 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.

Der Planungsbericht gemäss Art. 4 Spitalgesetz dient gemäss Art. 5 Abs. 2 Spitalgesetz als Grundlage für die Spitalliste. In der Legislatur 2017-2020 wurde aus Ressourcengründen kein Planungsbericht und entsprechend auch keine neue Spitalliste erstellt. Die Planung in längeren Zeitabständen entspricht jedoch auch den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) vom 25. Mai 2018. Gemäss GDK-Empfehlungen soll eine Neuauflage der Spitalplanung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge nur erfolgen, wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Für die Leistungserbringer könne so die Planungs- und Investitionssicherheit erhöht werden.

Die GDK umschreibt in ihren Empfehlungen die notwendigen Schritte wie folgt: "Eine Spitalplanung umfasst die Evaluation aller interessierten Leistungserbringer nach den relevanten Planungskriterien und mündet in den Erlass der kantonalen Spitalliste. Sie muss den Planungskriterien gemäss Art. 58a der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2^{ter} des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) entsprechen und zeichnet sich durch folgende Schritte aus:

- Umfassende Bedarfsermittlung bzw. -prognose;
- Bewerbungsverfahren;
- Beurteilung und Festlegung des Angebots;
- Koordination mit anderen Kantonen;
- Erlass der Spitalliste."

Der nun vorliegende Planungsbericht bildet - zusammen mit den Planungsgrundsätzen - den *ersten* Schritt auf dem Weg zu einer neuen Schaffhauser Spitalliste.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen der Spitalplanung

Art. 39 KVG verpflichtet die Kantone zur Bedarfsplanung in der stationären Spitalversorgung. Die Bedarfsplanung bildet die Grundlage für die Spitalliste, auf welcher die Leistungsaufträge der Spitäler aufgeführt sind. Die Spitalliste soll die notwendige stationäre Versorgung (1.) in den Akutspitälern, (2.) in der Psychiatrie und (3.) in der Rehabilitation sicherstellen.

Zugleich soll eine Überversorgung vermieden werden, indem spezialisierte Leistungen konzentriert werden und die Kantone ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Art. 58 KVV hält die Kriterien fest, nach welchen die kantonalen Spitalplanungen zu erfolgen haben: Es sind dies namentlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, der Zugang der Patientinnen

und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Die Kantone sind verpflichtet, ihre Spitalplanungen periodisch zu überprüfen.

Die Rechtsprechung hat seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung obige Kriterien konkretisiert und präzisiert. Insbesondere bestätigte das Bundesverwaltungsgericht, dass eine Konzentration des Angebots dem KVG entspreche und dass die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten zu den Zielen der Spitalplanung gehöre (Urteil des BVGer C-4232/2014 vom 26. April 2016, Erwägung 5.4.2). Ebenso setze die angestrebte Kosteneindämmung eine optimale Ressourcennutzung voraus. Eine auf optimale Ressourcennutzung ausgerichtete Spitalplanung könne sich jedoch nicht darauf beschränken, die Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Anbieters zu berücksichtigen. Vielmehr sei der planende Kanton auch verpflichtet, die Kostenentwicklung im Spitalbereich zu analysieren und zulässige Steuerungsmöglichkeiten zu prüfen. In diesem Sinne sei eine "übergeordnete Wirtschaftlichkeitsprüfung" nicht nur zulässig, sondern bundesrechtlich geboten.

Weiter bestätigte das Bundesverwaltungsgericht, dass grundsätzlich kein Anspruch auf die Aufnahme auf die Spitalliste bzw. auf die Weiterführung eines Leistungsauftrags bestehe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Kanton bei der Auswahl der Listenspitäler die *bundesrechtlichen Kriterien für die Spitalplanung zu berücksichtigen* und seine Planung mit den anderen Kantonen zu koordinieren hat. Bei der Auswahl der grundsätzlich geeigneten Spitäler für die Aufnahme auf die Spitalliste verfügt er jedoch über einen Ermessensspielraum.

4. Inhalt und Zweck des Planungsberichts

Der vorliegende Planungsbericht prognostiziert den stationären Versorgungsbedarf für die Bevölkerung des Kantons Schaffhausen bis ins Jahr 2030, ausgehend vom Ist-Zustand im Jahr 2019. Die Voraussagen basieren auf Daten des Bundesamts für Statistik über die Entwicklung der Bevölkerungszahl und der Altersverteilung. Sie berücksichtigen zudem die medizinische und epidemiologische Entwicklung sowie die regulatorischen Rahmenbedingungen. Die Prognoserechnung basiert auf dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG). In diesem von der GDK empfohlenen Klassifikationssystem werden medizinische Leistungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Es dient als Grundlage für die leistungsorientierte Spitalplanung und wird für die Formulierung von Leistungsaufträgen an die Spitäler verwendet. Dieses Modell bildet die Grundlage für die Spitalplanung in diversen Schweizer Kantonen.

Der Planungsbericht 2030 legt das Mengengerüst für die Erneuerung der Spitalliste des Kantons Schaffhausen fest. Basierend auf den hier entwickelten Bedarfsprognosen wird der Kanton die Leistungsaufträge für die stationären Spitalleistungen neu ausschreiben. Dies gilt für alle drei Bereiche: die Akutsomatik, die Psychiatrie und die Rehabilitation. *Ziel dieses Berichts ist es, die notwendige medizinische Versorgung bis 2030 möglichst bedarfsgerecht vor auszuplanen, sodass weder eine Über- noch eine Unterversorgung entsteht.*

5. Planungsgrundsätze

Die Spitäler des Kantons Schaffhausen werden die Grundversorgung für die Region zum grössten Teil selber anbieten können. Disziplinen, die eine hohe Spezialisierung verlangen, werden durch ausserkantonale Zentrumsspitäler abgedeckt. Durch Kooperationen kann die wohnortnahe ambulante Versorgung im Kanton auch für komplexere Fälle gewährleistet werden. Wie oben unter Ziff. 3 beschrieben, gelten für die Spitalplanung rechtliche Vorgaben, die es einzuhalten gilt. Zugleich gibt es Spielraum für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste und die Erteilung von Leistungsaufträgen. Der Planungsbericht prognostiziert den zukünftigen Bedarf der Schaffhauser Bevölkerung an *stationären* Spitalleistungen.

Die Planungsgrundsätze bilden ergänzend zum Planungsbericht die *strategischen Leitplanken für eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige stationäre Grundversorgung für die Schaffhauser Bevölkerung*.

In seiner Eignerstrategie für die Spitäler Schaffhausen bekennt sich der Kanton Schaffhausen zum Spitalstandort Schaffhausen mit den Spitälern Schaffhausen als Garant für die langfristige Verfügbarkeit qualitativ hochstehender Gesundheitsleistungen für die ganze Bevölkerung. Auch diese Vorgabe wird in den Planungsgrundsätzen berücksichtigt.

6. Zeitplan für die Spitalplanung 2023

Abschluss Planungsbericht und Prognose 2030	30.04.2021
Beschluss Planungsbericht und Planungsgrundsätze Regierungsrat	08.06.2021
Beratung Planungsbericht und Planungsgrundsätze Gesundheitskommission des Kantonsrates	01.07.2021
Genehmigung Planungsbericht und Planungsgrundsätze Kantonsrat	Q3 2021
Ausschreibungen Leistungsaufträge	Q4 2021
Eingang Bewerbungen	Q1 2022
Evaluation Bewerbungen	Q2 2022
Spitalliste Entwurf in Vernehmlassung	Q2 2022
Spitalliste Beschluss Regierungsrat	Q3 2022
Spitalliste in Kraft - Zieltermin	Q1 2023

Der Termin für den Erlass der neuen Spitalliste hängt unter anderem davon ab, wie weit die einzelnen Schritte von politischen Diskussionen oder rechtlichen Auseinandersetzungen begleitet werden. Es besteht zudem die Möglichkeit, dass gegen die letztlich vom Regierungsrat beschlossene Spitalliste von einem oder mehreren Leistungserbringern Einsprache erhoben wird. Es ist deshalb von grosser Bedeutung, dass alle Schritte korrekt abgewickelt werden und dass die Leistungserbringer ihre Anliegen in den Planungsprozess einbringen können.

7. Weiteres Vorgehen

Nach der Genehmigung des Planungsberichts (inkl. der Planungsgrundsätze) durch den Kantonsrat werden in einem nächsten Schritt - nach einer Konsultation der betroffenen Leistungserbringer - die Kriterien und Anforderungen für die Vergabe der Leistungsaufträge pro Leistungsgruppe durch den Kanton festgelegt und die Leistungsaufträge ausgeschrieben. Wichtigstes Ziel ist es, die Qualität der stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Die Qualitätssicherung erfolgt hauptsächlich durch objektiv messbare Kriterien wie z.B. Mindestfallzahlen, medizintechnische Ausstattung oder personelle Ressourcen. Hier orientiert sich die Schaffhauser Spitalplanung wie oben erwähnt am Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept der GDK. Zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung gehören aber auch "weiche" Faktoren wie z.B. Nähe zum Wohnort, Nachbetreuung oder Umgang mit vulnerablen Patientinnen und Patienten. Die vom Kanton Schaffhausen verlangten Anforderungen und Qualitätskriterien können deshalb in Einzelfällen von denjenigen des SPLG abweichen.

Die Ausschreibung und die Vergabe der Leistungsaufträge wird in eine neue Spitalliste münden. Gemäss heutigem Planungsstand wird die Bewerbungsphase nach einer Anhörung der potenziellen Listenspitäler zu den Kriterien und Anforderungen Ende August 2021 gestartet und dauert bis Ende November 2021. Ein Entwurf der Spitalliste wird im Frühjahr 2022 in die Vernehmlassung geschickt, so dass genügend Zeit bleibt für eine allfällige Überarbeitung der Spitalliste, die per 1. Januar 2023 in Kraft treten soll.

Sehr geehrter Herr Präsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen beantragen wir Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und den angefügten Planungsbericht (inkl. Planungsgrundsätze) zu genehmigen.

Schaffhausen, 8. Juni 2021

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Walter Vogelsanger

Der Staatsschreiber:

Dr. Stefan Bilger

Beilagen:

- Schaffhauser Spitalplanung 2023 (Planungsbericht und Prognose 2030)
- Schaffhauser Spitalplanung 2023 (Grundsätze für die Spitalplanung)

Schaffhauser Spitalplanung 2023



Planungsbericht und Prognose 2030

Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat
vom 8. Juni 2021

Impressum

Herausgeber

Kanton Schaffhausen
Departement des Innern
Mühlentalstrasse 105
8200 Schaffhausen

Verfasser/-in

Dr. med. Michael Vetter, spitalplanung.swiss AG
Anna Sax, Leiterin Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen

Datenaufbereitung

Markus Näpflin, spitalplanung.swiss AG

Lektorat

Veronika Schilling

Druck

Drucksachen- und Materialzentrale des Kantons Schaffhausen

Bezug

Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen
gesundheitsamt@sh.ch
www.sh.ch
Tel. 052 632 74 67

Auflage

250 Exemplare

Schaffhausen, Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	5
1 ZUSAMMENFASSUNG	6
1.1 INHALTE UND ZIELE DES BERICHTS.....	6
1.2 AKTUELLER STAND DER STATIONÄREN SPITALVERSORGUNG	7
1.3 BEDARFSENTWICKLUNG BIS 2030	8
2 AUSGANGSLAGE	10
2.1 ENTWICKLUNG DER STATIONÄREN SPITALVERSORGUNG	10
3 GRUNDLAGEN UND ERLÄUTERUNGEN ZUR BEDARFSPROGNOSE 2030	11
3.1 METHODIK DER BEDARFSPROGNOSE	11
3.2 DATEN.....	12
4 AKUTSOMATIK	15
4.1 LEISTUNGSBEREICHE UND STRUKTUR	15
4.2 VERSORGUNGS-LAGE 2019	16
4.3 ENTWICKLUNG SEIT 2012	24
4.4 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE FALLZAHLEN- UND BELEGUNGS-ENTWICKLUNG.....	25
4.5 PROGNOSE AKUTSOMATISCHER STATIONÄRER BEDARF 2030.....	33
4.6 FAZIT AKUTSOMATIK	37
5 PSYCHIATRIE.....	39
5.1 LEISTUNGSBEREICHE UND STRUKTUR	39
5.2 VERSORGUNGS-LAGE 2019	40
5.3 ENTWICKLUNG SEIT 2012	47
5.4 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE FALLZAHLEN- UND BELEGUNGS-ENTWICKLUNG.....	47
5.5 PROGNOSE PSYCHIATRISCHER STATIONÄRER BEDARF 2030	50

5.6	FAZIT PSYCHIATRIE	53
6	REHABILITATION.....	55
6.1	LEISTUNGSBEREICHE UND STRUKTUR	55
6.2	VERSORGUNGSLAGE 2019	56
6.3	ENTWICKLUNG SEIT 2012	63
6.4	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE FALLZAHLEN- UND BELEGUNGSENTWICKLUNG.....	64
6.5	PROGNOSE STATIONÄRER REHABILITATIONSBEDARF 2030	65
6.6	FAZIT REHABILITATION	69
7	ANHANG.....	70
7.1	DETAILS ZU FALLZAHLEN UND FALLZUORDNUNGEN	70
7.2	PFLEGETAGE	75
7.3	GLOSSAR.....	76

Vorwort

Der letzte Planungsbericht für die Schaffhauser Spitalplanung erschien 2012. Im gleichen Jahr verabschiedete das Schweizer Parlament neue gesetzliche Grundlagen zur Spitalfinanzierung. Die Regeln für die Gestaltung der Spitallandschaft wurden damit grundlegend verändert. Die Kantone sind seither verpflichtet, den Bedarf an stationären Spitalleistungen zu planen und Spitallisten zu erstellen, die öffentliche und private Spitäler gleichermassen berücksichtigen. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern wurde lanciert, und er sollte mit der freien Spitalwahl und der Finanzierung über Fallkostenpauschalen noch zusätzlich gefördert werden.

Den beiden Schaffhauser Akuthäusern – dem Kantonsspital und der Privatklinik Belair – bläst ein steifer Wind entgegen. Sie stehen in Konkurrenz zueinander, vor allem aber auch zu den Spitälern in den Nachbarkantonen Zürich und Thurgau. Ob der verschärfte Wettbewerb eher förderlich oder hinderlich ist für die Versorgungsqualität, ist umstritten. Fest steht, dass der Kanton Schaffhausen seine Möglichkeiten ausschöpft, eine Spitalversorgung nach anerkannten Qualitätsmassstäben für die ganze Bevölkerung zu gewährleisten, und zwar so nah wie möglich von zuhause.

Im neuen Planungsbericht wird ersichtlich, welche Entwicklungen bis 2030 zu erwarten sind: Die demografische Alterung wird sich weiter fortsetzen und entsprechend werden mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen. Gleichzeitig können immer mehr Eingriffe und Behandlungen ambulant vorgenommen werden. Mit der zunehmenden Spezialisierung werden Kooperationen und integrierte Versorgungsmodelle wichtiger. Zu einer integrierten Versorgung gehören auch die Rehabilitation, die Psychiatrie, die Pflegeheime, die Spitex und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Auch diese Bereiche und ihr Zusammenspiel gilt es so zu gestalten, dass sie der Bevölkerung den grösstmöglichen Nutzen bringen.

Der Kanton kann und muss die stationäre Gesundheitsversorgung planen. Ambulant sind die Möglichkeiten zurzeit noch sehr begrenzt. Hier ist der Bund in der Pflicht: Eine einheitliche Finanzierung von Ambulant und Stationär, kombiniert mit Planungskompetenzen für die Kantone in allen Bereichen, wäre ein echter Fortschritt für die Kostenkontrolle und die Versorgungsqualität.

Walter Vogelsanger

Regierungspräsident und Vorsteher des Departements des Innern

12. Mai 2021

1 Zusammenfassung

1.1 Inhalte und Ziele des Berichts

Dieser Bericht prognostiziert den stationären Versorgungsbedarf für die Bevölkerung des Kantons Schaffhausen bis ins Jahr 2030, ausgehend vom Ist-Zustand im Jahr 2019. Die Voraussetzungen basieren auf Daten des Bundesamts für Statistik über die Entwicklung der Bevölkerungszahl und der Altersverteilung. Sie berücksichtigen zudem die medizinische und epidemiologische Entwicklung sowie die regulatorischen Rahmenbedingungen. Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik. Diese bildet die Grundlage für die Spitalplanung in diversen Schweizer Kantonen.

Der Planungsbericht 2030 erstellt das Mengengerüst für die Erneuerung der Spitalliste des Kantons Schaffhausen. Basierend auf den hier entwickelten Bedarfsprognosen wird der Kanton die Leistungsaufträge für die stationären Spitalleistungen neu ausschreiben. Dies gilt für die Akutsomatik, die Psychiatrie und die Rehabilitation. Ziel dieses Berichts ist es, die notwendige medizinische Versorgung bis 2030 möglichst bedarfsgerecht vor auszuplanen, so dass weder eine Über- noch eine Unterversorgung entsteht. Die Spitäler des Kantons Schaffhausen werden die Grundversorgung für die Region zum grössten Teil selber anbieten können. Disziplinen, die eine hohe Spezialisierung verlangen, werden in ausserkantonalen Zentrumsspitalern abgedeckt. Zunehmend werden Kooperationen angestrebt, um insbesondere die wohnortnahe ambulante Versorgung auch für komplexere Fälle gewährleisten zu können. Die Grundsätze für die Spitalplanung werden im Anhang zum Planungsbericht ausgeführt.

In einem nächsten Schritt werden, nach einer Konsultation der betroffenen Kantone und Leistungserbringer, die Kriterien und Anforderungen für die Vergabe der Leistungsaufträge pro Leistungsgruppe durch den Kanton festgelegt. Wichtigstes Ziel ist es, die Qualität der stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Die Qualitätssicherung erfolgt hauptsächlich durch objektiv messbare Kriterien wie z.B. Mindestfallzahlen, medizintechnische Ausstattung oder personelle Ressourcen. Hier orientiert sich die Schaffhauser Spitalplanung am Zürcher Leistungsgruppen-Konzept. Zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung gehören aber auch "weiche" Faktoren wie z.B. Nähe zum Wohnort, Nachbetreuung oder Umgang mit vulnerablen Patientinnen und Patienten.

Die Ausschreibung und die Vergabe der Leistungsaufträge wird in eine neue Spitalliste münden, die per 1. Januar 2023 in Kraft treten wird. Die Bewerbungsphase wird nach einer Anhörung der potenziellen Listenspitäler zu den Kriterien und Anforderungen Ende August 2021 gestartet und dauert bis Ende November 2021. Ein Entwurf der Spitalliste wird Ende März 2022 in die Vernehmlassung geschickt, so dass genügend Zeit bleibt für eine allfällige Überarbeitung der Spitalliste, die per 1. Januar 2023 in Kraft treten soll.

Zeitplan Spitalplanung Kanton Schaffhausen

Genehmigung Planungsbericht und Planungsgrundsätze durch den Kantonsrat	Mitte August 2021
Ausschreibungen Leistungsaufträge	Ende August 2021
Eingang Bewerbungen	Ende Nov.2021
Evaluation Bewerbungen	Ende Januar 2022
Spitalliste Entwurf in Vernehmlassung	Ende März 2022
Spitalliste Entscheid Regierungsrat	Ende August 2022
Spitalliste in Kraft	01.01.2023

1.2 Aktueller Stand der stationären Spitalversorgung

Im Jahr 2019 hatten die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen 14'081 stationäre Spitalbehandlungen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Die Verteilung auf die Bereiche und die einzelnen Spitäler ist in Tabelle 1 aufgeschlüsselt.

Tabelle 1

		SSH		Belair		Ausserkantonale	
		Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
Akutsomatik	11 926	7 504	63%	634	5%	3 788	32%
Psychiatrie	864	580	67%	0		284	33%
Reha	1 291	591	46%	0		700	54%
Total	14 081	8 675	62%	634	5%	4 772	34%

Tabelle 1: Stationäre Spitalbehandlungen (Fälle) der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Der Grossteil der stationären Behandlungen der Schaffhauser Bevölkerung erfolgte in allen Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation in den Spitälern Schaffhausen (SSH). Die SSH bieten als Grundversorgungsspital insbesondere in der Akutsomatik, aber auch in der Psychiatrie ein breites Behandlungsspektrum. In der Akutsomatik wurden in der Privatklinik Belair und in den ausserkantonalen Spitälern denn auch mehrheitlich spezialisierte Behandlungen durchgeführt. In der Rehabilitation umfasst das Behandlungsspektrum der SSH nicht alle Gebiete, was sich in einem höheren Anteil an ausserkantonalen Behandlungen widerspiegelt.

1.3 Bedarfsentwicklung bis 2030

Die erwartete starke Zunahme der Bevölkerung von 83'013 im Jahr 2019 um insgesamt 11% auf 91'856 im Jahr 2030 und die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen prägt im Wesentlichen die Bedarfsprognose für 2030. Die Altersgruppe 60–79-Jährige soll um 24% und die Altersgruppe 80+ um 41% zunehmen. Die Tabelle 2 zeigt die Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) für den Kanton Schaffhausen.

Tabelle 2

	Frau			Mann			Total		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
0-15	5 964	6 858	15%	6 352	6 854	8%	12 316	13 712	11%
16-39	11 503	11 422	-1%	12 438	12 723	2%	23 941	24 145	1%
40-59	11 628	12 083	4%	11 831	12 152	3%	23 459	24 235	3%
60-79	9 420	11 861	26%	8 686	10 596	22%	18 106	22 457	24%
80+	3 218	4 118	28%	1 973	3 189	62%	5 191	7 307	41%
Total	41 733	46 342	11%	41 280	45 514	10%	83 013	91 856	11%

Tabelle 2: Einwohnerstatistik des Jahres 2019 und Bevölkerungsprognose des Jahres 2030 des BFS für den Kanton Schaffhausen nach Altersgruppen Akutsomatik und Geschlecht

Tabelle 3

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
Akutsomatik	12 115	13 552	12%	5.5	4.7	-14%	66 412	63 624	-4%
Psychiatrie	868	857	-1%	36.0	31.2	-13%	27 518	26 691	-3%
Reha	1 288	1 379	7%	20.6	20.4	-1%	25 279	28 149	11%
Total	14 271	15 788	11%	8.7	7.5	-14%	119 209	118 464	-1%

Tabelle 3: Übersicht Prognosedaten 2030 der Bevölkerung, Fallzahlen, Hospitalisationsrate, MAHD und Pflegetage in den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Die Bedarfsprognose zeigt, dass die Fallzahlen im Hauptszenario durch die Entwicklung in der Demografie mit einem Plus bei der Bevölkerung von 11% und einer Zunahme des Anteils der älteren Einwohnerinnen und Einwohner um insgesamt 12% zunehmen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund 1%. Die Fallzahlen steigen damit von 12'115 auf 13'552 akutsomatische stationäre Fälle pro Jahr. Dem steht die vermutete Verkürzung der Mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) um -14% von 5.5 auf 4.7 Tage gegenüber. Die Verkürzung der MAHD von -1% pro Jahr übersteuert die Fallzunahme, und der Bedarf an Pflegetagen nimmt insgesamt um -4% von 66'412 auf 63'624 ab. Die Prognose wird wesentlich durch die genannten Faktoren geprägt. Die Annahmen zur Verlagerung in den ambulanten Bereich haben einen zusätzlichen, aber deutlich kleineren Effekt auf die Fallzahlen. Die Entwicklung der Medizintechnik und der Epidemiologie sind dagegen praktisch vernachlässigbar.

Die Bedarfsprognose für die Psychiatrie wird ebenfalls durch die Entwicklung in der Demografie getrieben. Da die ältere Bevölkerung weniger häufig psychiatrisch hospitalisiert wird, wirkt sich diese Entwicklung im Hauptszenario mit einem leichten Rückgang der psychiatrischen stationären Fälle um -1% auf 857 Fälle aus. Insgesamt sinkt die mittlere Aufenthaltsdauer um -13% und die Pflage tage nehmen um -3% auf 26'691 Tage ab.

In der Rehabilitation, mit den überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, ist die Entwicklung der Demografie für die Bedarfsprognose prägend. Dem stehen die Verschiebung in den ambulanten Bereich und die mit mehr Zurückhaltung vergebenen Kostengutsprachen gegenüber. Im Hauptszenario wird ein Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer mit -1% prognostiziert. In der Summe resultiert eine Zunahme der stationären Rehabilitationsfälle um 7% auf 1379 Fälle und ein Plus bei den Pflage tagen von 11% auf 28'149 Tage.

2 Ausgangslage

2.1 Entwicklung der stationären Spitalversorgung

Im Jahr 2012 hatte der Kanton Schaffhausen rund 77'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese sind bis zum Jahr 2019 auf rund 83'000 angewachsen. Dieses Wachstum von rund 8% hat die Wachstumsprognose aus dem Jahr 2010 von 2% (bis 2020) weit übertroffen.

Dieses starke Bevölkerungswachstum hat die Fallzahlen und Pflegetage der stationären Behandlungen in allen Fachbereichen geprägt. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist in allen Fachbereichen gesunken. Die Begriffe Hospitalisationsrate, mittlere Aufenthaltsdauer etc. sind unter Ziffer 3.2.4 erläutert.

Tabelle 4

	Einwohner			Fälle			Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ
Akutsomatik	78 688	83 013	5%	10 358	11 926	15%	1 316.3	1 436.6	9%	5.9	5.4	-8%	60 392	64 908	7%
Psychiatrie	78 688	83 013	5%	676	864	28%	85.9	104.1	21%	39.5	36.1	-9%	25 649	30 387	18%
Reha	78 688	83 013	5%	960	1 291	34%	122.0	155.5	27%	21.7	20.6	-5%	20 494	26 272	28%
Total	78 688	83 013	5%	11 994	14 081	17%	1 524.2	1 696.2	11%	9.1	8.7	-4%	106 535	121 567	14%

Tabelle 4: Übersicht Entwicklung von 2012 bis 2019 der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner, Fälle, Hospitalisationsrate, MAHD und Pflegetage in den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Hinweis: Die Werte des Jahres 2019 der bisherigen Entwicklung (2012 bis 2019) und der Prognose (2019 bis 2030) sind nicht identisch. Dies, weil die Fallzahlen des Jahres 2019 für die Prognoserechnung in Leistungsgruppen mit sehr kleinen Zahlen korrigiert wurden. Die Erläuterungen dazu sind im Anhang pro Fachbereich detailliert dargelegt.

3 Grundlagen und Erläuterungen zur Bedarfsprognose 2030

3.1 Methodik der Bedarfsprognose

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik. Der Kanton Zürich hat diese für die Spitalplanung 2012 entwickelt und in der Folge die Bedarfsprognose für mehrere Kantone, auch für den Kanton Schaffhausen, gerechnet. Die Zürcher Prognosemethodik ist weit verbreitet und hat sich bewährt. Zur Überprüfung hat der Kanton Zürich seine Methodik mit der effektiven Entwicklung abgeglichen und in wenigen Punkten justiert. Darauf basierend hat der Kanton Schaffhausen die spitalplanung.swiss AG beauftragt, die Prognosemethodik zu aktualisieren und weiterzuentwickeln.

Im Folgenden ist die Methodik summarisch dargestellt. Für weiterführende Grundlagen zur Methodik wird auf den im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 verwiesen.¹ Die konkrete Schaffhauser Umsetzung wird in den Kapiteln der einzelnen Fachbereiche beschrieben.

Prognosemodell

In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Leistungsstruktur (Stand 2019) untersucht und beschrieben.

Im zweiten Schritt wurden die Einflussfaktoren auf die zukünftige Entwicklung der Leistungsnachfrage analysiert und prognostiziert, wie sich diese Einflussfaktoren entwickeln werden. Im dritten Schritt wurde der zukünftige Leistungsbedarf, basierend auf der Bevölkerungsprognose und unter Berücksichtigung der prognostizierten Einflussfaktoren, berechnet.

Aufgrund der Prognoseunsicherheit wurden drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario stellt die plausibelste Entwicklung dar. Die Bandbreite wird durch ein Minimal- und ein Maximalszenario dargestellt.

Analog zum letzten Planungsbericht des Kantons Schaffhausen wurde ein Prognosezeitraum von rund 10 Jahren, also bis ins Jahr 2030, festgelegt.

Prognoserechnung und Einflussfaktoren

Ausgehend von der Kantonsbevölkerung und der Leistungsstruktur im Jahr 2019 konnten die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer berechnet werden. Die Leistungsstruktur im Jahr 2030 liess sich dann aus der kantonalen Bevölkerungsprognose und der zukünftigen Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer berechnen.

¹ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html>

Die Entwicklung der zukünftigen Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer ist das Kernelement der Bedarfsprognose. Dazu wurden die verschiedenen Einflussfaktoren einzeln analysiert und dann in der definitiven Prognoserechnung zusammengeführt.

Als Erstes wurden die aktuellen Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern analysiert. Die Werte wurden mit den Durchschnittswerten der Schweiz verglichen und je nach Einschätzung und prognostizierter Entwicklung an den Schweizer Wert angeglichen.

Die kantonale Bevölkerungsprognose wurde vom Bundesamt für Statistik (BFS) bezogen. Die demografische Entwicklung hat je nach Leistungsgruppe einen grossen Einfluss und ist insgesamt der wichtigste Einflussfaktor.

Für die Einflussfaktoren der medizintechnischen und der epidemiologischen Entwicklung hat der Kanton Zürich externe Expertengutachten in Auftrag gegeben und publiziert. Ökonomische Einflussfaktoren, z.B. Tarifentwicklungen, wurden ausser in der Rehabilitation nicht bewertet, da eine Prognose zu ungewiss ist. Als politischer Einflussfaktor wurden die nationalen und kantonalen Vorgaben betreffend Ambulant vor Stationär (AvS) berücksichtigt. Zusätzliche denkbare Einflussfaktoren wurden nicht verwendet.

Die konkrete Umsetzung ist in den Kapiteln zu den einzelnen Fachbereichen dargestellt.

Einfluss der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat einen grossen Einfluss auf die Fallzahlen des Jahres 2020 und wahrscheinlich auch die Folgejahre. Ebenso ist davon auszugehen, dass die Demografie durch die Corona-Pandemie beeinflusst wird. Da die Daten des für die vorliegende Prognose relevanten Basisjahrs 2019 von der Corona-Pandemie unbeeinflusst sind und über die langfristige Auswirkung von Corona zum aktuellen Zeitpunkt nur spekuliert werden kann, wurde keine Corona-spezifische Korrektur vorgenommen. Sollte sich in den Folgejahren zeigen, dass der Einfluss der Corona-Pandemie langfristige Auswirkungen auf die Hospitalisationen und die Demografie hat, müsste eine Anpassung der Prognose geprüft werden.

3.2 Daten

Die Bedarfsprognose wurde auf Basis der aktuellen und für die geschätzte zukünftige Wohnbevölkerung des Kantons Schaffhausen gerechnet. Es wurde keine weitere Einteilung in Regionen vorgenommen. Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pfl egetage) wurde pro Leistungsgruppe, für verschiedene Altersgruppen und in der Akutsomatik für beide Geschlechter berechnet:

- Leistungsgruppen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie
- Altersgruppen (z. B. Akutsomatik 0-15, 16-39, 40-59, 60-79, 80+)
- 2 Geschlechter (Mann, Frau)

Einwohnerstatistik Kanton Schaffhausen 2019

Die Einwohnerstatistik wurde vom Bundesamt für Statistik (BFS) bezogen.²

Tabelle 5

Altersgruppe	Frau	Mann	Total
0-15	5 964	6 352	12 316
16-39	11 503	12 438	23 941
40-59	11 628	11 831	23 459
60-79	9 420	8 686	18 106
80+	3 218	1 973	5 191
Total	41 733	41 280	83 013

Tabelle 5: Einwohnerstatistik des Kantons Schaffhausen des Jahres 2019 nach Altersgruppen und Geschlecht

Einwohnerprognose Kanton Schaffhausen 2030

Die Einwohnerprognose wurde vom BFS bezogen.

Für die Bedarfsprognose wurde für jedes Szenario (Haupt, Min, Max) das Referenzszenario des BFS verwendet.

Tabelle 6

Altersgruppe	Frau	Mann	Total
0-15	6 858	6 854	13 712
16-39	11 422	12 723	24 145
40-59	12 083	12 152	24 235
60-79	11 861	10 596	22 457
80+	4 118	3 189	7 307
Total	46 342	45 514	91 856

Tabelle 6: Bevölkerungsprognose des BFS für den Kanton Schaffhausen für das Jahr 2030 nach Altersgruppen Akutsomatik und Geschlecht

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.assetdetail.9566416.html>

Entwicklung der Bevölkerung Kanton Schaffhausen von 2019 bis 2030

Die vom BFS prognostizierte Entwicklung der Schaffhauser Bevölkerung ist in Tabelle 2 auf Seite 2 tabellarisch und in der Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Abbildung 1

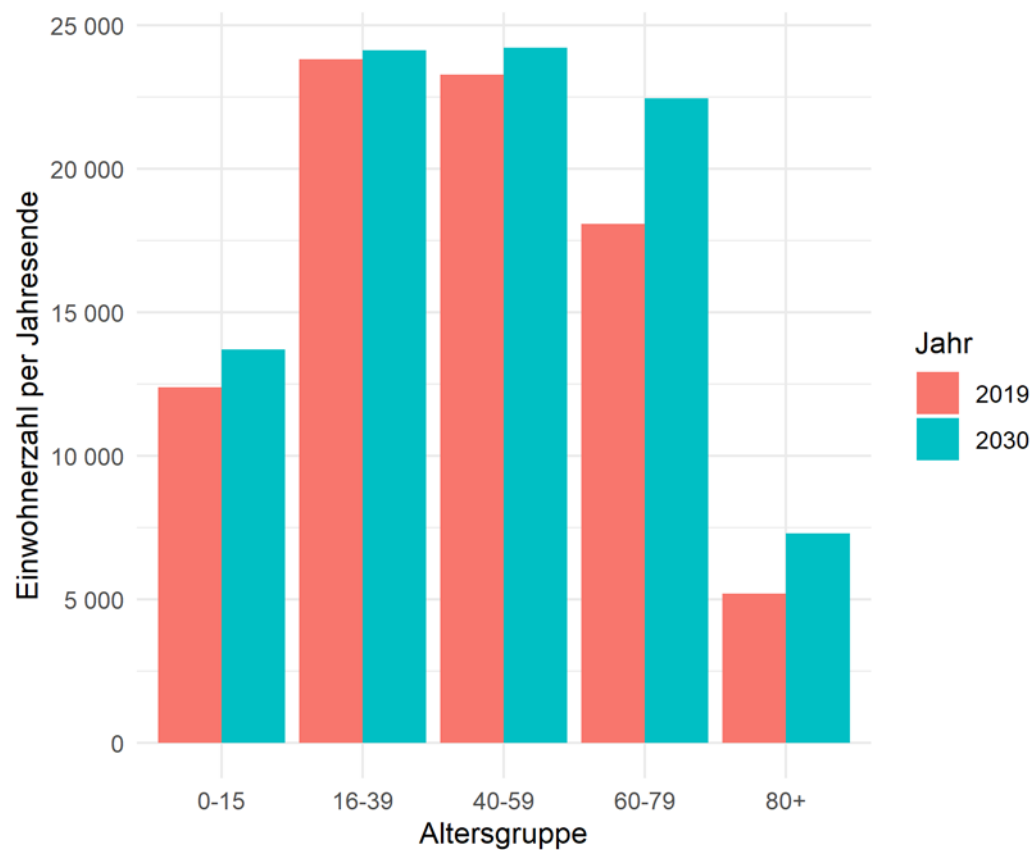


Abbildung 1: Entwicklung der Schaffhauser Bevölkerung von 2019 bis 2030 nach Altersgruppen

4 Akutsomatik

4.1 Leistungsbereiche und Struktur

Für die Akutsomatik wurde die Leistungsgruppendefinition SPLG 2019.1 des Jahres 2019 des Kantons Zürich verwendet.³ Diese Version entspricht der aktuell geltenden Leistungsgruppensystematik. Die SPLG (Spitalplanungsleistungsgruppen) wurden zusammengefasst zu SPLB (Leistungsbereichen) und SPLHB (Leistungshauptbereichen). Die Kürzel der SPLG sind auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen ausgeschrieben.⁴

Tabelle A1

Leistungsbereich	Leistungsgruppen
Grundversorgung Chirurgie und Medizin	
Basispaket	BP
Nervensystem und Sinnesorgane	
Dermatologie	DER1, DER1.1, DER1.2, DER2
HNO	HNO1, ..., HNO2, KIE1
Neurochirurgie	NCH1, ..., NCH3
Neurologie	NEU1, ..., NEU4.2
Ophthalmologie	AUG1, ..., AUG1.5
Spezialversorgung Innere Organe	
Endokrinologie	END1
Gastroenterologie	GAE1, GAE1.1
Viszeralchirurgie	VIS1, ..., VIS1.5
Hämatologie	HAE1, ..., HAE5
Gefässe	ANG1, ANG3, GEF1, GEF3, GEFA, RAD1
Herz	HER1, ..., HER1.1.5, KAR1, ..., KAR1.3
Nephrologie	NEP1
Urologie	URO1, ..., URO1.1.8
Pneumologie	PNE1, ..., PNE2
Thoraxchirurgie	THO1, THO1.1, THO1.2
Transplantationen	TPL1, ..., TPL7
Bewegungsapparat	
Bewegungsap. chir.	BEW1, ..., BEW11
Rheumatologie	RHE1, RHE2
Gynäkologie und Geburtshilfe	
Gynäkologie	GYN2, GYN1, GYNT, PLC1
Neugeborene	NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1
Übrige Spezialversorgung	
(Radio-)Onkologie	NUK1, ONK1, RAO1
Schwere Verletzungen	UNF1, UNF1.1, UNF2
Gynäkologie und Geburtshilfe	
Geburtshilfe	GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1, GEB1.1.1.1

Tabelle A1: Darstellungsebenen und Gliederung der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) in Leistungsbereiche (SPLB) und Leistungshauptbereiche (SPLHB, fett)

³ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>

⁴ <https://sh.ch/CMS/Webseite/Kanton-Schaffhausen/Beh-rde/Verwaltung/Departement-des-Innern/Gesundheitsamt/Medizinische-Versorgung/Spit-ler/Spitallisten--Tarife--ambulant-vor-station-r-AVOS-1214341-DE.html>

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pfl egetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Schaffhausen wurde pro Leistungsgruppe (SPLG), Altersgruppe (0-15, 16-39, 40-59, 60-79, 80+) und Geschlecht berechnet. Daraus ergaben sich 1320 Kombinationsmöglichkeiten (Schichten). Einige Schichten, die offensichtlich nicht sinnvoll sind (z. B. Geburtshilfe-Leistungsgruppen für Männer oder Prostata-Eingriffe bei Frauen) wurden nicht berechnet. Somit verblieben 1241 Schichten. Für jede Schicht wurden zudem 3 Szenarien (Haupt, Minimal, Maximal) gerechnet, was zu insgesamt 3723 Prognoserechnungen führte.

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton Schaffhausen sind viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt. Damit wurde die Anzahl Fälle um 189 auf Total 12'115 Fälle korrigiert bzw. erhöht. Details dazu siehe Anhang 1.1. Aufgrund dieser Korrektur sind die Werte des Jahres 2019 der bisherigen Entwicklung (2012–2019) und der Prognose (2019–2030) nicht identisch.

4.2 Versorgungslage 2019

Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2019 wurden 11'926 Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner akutsomatisch stationär behandelt. Rund 2/3 dieser akutsomatischen stationären Behandlungen erfolgten in Schaffhauser Spitälern. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Schaffhauser Spitäler eine gute lokale Versorgung bieten und diese entsprechend geschätzt wird. Als nahe gelegenes Zentrumsspital hatte das Kantonsspital Winterthur (KSW) mit 10% den grössten Anteil an Schaffhauser Patientinnen und Patienten. Tabelle A2 und Abbildung A1 zeigen die Verteilung der Fälle auf die Spitäler. Abgebildet sind alle Listenspitäler der Schaffhauser Spitalliste und Vertragsspitäler mit höheren Fallzahlen als das kleinste Listenspital (Balgrist). Die Vertragsspitäler sind jeweils mit einem * gekennzeichnet. Tabelle A2 zeigt zudem die pro Spital 3 häufigsten Leistungsbereiche.

Tabelle A2

Spital	Fälle	Anteil	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
SSH	7 504	63%	Basispaket 48%	Geburtshilfe 10%	Neugeborene 8%
Belair	634	5%	Bewegungsap. chir. 66%	Basispaket 25%	Urologie 6%
KSW	1 244	10%	Basispaket 28%	Herz 10%	Bewegungsap. chir. 9%
USZ	640	5%	Basispaket 15%	Hals-Nasen-Ohren 14%	Herz 14%
Triemli	321	3%	Herz 71%	Ophthalmologie 10%	Basispaket 7%
Hirslanden ZH *	218	2%	Urologie 22%	Herz 17%	Bewegungsap. chir. 13%
Frauenfeld *	215	2%	Basispaket 34%	Urologie 19%	Geburtshilfe 13%
Kispi	109	1%	Basispaket 46%	Hals-Nasen-Ohren 8%	Bewegungsap. chir. 7%
Schulthess *	132	1%	Bewegungsap. chir. 92%	Basispaket 7%	Neurologie 1%
Bülach	107	1%	Basispaket 51%	Geburtshilfe 10%	Bewegungsap. chir. 7%
Balgrist	80	1%	Bewegungsap. chir. 79%	Basispaket 16%	Rheumatologie 4%
Übrige	722	6%	Basispaket 36%	Bewegungsap. chir. 20%	Herz 7%
Total	11 926	100%	Basispaket 40%	Bewegungsap. chir. 12%	Geburtshilfe 7%

Tabelle A2: Akutsomatische stationäre Fälle im Jahr 2019 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen

Abbildung A1

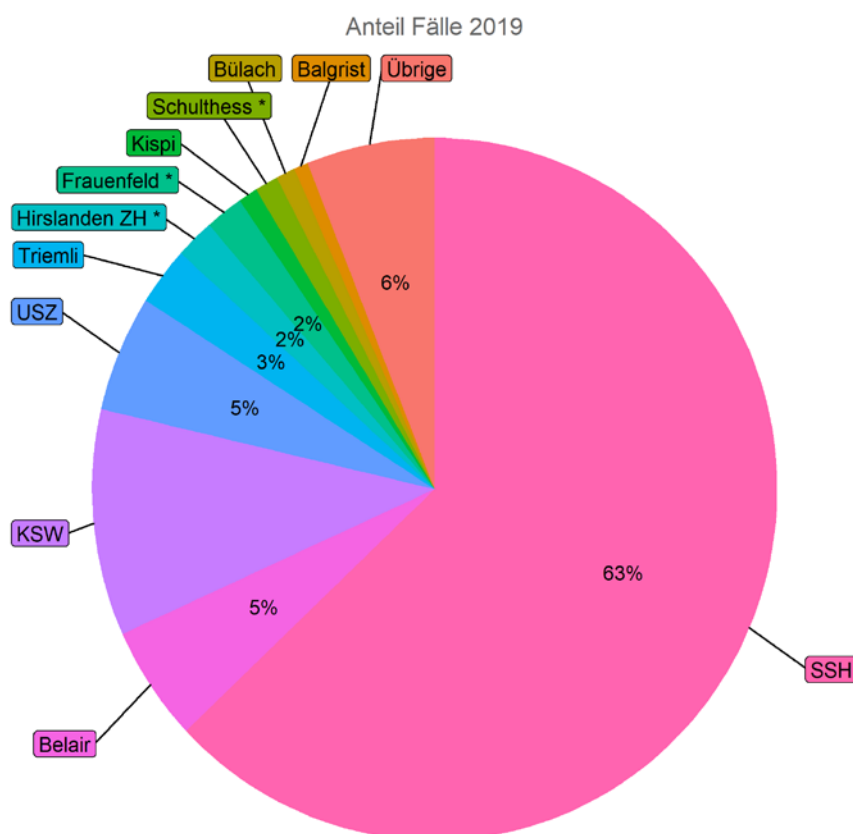


Abbildung A1: Verteilung der akutsomatischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019

Analyse der Behandlungen

Die Analyse der Behandlungen nach Leistungsbereichen zeigt die Schwerpunkte der Schaffhauser Spitäler. Die SSH leisteten über zwei Drittel der Schaffhauser Grundversorgung (Grundversorgung Chirurgie und Medizin) und betreuten 84% der Geburten. Die Privatklinik Belair hatte ihren Schwerpunkt hingegen in selektiven Spezialgebieten wie z. B. der Chirurgie des Bewegungsapparates, wo 29% der Schaffhauser Bevölkerung betreut wurden.

Tabelle A3

SPLB	Total	SSH		Belair		Ausserkantonale	
		Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
Grundversorgung Chirurgie und Medizin							
Basispaket	4 741	3 619	76%	161	3%	961	20%
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	30	14	47%	0		16	53%
Hals-Nasen-Ohren	284	116	41%	0		168	59%
Neurochirurgie	85	0		2	2%	83	98%
Neurologie	303	203	67%	0		100	33%
Ophthalmologie	164	0		0		164	100%
Spezialversorgung Innere Organe							
Endokrinologie	77	59	77%	0		18	23%
Gastroenterologie	375	288	77%	1	0%	86	23%
Viszeralchirurgie	345	227	66%	5	1%	113	33%
Hämatologie	177	98	55%	0		79	45%
Gefässe	174	43	25%	0		131	75%
Herz	554	16	3%	0		538	97%
Nephrologie	57	49	86%	0		8	14%
Urologie	656	385	59%	36	5%	235	36%
Pneumologie	218	137	63%	0		81	37%
Thoraxchirurgie	35	1	3%	0		34	97%
Bewegungsapparat							
Bewegungsap. chir.	1 466	524	36%	420	29%	522	36%
Rheumatologie	67	52	78%	0		15	22%
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	407	318	78%	9	2%	80	20%
Geburtshilfe	861	726	84%	0		135	16%
Neugeborene	736	606	82%	0		130	18%
Übrige Spezialversorgung							
(Radio-)Onkologie	86	7	8%	0		79	92%
Schwere Verletzungen	28	16	57%	0		12	43%
Total	11 926	7 504	63%	634	5%	3 788	32%

Tabelle A3: Akutsomatische stationäre Fälle der Schaffhauser Spitäler von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungsbereichen

Bei den ausserkantonalen Listenspitälern stand die Spezialversorgung im Vordergrund. Dies betraf insbesondere das Universitätsspital Zürich (USZ), das KSW und das Triemli mit den Leistungsbereichen Neurochirurgie, Ophthalmologie, Herz mit Kardiologie und Herzchirurgie, Thoraxchirurgie und (Radio-)Onkologie. Das KSW hatte als lokal nahes Zentrumsspital eine Sonderstellung und versorgte einen beträchtlichen Anteil an Schaffhauser Fällen in der Grundversorgung. Dies galt auch für die Spitäler Frauenfeld und Bülach, welche als ebenfalls relativ nah gelegene Spitäler einen Anteil an Grundversorgung behandelten.

Tabelle A4

Hauptbereich	Total	SSH	Belair	KSW	USZ	Triemli	Hirslanden ZH *	Frauenfeld *	Kispi	Schulthess *	Bülach	Balgrist	Übrige
Grundversorgung Chirurgie und Medizin	4 741	3 619	161	354	98	23	27	73	50	9	55	13	259
Nervensystem und Sinnesorgane	866	333	2	156	227	32	10	5	12	1	7	0	81
Spezialversorgung Innere Organe	2 668	1 303	42	438	238	250	127	52	34	0	14	1	169
Bewegungsapparat	1 533	576	420	116	22	3	29	14	8	122	9	66	148
Gynäkologie und Geburtshilfe	2 004	1 650	9	122	41	9	23	71	2	0	21	0	56
Übrige Spezialversorgung	114	23	0	58	14	4	2	0	3	0	1	0	9
Total	11 926	7 504	634	1 244	640	321	218	215	109	132	107	80	722

Tabelle A4: Akutsomatische stationäre Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungshauptbereichen und Spital

Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsbereiche der einzelnen Spitäler ist auch eine Betrachtung der Versicherungsklassen, der Herkunft und der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle A5 ist die Belegung der Spitäler betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

Der Anteil an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten bewegte sich mit Ausnahme von Hirslanden ZH und von der Schulthess Klinik bei allen Spitälern in einem relativ engen Rahmen um 20%. Der Anteil von Zusatzversicherten war in den beiden Schaffhauser Spitälern gesunken, relativ stark in der Privatklinik Belair von 44% im Jahr 2010 auf 21% im Jahr 2019 und moderat im Kantonsspital Schaffhausen von 21% im Jahr 2010 auf 18% im Jahr 2019.

Beide Schaffhauser Spitäler konnten sich im Vergleich zum Jahr 2010 betreffend Herkunft der Patientinnen und Patienten differenzieren. Das KSSH konnte den Anteil an ausserkantonalen Fällen von 17% im Jahr 2010 auf 21% steigern und die Privatklinik Belair von 22% auf 35%.

Tabelle A5

	SSH	Belair	KSW	USZ	Triemli	Hirslanden ZH *	Frauenfeld *	Kispi	Schulthess *	Bülach	Balgrist	Übrige
Versicherungskategorie												
Allgemeine Abteilung	82%	79%	79%	80%	82%	38%	84%	77%	51%	83%	69%	79%
Privat / Halbprivat	18%	21%	21%	20%	18%	62%	16%	23%	49%	17%	31%	21%
Kostenträger												
Patienten nach KVG	95%	89%	93%	92%	95%	93%	95%	70%	79%	93%	78%	91%
UV, IV, MV, Selbstzahler	5%	11%	7%	8%	5%	7%	5%	30%	21%	7%	22%	9%
Wohnkanton												
Schaffhausen	79%	65%	4%	1%	1%	1%	2%	1%	2%	1%	2%	0%
Thurgau	4%	7%	4%	2%	0%	1%	89%	2%	3%	0%	2%	2%
Zürich	10%	23%	88%	76%	88%	74%	6%	73%	60%	95%	68%	8%
Übrige	6%	4%	3%	20%	10%	23%	4%	24%	35%	4%	28%	89%

Tabelle A5: Anteile an akutsomatischen stationären Fällen im Jahr 2019 nach Versicherungs-
klasse, Versicherungsart und Wohnkanton

Mit steigendem Alter nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit zu. Der Anteil an Behandlungen und Pflgetagen war bei den über 60-Jährigen deutlich höher als in den anderen Alterskategorien. In der Abbildung A2 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Behandlungsfälle und der Pflgetage nach Altersgruppen aufgeführt.

Abbildung A2

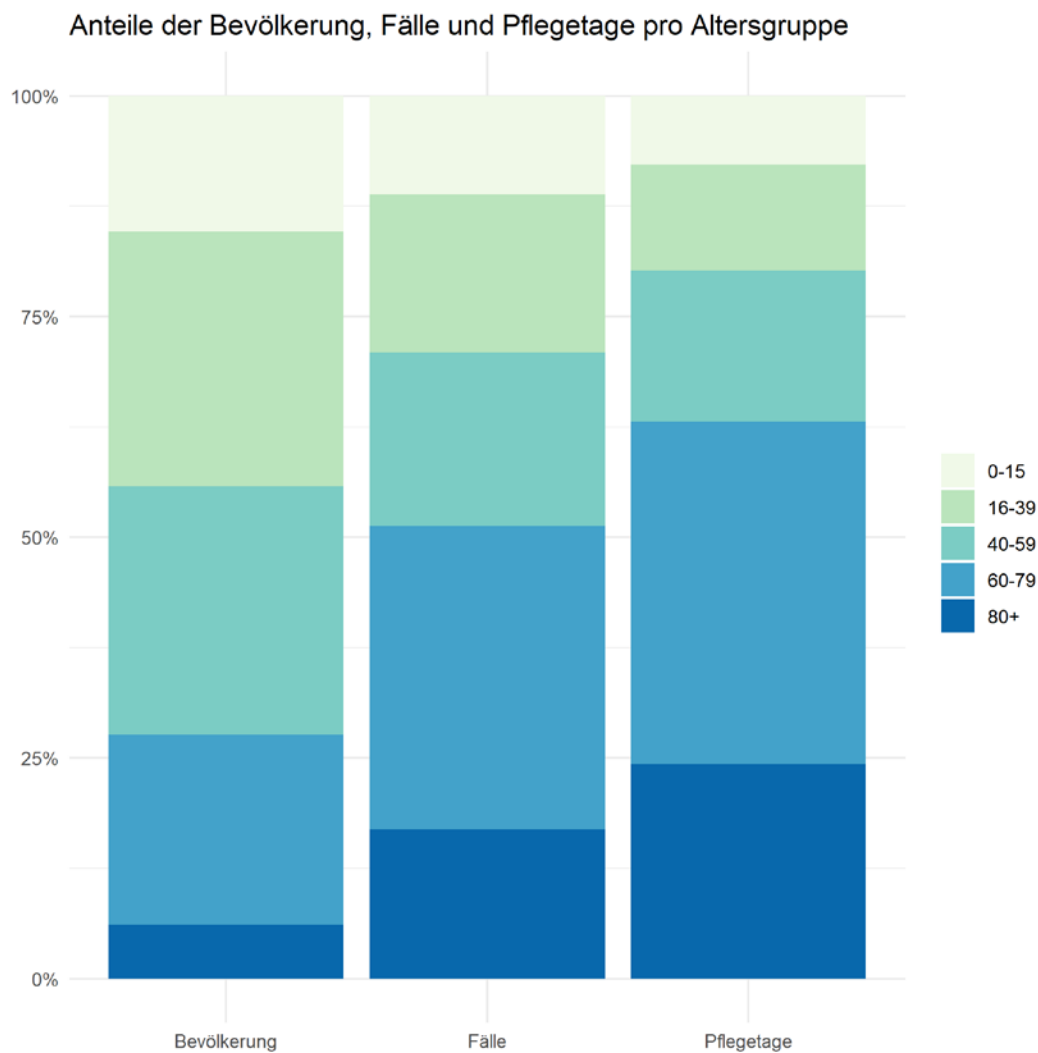


Abbildung A2: Anteile an akutsomatischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Bevölkerung, Fällen und Pflegetagen pro Altersgruppe

Über alle Altersgruppen waren chirurgische Behandlungen am Bewegungsapparat die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen. Gynäkologische und urologische Behandlungen und bei der älteren Bevölkerung Erkrankungen des Verdauungstraktes und des Herzens waren weitere häufige Hospitalisationsgründe. Bei der jüngeren Bevölkerung und insbesondere den Kindern waren die Geburten der häufigste Hospitalisationsgrund.

Tabelle A6

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-15	Neugeborene (82.88%)	HNO (5.07%)	Bewegungsap. chir. (3.94%)
16-39	Geburtshilfe (54.68%)	Bewegungsap. chir. (13.10%)	Gynäkologie (8.84%)
40-59	Bewegungsap. chir. (30.27%)	Gynäkologie (10.98%)	Urologie (10.48%)
60-79	Bewegungsap. chir. (25.96%)	Urologie (14.45%)	Herz (12.96%)
80+	Bewegungsap. chir. (18.46%)	Gastroenterologie (13.20%)	Herz (11.19%)

Tabelle A6: Häufigkeit der Leistungsbereiche an akutsomatischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Wenn die Kinder und Jugendlichen separat analysiert werden, zeigt sich, dass es sich beim weitaus grössten Anteil der Behandlungen um Neugeborene und damit in der Regel gesunde Kinder handelte. Insgesamt waren Kinder und Jugendliche selten stationär hospitalisiert.

Tabelle A7

	Total	SSH	Belair	KSW	USZ	Triemli	Hirslanden ZH *	Frauenfeld *	Kispi	Schulthess *	Bülach	Balgrist	Übrige
Säuglinge / Kleinkinder < 1 Jahr	871	629	0	139	17	3	5	25	18	0	7	0	28
Kinder 1 - 8 Jahre	243	76	0	91	1	0	0	1	59	0	0	0	15
Kinder / Jugendliche 8 - 15 Jahre	203	104	7	36	4	0	0	1	28	5	0	1	17
Total	1 317	809	7	266	22	3	5	27	105	5	7	1	60

Tabelle A7: Anteile an akutsomatischen stationären Kindern und Jugendlichen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 in den einzelnen Spitälern

Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer sind wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus. Wie die folgende Abbildung zeigt, stieg die Hospitalisationsrate mit zunehmendem Alter. Die Aufenthaltsdauern unterscheiden sich je nach Behandlung sehr stark. Es wird deshalb generell der Mittelwert über alle Fälle betrachtet und entsprechend die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ausgewiesen. Auch bei der MAHD zeigte sich eine deutliche Zunahme mit steigendem Alter.

Abbildung A3

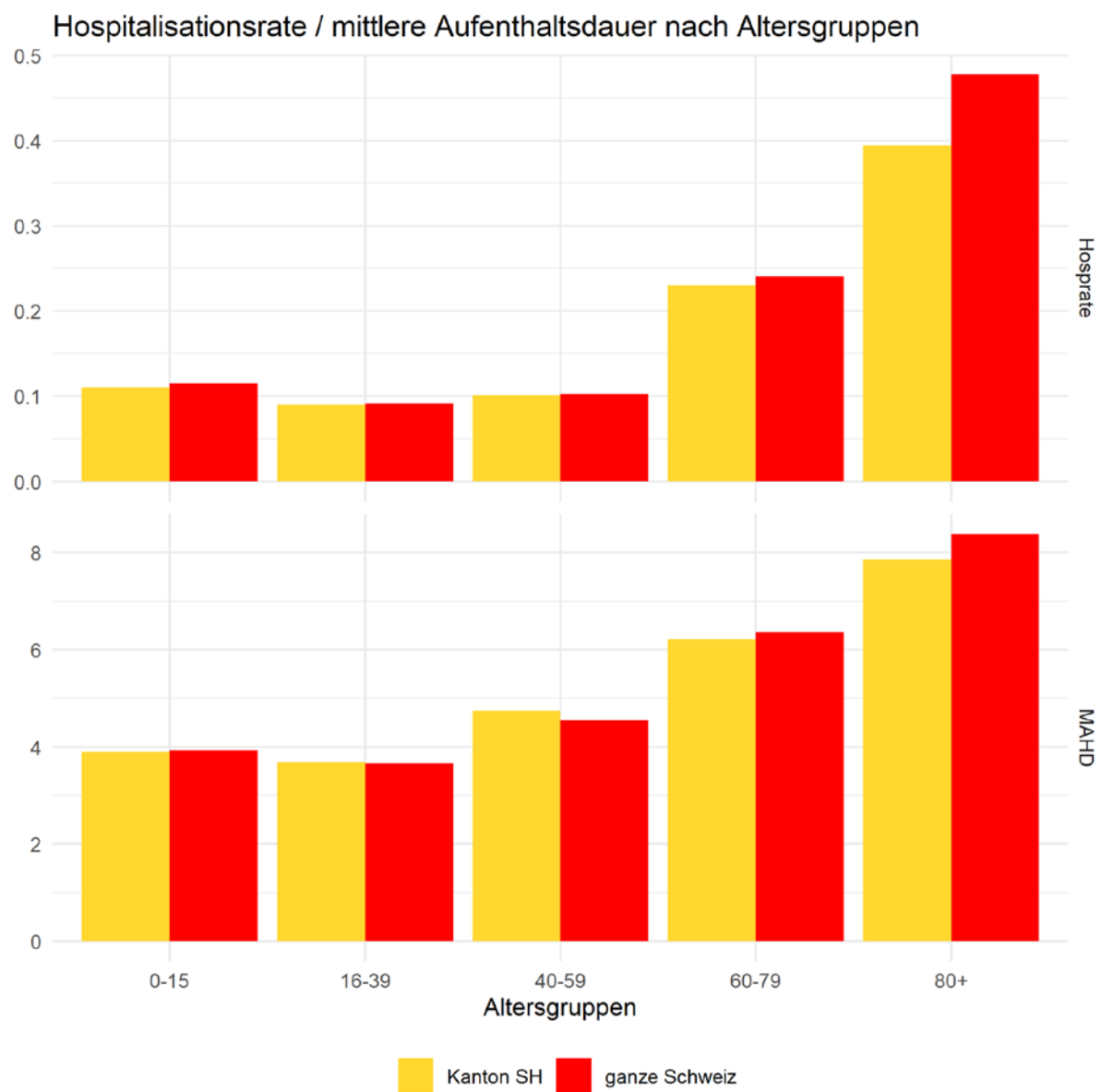


Abbildung A3: Hospitalisationsraten und MAHD der akutsomatischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Vergleich zur ganzen Schweiz im Jahr 2019 nach Altersgruppen

Tabelle A8

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Rate Pflegetage		
	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ
0-15	106.9	115.1	8.2	3.7	3.9	0.2	388.8	453.4	64.6
16-39	88.6	91.5	2.9	3.7	3.7	0.0	328.7	331.4	2.7
40-59	100.6	102.5	1.9	4.6	4.5	-0.1	469.9	461.9	-8.0
60-79	227.1	240.6	13.5	6.2	6.4	0.2	1 402.6	1 528.8	126.2
80+	388.2	477.9	89.7	7.8	8.4	0.6	3 049.9	3 992.6	942.7
Total	143.7	147.3	3.6	5.4	5.5	0.1	781.9	810.4	28.5

Tabelle A8: Hospitalisationsraten (pro 1000), MAHD und Rate der Pflegetage (pro 1000) der akutsomatischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Vergleich zur ganzen Schweiz im Jahr 2019 pro Altersgruppe

Der Vergleich der Hospitalisationsrate der Schaffhauser Bevölkerung mit der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass die Schaffhauserinnen und Schaffhauser in allen Altersgruppen weniger und insbesondere bei der Altersgruppe 80+ deutlich weniger hospitalisiert wurden. Hingegen waren die mittleren Aufenthaltsdauern in Schaffhausen bei allen Altersgruppen ausser 80+ in etwa gleich wie der Schweizer Durchschnitt.

4.3 Entwicklung seit 2012

Für die Berechnung der Prognose lassen sich aus der Betrachtung der Entwicklung der letzten Jahre interessante Rückschlüsse ziehen.

In der Tabelle A9 sind die Fälle, MAHD und Pflegetage der Jahre 2012 und 2019 dargestellt. Die Fallzahlen sind im Total und insbesondere ausserkantonal deutlich gestiegen. Damit ist der relative Anteil an Behandlungen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner durch die Schaffhauser Spitäler SSH und Belair von 77% auf 71% gesunken. Trotz der insgesamt sinkenden Aufenthaltsdauer führte dies auch zu einer Steigerung bei den Pflegetagen.

Tabelle A9

	Fälle			MAHD			Pflegetage		
	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ
SSH	7 028	7 504	7%	5.8	5.6	-4%	39 733	41 451	4%
Belair	917	634	-31%	5.5	4.3	-22%	5 028	2 715	-46%
Ausserkantonal	2 413	3 788	57%	6.5	5.4	-17%	15 631	20 742	33%
Total	10 358	11 926	15%	5.9	5.4	-8%	60 392	64 908	7%

Tabelle A9: Fälle, MAHD und Pflegetage akutsomatischer stationärer Fälle von Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 bis 2019

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist die Entwicklung der Demografie zu berücksichtigen. Im Jahr 2012 hatte der Kanton Schaffhausen rund 77'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese sind bis zum Jahr 2019 auf rund 83'000 angewachsen. Dieses Wachstum von rund 8% hat die Wachstumsprognose aus dem Jahr 2010 von 2% (bis 2020) weit übertroffen.

Ein vertiefter Vergleich der Prognose aus dem Jahr 2010 für das Jahr 2020 mit dem Ist 2019 gestaltete sich als unmöglich, weil die Zahlen des Ausgangsjahres 2010 nicht mehr nachvollziehbar waren. Für die aktuelle Prognose für das Jahr 2030 wurden deshalb die Angaben aus dem Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 des Kantons Zürich übernommen.

4.4 Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

Angleichung Hospitalisationsrate

Bei der Prognose der Hospitalisationsrate wurde auf den im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 – 2025 abgestützt. Das beschriebene Verfahren wurde übernommen und auf die Schaffhauser Daten angewandt.

Die Datenanalyse der Hospitalisationsraten zeigt, dass diese sich in einigen SPLG zwischen dem Kanton Schaffhausen und der ganzen Schweiz unterscheiden. Dies kann unterschiedliche Gründe haben wie z.B. eine Überversorgung durch die Ausweitung der Indikationsstellung, häufigere stationäre statt ambulante Behandlung oder aber auch gesellschaftliche oder kulturelle Gründe, wie unterschiedliche Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten. Bei den Unterschieden aufgrund von Überversorgung ist davon auszugehen, dass sich diese in den nächsten zehn Jahren angleichen werden.

Die Differenzen zwischen den Hospitalisationsraten im Kanton Schaffhausen und in der ganzen Schweiz sind somit in der Prognose zu berücksichtigen. Für das Hauptszenario wurde bei den betroffenen SPLG und in den entsprechenden Altersgruppen angenommen, dass sich die Hospitalisationsraten um 50% angleichen. Dies bedeutet, dass bei einem Schweizer Durchschnittswert von 0.5 und einem Schaffhauser Wert von 1 die Hospitalisationsrate neu bei 0.75 liegen wird. Liegt die Schaffhauser Hospitalisationsrate hingegen unter dem Schweizer Wert, so wurde angenommen, dass die Hospitalisationsrate unverändert bleibt. Im Minimalszenario wurde eine hundertprozentige und im Maximalszenario gar keine Angleichung angenommen.

Dies führte im Hauptszenario zu einer Angleichung der Hospitalisationsrate von 145.9 um -3.5% zu 140.8 und im Minimalszenario um -7.1% zu 135.6.

Angleichung und Verkürzung mittlere Aufenthaltsdauer

Bei der Prognose der MAHD wurde auf den im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 abgestützt. Das beschriebene Verfahren wurde übernommen und auf die Schaffhauser Daten angewandt.

Die Aufenthaltsdauern verkürzen sich einerseits durch den medizintechnischen Fortschritt und andererseits durch veränderte finanzielle Anreize. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 hatte den ökonomischen Druck auf die Aufenthaltsdauern erhöht. Die MAHD sind seit Jahren am Sinken. Es ist jedoch schwierig vorherzusagen, wie stark die Aufenthaltsdauern weiter sinken werden. Dies muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Schaffhausen mit der Entwicklung in der gesamten Schweiz verglichen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauern von Behandlungen, die bei Schaffhauser Patienten bisher länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren sinken werden. Aus diesem Grund wurde davon ausgegangen, dass bei den SPLG, bei welchen die Aufenthaltsdauer pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, die mittlere Aufenthaltsdauer auf den schweizerischen Schnitt fallen wird.

In einem weiteren Schritt wurde zudem angenommen, dass auch die gesamtschweizerischen MAHD über die nächsten zehn Jahre sinken werden. Dieser autonome Trend bedeutet, dass in allen SPLG eine entsprechende Verkürzung der Aufenthaltsdauern zusätzlich zu der oben beschriebenen Angleichung erwartet wird. Je nach Szenario wurden verschiedene Werte bezüglich der zusätzlich zu erwartenden Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer angenommen:

- Szenario Haupt: -1%
- Szenario Min: -1.5%
- Szenario Max: -0.7%

Dies führt in allen Szenarien im 1. Schritt zu einer Angleichung der MAHD über alle SPLG und Altersbereiche von 5.5 um -7.3% auf 5.1 Tage. Die im zweiten Schritt angenommene zusätzliche Verkürzung von jährlich -1% im Hauptszenario prognostiziert eine Verkürzung um weitere -10.5% auf 4.6 Tage. Mit der angenommenen jährlichen Kürzung der MAHD im Minimalszenario um 1.5% und im Maximalszenario um 0.7% wird eine MAHD von 4.3 bzw. 4.7 Tagen prognostiziert.

Demografie

Die in Ziffer 2.2 gezeigte Bevölkerungsprognose des BFS für Schaffhausen im Jahr 2030 prognostiziert eine starke Zunahme der Bevölkerung von 83'013 im Jahr 2019 um insgesamt 11% auf 91'856 im Jahr 2030. Zudem wird eine anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen vorhergesagt. Die Altersgruppe 60–79-Jährige soll um 24% und die Altersgruppe 80+ um 41% zunehmen. Damit wäre im Jahr 2030 rund ein Drittel der Schaffhauser Bevölkerung älter als 59 Jahre. Die Tabelle A10 zeigt die Entwicklung der stationären Fallzahlen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle A10

Alter	2019		Veränderung		2030	
	Fälle	Anteil	Fälle	%	Fälle	Anteil
0-15	1 317	11.04%	137	10%	1 454	10.7%
16-39	2 121	17.78%	-55	-3%	2 066	15.2%
40-59	2 361	19.80%	-70	-3%	2 291	16.9%
60-79	4 112	34.48%	823	20%	4 935	36.4%
80+	2 015	16.90%	791	39%	2 806	20.7%
Total	11 926	100.00%	1 626	14%	13 552	100.0%

Tabelle A10: Entwicklung der Fallzahlen pro Altersgruppen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner

Medizintechnische Entwicklung

Bei der medizintechnischen Entwicklung wurde auf den im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 abgestützt. Das darin zitierte neue Gutachten zur medizintechnischen Entwicklung zeigt, dass die meisten neuen Technologien keine Fallmehrung bewirken, sondern dass bei heute bereits stationär behandelten Patienten eine andere Diagnostik- oder Behandlungstechnologie angewandt wird. Als einzige Auswirkung auf die Fallzahl ist in der Neurologie die neue Technik bei der endovaskulären Behandlung von Schlaganfällen aufgeführt. Zudem wurden die Annahmen zur medizintechnischen Entwicklung (SPLB Herz, Gefässe und Bewegungsapparat chirurgisch), welche für die letztmalige Bedarfsprognose des Kantons Zürich verwendet wurden, überprüft und angepasst.

Nach Rücksprache mit der GD Zürich, die zum damaligen Zeitpunkt (Mai 2020) noch keine definitiven Werte, sondern erst ein Konzept hatte, wurden die Faktoren für die Schaffhauser Bedarfsprognose wie folgt festgelegt.

Trotz unterschiedlicher Zeitperioden im Zürcher Bericht für die Jahre 2015 bis 2025 und für die Schaffhauser Bedarfsplanung für die Jahre 2019 bis 2030 wurden die Wachstumsraten diesbezüglich nicht korrigiert. Dies, weil es sich von Grund auf um Einschätzungen handelt und Korrekturen lediglich eine Scheingenauigkeit vortäuschen würden. Dies gilt auch für die im nächsten Kapitel erläuterte epidemiologische Entwicklung.

SPLB Neurologie, NEU3 und NEU3.1: Es ist davon auszugehen, dass die endovaskulären Interventionen zur Behandlung von Schlaganfällen stark zunehmen werden. Die Anzahl an Schlaganfällen wird in etwa gleich bleiben. Doch wird eine Verschiebung von bisher in allen Spitälern behandelten Fällen (NEU3) in die Stroke Center zur endovaskulären Intervention erwartet. Im Bericht des Kantons Zürich wird prognostiziert, dass zukünftig ein Drittel der Schlaganfälle in der spezialisierten SPLG NEU3.1 behandelt wird. Dies entspricht in der Schaffhauser Bedarfsprognose einer Verschiebung von 30% (bzw. 40% für das Szenario Max) der Fälle von NEU3 im Jahr 2019 nach NEU3.1 im Jahr 2030. Details der Berechnung siehe Anhang 2.

SPLB Herz, HER1.1.1: Im SPLB Herz war die prognostizierte Fallmehrung nur teilweise beobachtbar. Deshalb wurde die Prognose nach unten korrigiert. Gemäss Bericht Zürich wird v.a. wegen den Kunstherzen (Ventricular Assist Device, VAD) mit einer Zunahme der Anzahl Fälle in der SPLG HER1.1.1 um 18% gerechnet, während in den anderen SPLGs keine Fallmehrung mehr erwartet wird. In der Schaffhauser Auswertung stagnieren die sehr tiefen Fallzahlen HER1.1.1. Deshalb und aufgrund der auch im Kanton Zürich sehr tiefen Zahlen (im Jahr 2019 lediglich 70 Fälle) und der damit kaum relevanten Auswirkung wurde auf eine Berücksichtigung in der Schaffhauser Bedarfsprognose verzichtet.

SPLB Gefässe: Die prognostizierte medizintechnologische Entwicklung hatte keinen sichtbaren Effekt auf die Fallzahlen. Der Zürcher Bericht rechnet deshalb nicht mehr mit einer Zunahme der Fallzahlen. Auch für die Schaffhauser Bedarfsprognose wurde die medizintechnologische Entwicklung im Bereich Gefässe nicht berücksichtigt.

SPLB Bewegungsapparat chirurgisch, BEW1, BEW2 und BEW7: Die erwarteten Auswirkungen, insbesondere betreffend Revisionseingriffe bei Hüft- und Knieprothesen, konnten im Zürcher Bericht, allerdings verzögert, beobachtet werden. Die Entwicklung bei den Erstprothesen Hüfte und Knie hingegen stagnierten oder waren sogar leicht rückläufig. Die Schaffhauser Fallzahlen bestätigten dies. Dementsprechend wurden die im Zürcher Bericht genannten Wachstumswerte von 2% in der SPLG BEW1, von 6% in BEW2 und 8% in BEW7.1.1 und BEW7.2.1 für die Schaffhauser Bedarfsprognose übernommen.

Szenarien: Im Hauptszenario wurde der Faktor wie oben beschrieben umgesetzt. Im Maximalszenario wurde der oben beschriebene Faktor verdoppelt bzw. bei NEU auf 40% anstelle 30% erhöht. Im Minimalszenario wurden keine Zunahmen aufgrund der Medizintechnik angenommen.

Damit ergaben sich für den Einflussfaktor Medizintechnologie folgende Faktoren:

Tabelle A11

SPLG	Haupt	Min	Max
Neurologie			
NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen	0.7	1.0	0.6
NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)	6.0	1.0	7.7
Bewegungsapparat chirurgisch			
BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	1.0	1.0	1.0
BEW2 Orthopädie	1.1	1.0	1.1
BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen	1.1	1.0	1.2
BEW7.2.1 Wechseloperationen Hüftprothesen	1.1	1.0	1.2

Tabelle A11: In der Schaffhauser Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Medizintechnologie nach SPLG und Szenario. Die Faktoren bewegen sich im Bereich von [0.6, 7.]. Allerdings sind 3603 Schichten mit Faktor 1 bewertet.

Epidemiologische Entwicklung

Auch bei der epidemiologischen Entwicklung stützte sich die Zürcher Bedarfsplanung auf ein Gutachten. Gemäss dem im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 vertraten die damaligen Autoren und weitere Experten die Meinung, dass es seither keine nennenswerten Entwicklungen gegeben hatte, welche eine Überarbeitung dieses Gutachtens nötig machen würden. Deshalb würden in der aktualisierten Zürcher Bedarfsprognose die damaligen Entwicklungen fortgeschrieben.

In der Fachliteratur werden vor allem epidemiologische Entwicklungen erwartet, die einen Einfluss auf Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf, des Bewegungsapparats und in der (Radio-) Onkologie haben. Dabei ist der Einfluss auf den zukünftigen Bedarf an medizinischen Leistungen nicht immer eindeutig, da oft gegenläufige Effekte prognostiziert werden, wie das Beispiel Lungenkrebs zeigt: Während bei den Männern eine Abnahme der Lungenkrebsfälle erwartet wird, muss bei den Frauen mit einer Zunahme gerechnet werden.

Die Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf werden vor allem durch die erwartete Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst. Beim Bewegungsapparat sind die Trends widersprüchlich. Eine aufgrund einer besseren Prävention abnehmende Anzahl an Schenkelhalsfrakturen überlagert den Trend zu zunehmenden Freizeit- und Sportunfällen. Bezüglich der (Radio-)Onkologie wird vor allem eine Zunahme von Krebspatienten erwartet, die einen Einsatz von Chemotherapien benötigen. Ausserdem geht man von einer Zunahme der Geburtenrate aus. Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass die prognostizierten Veränderungsraten in der Epidemiologie relativ gering sind.

Nach Rücksprache mit der GD Zürich, die zum damaligen Zeitpunkt (Mai 2020) noch keine definitiven Werte, sondern erst ein Konzept hatte, wurden die im Zürcher Bericht genannten Faktoren für die Schaffhauser Bedarfsprognose eins zu eins übernommen. Im Hauptszenario wurde die mittlere in den Studien prognostizierte Leistungszunahme verwendet, im Maximalszenario die Studie mit der höchsten und im Minimalszenario die Studie mit der niedrigsten Leistungszunahme.

Damit ergaben sich für den Einflussfaktor Epidemiologie folgende Faktoren:

Tabelle A12

Bereich	Haupt	Min	Max
Basispaket	1.001	1.000	1.002
Dermatologie	1.001	1.001	1.001
Neurologie	1.004	0.992	1.020
Endokrinologie	1.000	0.999	1.001
Viszeralchirurgie	0.999	0.998	0.999
Hämatologie	1.002	1.001	1.002
Gefässe	1.005	0.990	1.024
Herz	1.006	0.988	1.029
Pneumologie	0.998	0.995	1.000
Bewegungsapparat chirurgisch	0.991	0.984	0.996
Rheumatologie	1.001	1.000	1.001
Gynäkologie	0.997	0.997	0.997
Geburtshilfe	1.015	1.000	1.037
(Radio-)Onkologie	1.009	1.008	1.009

Tabelle A12: In der Schaffhauser Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Epidemiologie nach SPLG und Szenario. Die Faktoren bewegen sich im Bereich von [0.984, 1.037]. Allerdings sind 1583 Schichten mit Faktor 1 bewertet.

Einflussfaktor Ökonomie

Wie bereits erwähnt, wurde kein ökonomischer Einflussfaktor wie z. B. Tarifentwicklungen bewertet. Der Einflussfaktor der Ökonomie wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Einfluss von Ambulant vor Stationär

Das Konzept Ambulant vor Stationär (AvS) wurde von den Kantonen Luzern und Zürich parallel mit dem Bund entwickelt. Mit AvS sind bestimmte Behandlungen bezeichnet, die ohne Ausnahmegrund nicht mehr stationär behandelt werden dürfen. Der Kanton Schaffhausen hat das Modell der Kantone Luzern und Zürich, welches die Vorgaben des Bundes beinhaltet, übernommen und Mitte 2018 eingeführt.

Die Datenanalyse des Jahres 2018 zeigt die Auswirkung von AvS. Die Fallzahlen in den „ambulanten“ SPLG sind von 2017 auf 2018 um 2.2% gesunken. Da dies nur ein halbes Jahr betraf, wurde mit 4.4% für das ganze Jahr gerechnet. Da AvS erst eingeführt wurde und von weiterem Potential ausgegangen werden kann, wurde die prognostizierte Abnahme in den betroffenen SPLG bis 2030 für das Hauptszenario auf 8.8% verdoppelt. Im Minimalszenario wurde zusätz-

lich eine Ausweitung auf weitere ambulant durchführbare SPLG und eine weitere Verdoppelung der Abnahme auf 17.6% angenommen. Im Maximalszenario wurde davon ausgegangen, dass keine weitere Verlagerung in den ambulanten Bereich erfolgt.

Damit ergaben sich für den Einflussfaktor AvS folgende Faktoren:

Tabelle A13

SPLG	Haupt	Min	Max
Basispaket			
BP Basispaket	1.000	0.824	1
Hals-Nasen-Ohren			
HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	0.912	0.824	1
HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	1.000	0.824	1
Ophthalmologie			
AUG1 Ophthalmologie	1.000	0.824	1
AUG1.1 Strabologie	1.000	0.824	1
AUG1.2 Orbita, Lider, Tränenwege	1.000	0.824	1
AUG1.3 Spezialisierte Vordersegmentchirurgie (inkl. Glaukom)	1.000	0.824	1
AUG1.4 Katarakt	0.912	0.824	1
AUG1.5 Glaskörper- und Netzhautprobleme	1.000	0.824	1
Gastroenterologie			
GAE1 Gastroenterologie	1.000	0.824	1
Viszeralchirurgie			
VIS1 Viszeralchirurgie	0.912	0.824	1
Gefäße			
ANG1 Interventionen periphere Gefäße (arteriell)	0.912	0.824	1
ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße	1.000	0.824	1
RAD1 Interventionelle Radiologie	1.000	0.824	1
Herz			
KAR1 Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	0.912	0.824	1
KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	0.912	0.824	1
KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)	1.000	0.824	1
KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / CRT	1.000	0.824	1
Urologie			
URO1 Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	1.000	0.824	1
Bewegungsapparat chirurgisch			
BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	0.912	0.824	1
BEW2 Orthopädie	0.912	0.824	1
BEW3 Handchirurgie	0.912	0.824	1
BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	1.000	0.824	1
BEW5 Arthroskopie des Knies	0.912	0.824	1
BEW6 Rekonstruktion obere Extremität	1.000	0.824	1
BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	1.000	0.824	1
BEW7.1 Erstprothesen Hüfte	1.000	0.824	1
BEW7.2 Erstprothesen Knie	1.000	0.824	1
BEW8 Wirbelsäulenchirurgie	1.000	0.824	1
Gynäkologie			
GYN1 Gynäkologie	0.912	0.824	1
(Radio-)Onkologie			
ONK1 Onkologie	1.000	0.824	1
RAO1 Radio-Onkologie	1.000	0.824	1
NUK1 Nuklearmedizin	1.000	0.824	1

Tabelle A13: In der Schaffhauser Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren Ambulant vor Stationär nach SPLG und Szenario.

- *Hauptszenario: Faktor von 0.912 für die Leistungsbereiche, die seit 2018 von AvS betroffen sind.*
- *Minimalszenario: Faktor von 0.824 für die bisherigen Leistungsbereiche und weitere Leistungsbereiche, die in Zukunft von AvS betroffen sein könnten.*
- *Maximalszenario: Keine Anpassung aufgrund AvS, bleibt immer 1*

4.5 Prognose akutsomatischer stationärer Bedarf 2030

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Schaffhausen, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der Bedarf für akutsomatische stationäre Behandlungen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 prognostiziert.

Übersicht prognostizierter Bedarf 2030

Die Tabelle A14 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis 2030 in den verschiedenen Szenarien.

Tabelle A14

	Basis 2019	Prognose 2030 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	83.0	91.9	11%	11%	11%
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	145.9	147.5	1%	-14%	6%
Stationäre Behandlungsfälle	12 115	13 552	12%	-5%	18%
Mittlere Aufenthaltsdauer	5.5	4.7	-14%	-19%	-11%
Pflage tage	66 412	63 624	-4%	-23%	5%
Pflage tage / 1'000 EW	800	693	-13%	-30%	-6%

Tabelle A14: Prognostizierter Bedarf der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030. Hinweis: Bei der Fallzahl 2019 handelt es sich um den aufgrund der in einzelnen SPLG tiefen Fallzahlen korrigierten Wert (siehe Anhang 1.1).

Die Bedarfsprognose zeigt, dass die Fallzahlen im Hauptszenario durch die Entwicklung in der Demografie mit einem Plus bei der Bevölkerung von 11% und einer Zunahme des Anteils der älteren Einwohnerinnen und Einwohner um insgesamt 12% zunehmen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund 1%. Die Fallzahlen steigen damit von 12'115 auf 13'552 akutsomatische stationäre Fälle pro Jahr.

Dem steht die vermutete Verkürzung der Aufenthaltsdauer um -14% von 5.5 auf 4.7 Tage gegenüber. Die Verkürzung der MAHD von -1% pro Jahr übersteuert die Fallzunahme, und der Bedarf an Pflgetagen nimmt insgesamt um -4% von 66'412 auf 63'624 Tage ab.

Die Prognose wird wesentlich durch die genannten Faktoren geprägt. Die Annahmen zur Verlagerung in den ambulanten Bereich haben einen zusätzlichen, aber deutlich kleineren Effekt auf die Fallzahlen. Die Entwicklung der Medizintechnik und der Epidemiologie sind dagegen praktisch vernachlässigbar.

Beim Minimalszenario nehmen die Fallzahlen trotz der starken Bevölkerungszunahme um -5% ab. Dies kann damit erklärt werden, dass die Hospitalisationsrate beim Minimalszenario konsequent auf die jeweils tieferen Schweizer Werte angeglichen wurde und deshalb um -14% sinkt. Dies wird durch die Annahme einer relativ starken Verschiebung in den ambulanten Bereich zusätzlich unterstützt. Die Angleichung an die Schweizer Werte erklärt auch die starke Verkürzung der MAHD um -19% und damit der Pflgetage um -23%. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Beim Maximalszenario wurde die Hospitalisationsrate nicht und die MAHD nur um -0.7% pro Jahr angeglichen. Auch wurde keine Verschiebung in den ambulanten Bereich angenommen. Die Fallzahlen weisen damit ein Plus von 18% auf und die MAHD sinkt weniger als im Hauptszenario um -11%. Mit dieser Prognose würden die Pflgetage leicht um 5% zunehmen.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle A15 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflgetage, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

Tabelle A15

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
Grundversorgung Chirurgie und Medizin									
Basispaket	4 741	5 658	19%	4.9	4.5	-7%	24 104	25 608	6%
Nervensystem und Sinnesorgane									
Dermatologie	39	42	8%	6.6	4.8	-27%	262	196	-25%
HNO	296	300	1%	3.3	2.6	-21%	965	772	-20%
Neurochirurgie	82	84	2%	10.5	8.1	-23%	795	664	-16%
Neurologie	327	350	7%	6.5	5.4	-17%	2 089	1 875	-10%
Ophthalmologie	175	173	-1%	2.4	1.8	-27%	430	311	-28%
Spezialversorgung Innere Organe									
Endokrinologie	72	83	15%	9.4	7.8	-17%	660	649	-2%
Gastroenterologie	383	456	19%	8.0	6.7	-16%	3 007	3 058	2%
Viszeralchirurgie	351	325	-7%	10.2	8.5	-17%	3 407	2 766	-19%
Hämatologie	188	201	7%	9.9	7.4	-25%	1 777	1 454	-18%
Gefässe	177	205	16%	8.2	6.2	-25%	1 434	1 268	-12%
Herz	594	654	10%	4.8	3.9	-18%	2 759	2 549	-8%
Nephrologie	58	68	17%	13.5	9.0	-34%	792	621	-22%
Urologie	656	742	13%	4.4	3.7	-16%	2 860	2 717	-5%
Pneumologie	223	257	15%	10.1	8.5	-15%	2 205	2 201	0%
Thoraxchirurgie	31	33	6%	9.7	7.8	-19%	289	259	-10%
Transplantationen	2	2	0%	13.0	11.6	-10%	17	18	6%
Bewegungsapparat									
Bewegungsap. chir.	1 494	1 637	10%	6.2	5.0	-19%	8 965	8 190	-9%
Rheumatologie	77	74	-4%	5.8	4.6	-21%	433	337	-22%
Gynäkologie und Geburtshilfe									
Gynäkologie	414	385	-7%	3.6	2.9	-20%	1 433	1 101	-23%
Neugeborene	744	813	9%	4.4	3.6	-19%	3 208	2 918	-9%
Geburtshilfe	864	866	0%	3.9	3.5	-11%	3 369	3 021	-10%
Übrige Spezialversorgung									
(Radio-)Onkologie	97	110	13%	8.9	7.4	-16%	836	810	-3%
Schwere Verletzungen	30	34	13%	11.0	8.0	-27%	316	261	-17%
Total									
Total	12 115	13 552	12%	5.5	4.7	-14%	66 412	63 624	-4%

Tabelle A15: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach SPLB

In der Abbildung A4 ist die Entwicklung der Fallzahlen pro Leistungsbereich grafisch dargestellt.

Abbildung A4

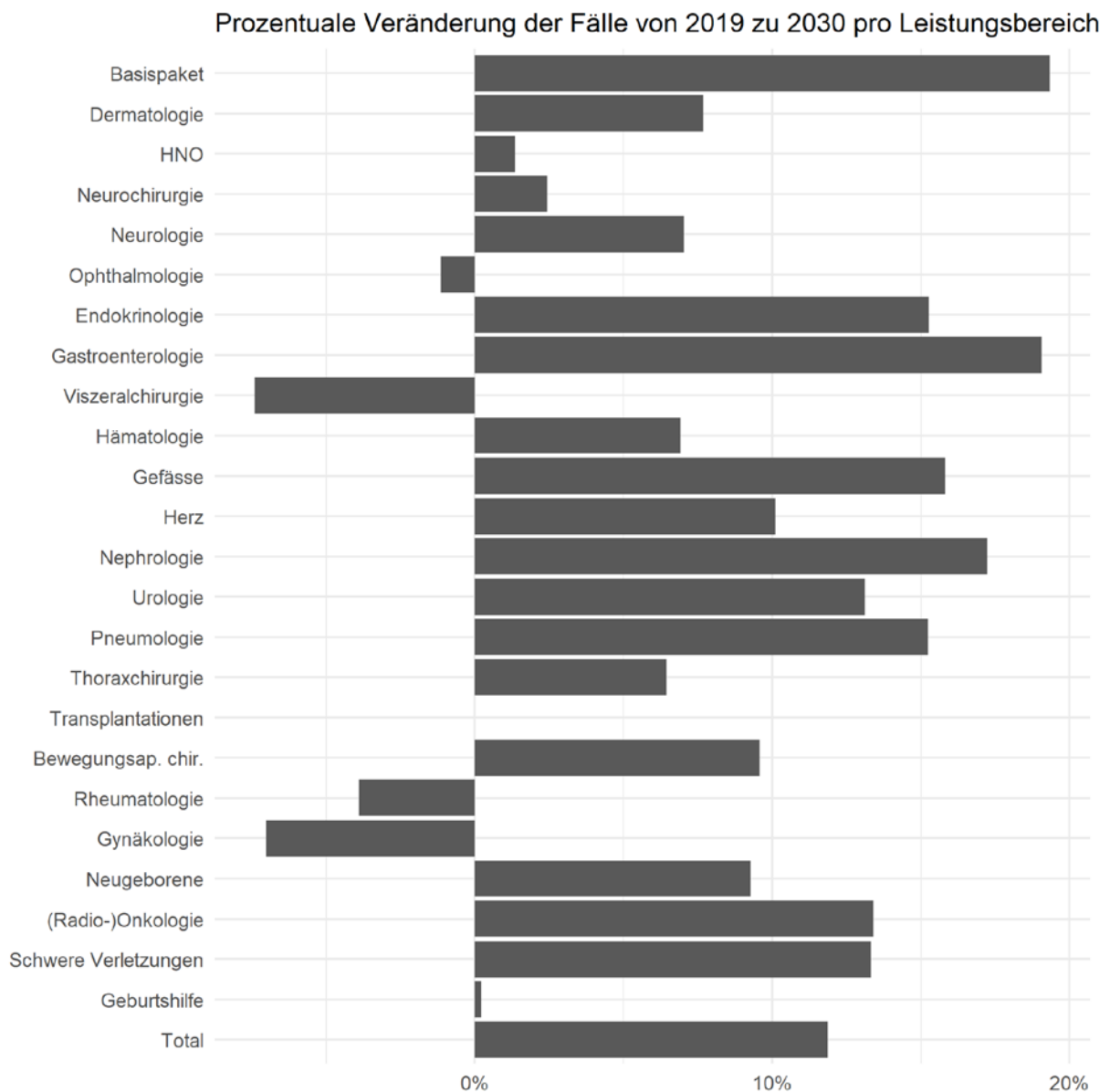


Abbildung A4: Prognostizierte prozentuale Veränderung der Fallzahlen vom Jahr 2019 zum Jahr 2030

Im Überblick widerspiegeln die Veränderungen der Fallzahlen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur. Leistungsbereiche mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise die Endokrinologie oder die Gefässe, haben grössere Fallzunahmen als Leistungsbereiche mit eher jüngeren Patientinnen und Patienten. In der Detailbetrachtung stellen sich jedoch zahlreiche Fragen.

Prognose nach Altersgruppen

Die starke Zunahme der Bevölkerung von 83'013 im Jahr 2019 um insgesamt 11% auf 91'856 im Jahr 2030 und die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen prägt im Wesentlichen die Bedarfsprognose für 2030. Wie in Ziff. 2.2 dargestellt, soll die Altersgruppe 60–79-Jährige um 24% und die Altersgruppe 80+ um 41% zunehmen. Damit wäre im Jahr 2030 rund ein Drittel der Schaffhauser Bevölkerung älter als 59 Jahre. Die Tabelle A16 zeigt die Auswirkung der Demografie auf die Anzahl Fälle, die Pflage tage und die MAHD.

Tabelle A16

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
0-15	1 355	1 454	7%	3.9	3.1	-21%	5 191	4 456	-14%
16-39	2 168	2 066	-5%	3.7	3.1	-17%	7 975	6 287	-21%
40-59	2 379	2 291	-4%	4.7	3.8	-21%	11 324	8 575	-24%
60-79	4 166	4 935	18%	6.2	5.2	-17%	25 816	25 617	-1%
80+	2 047	2 806	37%	7.9	6.7	-15%	16 106	18 689	16%
Total	12 115	13 552	12%	5.5	4.7	-14%	66 412	63 624	-4%

Tabelle A16: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflage tage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach Altersgruppen

Es ist ersichtlich, dass insbesondere in den Altersgruppen 60–79 und 80+ mit einer starken Zunahme an Patientinnen und Patienten gerechnet wird. Die Abnahme bei den 16–39 und 40–59-Jährigen sowie die Zunahme der Altersgruppe 0–15 ist auf die demografische Verschiebung zurückzuführen.

In allen Altersgruppen wird eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer erwartet. Die Pflage tage gehen mit Ausnahme der Altersgruppe 80+ ebenfalls in allen Altersgruppen zurück.

4.6 Fazit Akutsomatik

Das Bevölkerungswachstum im Kanton Schaffhausen hat die Prognosen von 2010 weit übertroffen. Trotzdem war die Versorgungssicherheit in der Akutsomatik zu jeder Zeit gewährleistet und es mussten nur geringfügige Änderungen an den Spitalisten von 2012 vorgenommen werden.

Das Kantonsspital spielt in der akutstationären Basisversorgung der Schaffhauserinnen und Schaffhauser eine zentrale Rolle. Drei Viertel der Schaffhauser Fälle im Basispaket werden hier behandelt. 5% der Fälle, hauptsächlich orthopädische Wahleingriffe, wurden 2019 in der Privatklinik Belair durchgeführt, die im Oktober 2019 von der Hirslanden AG in den Besitz des Swiss Medical Network (SMN) übergang. In den aufwändigeren Spezialgebieten wie z.B. Herz,

Thoraxchirurgie oder Onkologie suchen die Patientinnen und Patienten überwiegend ausserkantonale Spitäler auf.

Prägend für die Bedarfsentwicklung wird auch im kommenden Jahrzehnt das Bevölkerungswachstum kombiniert mit der demografischen Alterung bleiben: Die Hospitalisationsrate steigt mit zunehmendem Alter. Somit werden die Fallzahlen insgesamt, jedoch vor allem in Leistungsbereichen mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, zunehmen. Die steigenden Fallzahlen werden allerdings durch die Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer übersteuert, und es resultiert daraus eine leichte Reduktion der Pflégetage. Es wird somit kaum zu Kapazitätserweiterungen kommen, jedoch zu Umschichtungen zwischen verschiedenen Fachgebieten. Eine starke Zunahme von Fällen – in absoluten Zahlen – ist in der Basisversorgung, in der Urologie und in der Orthopädie zu erwarten. Rückgänge, wenn auch in geringerem Ausmass, werden für die Viszeralchirurgie und für die Gynäkologie prognostiziert.

Den Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung, der Epidemiologie, der Ökonomie und der Politik wird ein eher geringer Einfluss auf die Entwicklung des Versorgungsbedarfs in der Akutsomatik zugemessen. Wie gross und wie nachhaltig der Einfluss der Corona-Pandemie auf die Bedarfsentwicklung sein wird, kann heute nicht bestimmt werden. Gegebenenfalls müssen die Prognosen zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden.

Es fällt auf, dass die Schaffhauserinnen und Schaffhauser in allen Altersgruppen und insbesondere bei der Altersgruppe über 80 Jahre weniger oft und weniger lang hospitalisiert wurden als in der übrigen Schweiz. Ein Grund dafür könnte sein, dass relativ viele ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen wohnen und die Wahrscheinlichkeit, von hier aus ins Spital eingeliefert zu werden, weniger hoch ist als von zuhause aus.

5 Psychiatrie

5.1 Leistungsbereiche und Struktur

Für die Bedarfsprognose wurde die im Jahr 2019 gültige Version der Psychiatrie-Leistungsgruppen (PsyLG) verwendet. Die Definition der PsyLG erfolgt nach den F-Diagnosen des ICD-Katalogs. Für die Zuteilung zu den Psychiatrie-Leistungsgruppen werden jeweils die ersten beiden Ziffern der Hauptdiagnose berücksichtigt.

Tabelle P1

PsyLG	Bezeichnung
F0	Organische Störungen <i>Demenzkrankungen, Delir und andere himorganische Störungen</i>
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen <i>Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis</i>
F3	Affektive Störungen <i>Depressionen, Manien, bipolare Störungen</i>
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen <i>Angst-, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen</i>
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren <i>Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen</i>
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <i>Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen</i>
F7	Intelligenzstörungen <i>verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung</i>
F8	Entwicklungsstörungen <i>Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen</i>
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <i>Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Ticstörungen</i>
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol <i>Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit</i>
F11-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen <i>Missbrauch und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen / Drogen</i>

Tabelle P1: Darstellungsebenen und Gliederung der Psychiatrie-Leistungsgruppen (PsyLG) und die wichtigsten darin enthaltenen Diagnosegruppen

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pflgetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Schaffhausen wurde pro Leistungsgruppe (PsyLG) und Altersgruppe (0-13, 14-17, 18-64, 65+) berechnet. Das Geschlecht wurde im Gegensatz zur Akutsomatik nicht berücksichtigt. Daraus ergaben sich 44 Kombinationsmöglichkeiten. Die Bedarfsprognose wurde für jede dieser Schichten berechnet. Für jede Schicht wurden zudem 3 Szenarien (Haupt, Minimal, Maximal) gerechnet. Was zu insgesamt 132 Prognoserechnungen führte.

Aufgrund der kleinen Fallzahlen im Kanton SH sind viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt. Diese Korrektur führte zu kleinen Verschiebungen. Insgesamt erhöhte sich die Gesamtfallzahl um 4 auf 868 Fälle. Details dazu siehe Anhang 1.2. Aufgrund dieser Korrektur sind die Werte des Jahres 2019 der bisherigen Entwicklung (2012 bis 2019) und der Prognose (2019 bis 2030) nicht identisch.

5.2 Versorgungslage 2019

Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2019 wurden 864 Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner psychiatrisch stationär behandelt. Rund 2/3 dieser psychiatrisch stationären Behandlungen erfolgten im Psychiatriezentrum Breitenau der Spitäler Schaffhausen (SSH). Die Clenia Littenheid hatte mit 6% an Schaffhauser Patientinnen und Patienten den grössten Anteil der ausserkantonalen Spitäler. Tabelle P2 und Abbildung P1 zeigen die Verteilung der Fälle auf die Spitäler. Abgebildet sind alle Listenspitäler der Schaffhauser Spitalliste und Vertragsspitäler mit höheren Fallzahlen als das kleinste Listenspital für Erwachsene. Die Vertragsspitäler sind jeweils mit einem * gekennzeichnet. Tabelle P2 zeigt zudem die pro Spital 3 häufigsten Leistungsbereiche.

Tabelle P2

Spital	Fälle	Anteil	PsyLG_1	PsyLG_2	PsyLG_3
SSH	580	67%	F3 (26%)	F4 (18%)	F2 (17%)
Clenia Littenheid	48	6%	F3 (35%)	F4 (25%)	F6 (19%)
Münsterlingen *	34	4%	F2 (24%)	F3 (24%)	F4 (15%)
Gais *	31	4%	F3 (90%)	F4 (10%)	F0 (0%)
ipw *	13	2%	F4 (62%)	F3 (15%)	F6 (8%)
Forel	24	3%	F10 (96%)	F11-19 (4%)	F0 (0%)
Aadorf *	27	3%	F3 (81%)	F5 (11%)	F4 (7%)
Klinik Sonnenhof	4	0%	F9 (75%)	F5 (25%)	F0 (0%)
Übrige	103	12%	F3 (39%)	F4 (14%)	F5 (11%)
Total	864	100%	F3 (31%)	F4 (17%)	F10 (15%)

Tabelle P2: Psychiatrische stationäre Fälle im Jahr 2019 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen

Abbildung P1

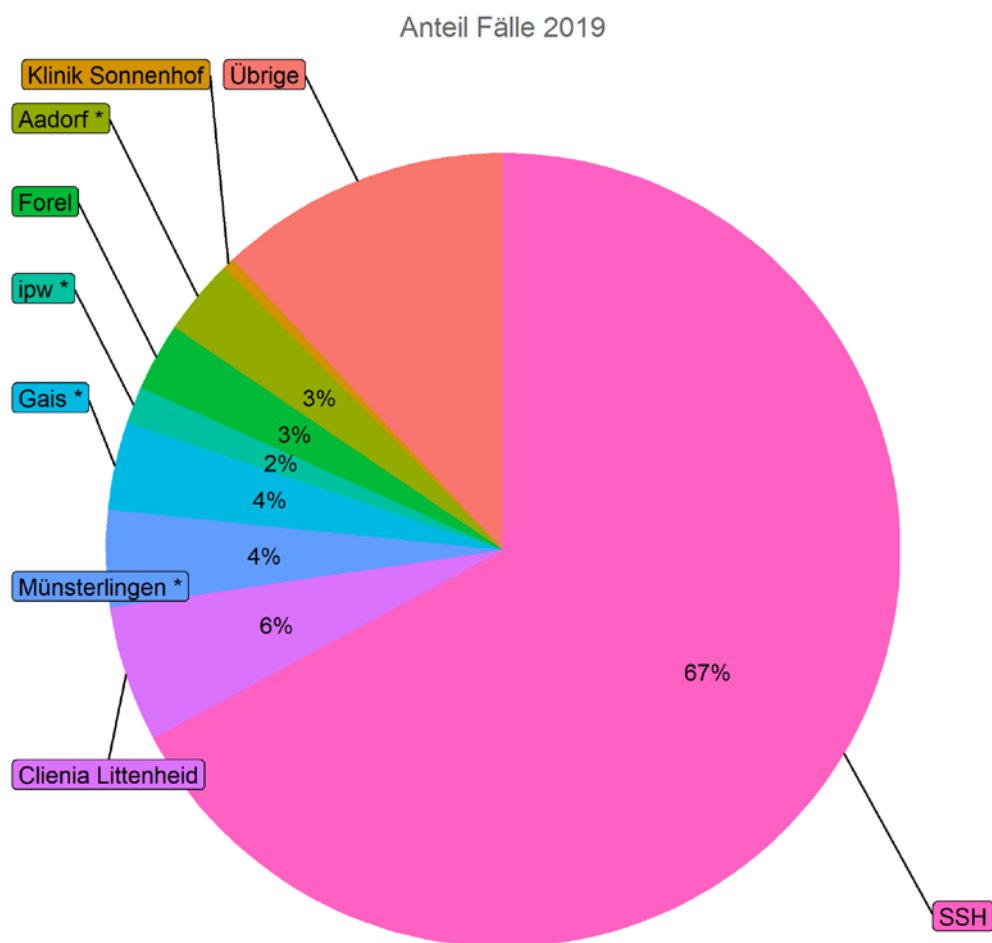


Abbildung P1: Verteilung der psychiatrischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019

Analyse der Behandlungen

Die Analyse der Behandlungen nach Leistungsbereichen zeigt die Schwerpunkte der SSH. Das Psychiatriezentrum Breitenau leistete 67% der Schaffhauser Psychiatrieversorgung. Die Schwerpunkte lagen bei der Behandlung der Diagnosen F3 (Depressionen), F4 (Belastungsstörungen) und F2 (Schizophrenien).

Tabelle P3

PsyLG	Total	SSH		Ausserkantonale	
		Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
F0	51	44	86%	7	14%
F2	115	98	85%	17	15%
F3	267	150	56%	117	44%
F4	146	102	70%	44	30%
F5	18	2	11%	16	89%
F6	59	39	66%	20	34%
F7	4	3	75%	1	25%
F8	5	3	60%	2	40%
F9	13	2	15%	11	85%
F10	133	95	71%	38	29%
F11-19	53	42	79%	11	21%
Total	864	580	67%	284	33%

Tabelle P3: Psychiatrische stationäre Fälle der Schaffhauser Spitäler von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungsgruppen

Bei den ausserkantonalen Spitälern handelte es sich mehrheitlich um spezialisierte Spitäler. Dazu gehörten Behandlungen, die das Psychiatriezentrum Breitenau nicht oder nur eingeschränkt anbietet wie die Behandlung von Kindern und Jugendlichen (F9) oder Essstörungen (F5).

Tabelle P4

PsyLG	Total	SSH	Cilienta Littenheid	Münsterlingen *	Gais *	ipw *	Forel	Aadorf *	Klinik Sonnenhof	Übrige
F0	51	44	0	1	0	0	0	0	0	6
F2	115	98	0	8	0	0	0	0	0	9
F3	267	150	17	8	28	2	0	22	0	40
F4	146	102	12	5	3	8	0	2	0	14
F5	18	2	1	0	0	0	0	3	1	11
F6	59	39	9	4	0	1	0	0	0	6
F7	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1
F8	5	3	1	0	0	0	0	0	0	1
F9	13	2	7	0	0	1	0	0	3	0
F10	133	95	1	4	0	0	23	0	0	10
F11-19	53	42	0	4	0	1	1	0	0	5
Total	864	580	48	34	31	13	24	27	4	103

Tabelle P4: Psychiatrische stationäre Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungsgruppen und Spital

Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsgruppen der einzelnen Spitäler sind auch weitere Fallmerkmale wie die Versicherungsklassen, die Herkunft und die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle P5 ist die Belegung der Spitäler betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

Tabelle P5

	SSH	Clenia Littenheid	Münsterlingen *	Gais *	ipw *	Forel	Aadorf *	Klinik Sonnenhof	Übrige
Versicherungskategorie									
Allgemeine Abteilung	97%	93%	100%	86%	95%	100%	73%	100%	93%
Privat / Halbprivat	3%	7%	0%	14%	5%	0%	27%	0%	7%
Kostenträger									
Patienten nach KVG	98%	100%	95%	100%	98%	100%	100%	90%	98%
UV, IV, MV, Selbstzahler	2%	0%	5%	0%	2%	0%	0%	10%	2%
Wohnkanton									
Schaffhausen	75%	2%	2%	5%	1%	4%	11%	2%	0%
Thurgau	1%	33%	86%	17%	1%	8%	9%	3%	0%
Zürich	21%	15%	4%	29%	94%	71%	32%	17%	18%
Übrige	3%	49%	9%	49%	5%	18%	47%	78%	81%

Tabelle P5: Anteile an psychiatrischen stationären Fällen im Jahr 2019 nach Versicherungs-
klasse, Versicherungsart und Wohnkanton

Interessant sind die Versicherungskategorien. Der Anteil an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten ist mit wenigen Ausnahmen im einstelligen Bereich und deutlich kleiner im Vergleich zur Akutsomatik.

Im Gegensatz zur Akutsomatik nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit mit steigendem Alter nicht zu. Die grösste Altersgruppe der 18–64-Jährigen hatte auch den grössten Behandlungsanteil. In der Abbildung P2 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Fälle und der Pflegetage nach Altersgruppen aufgeführt.

Abbildung P2

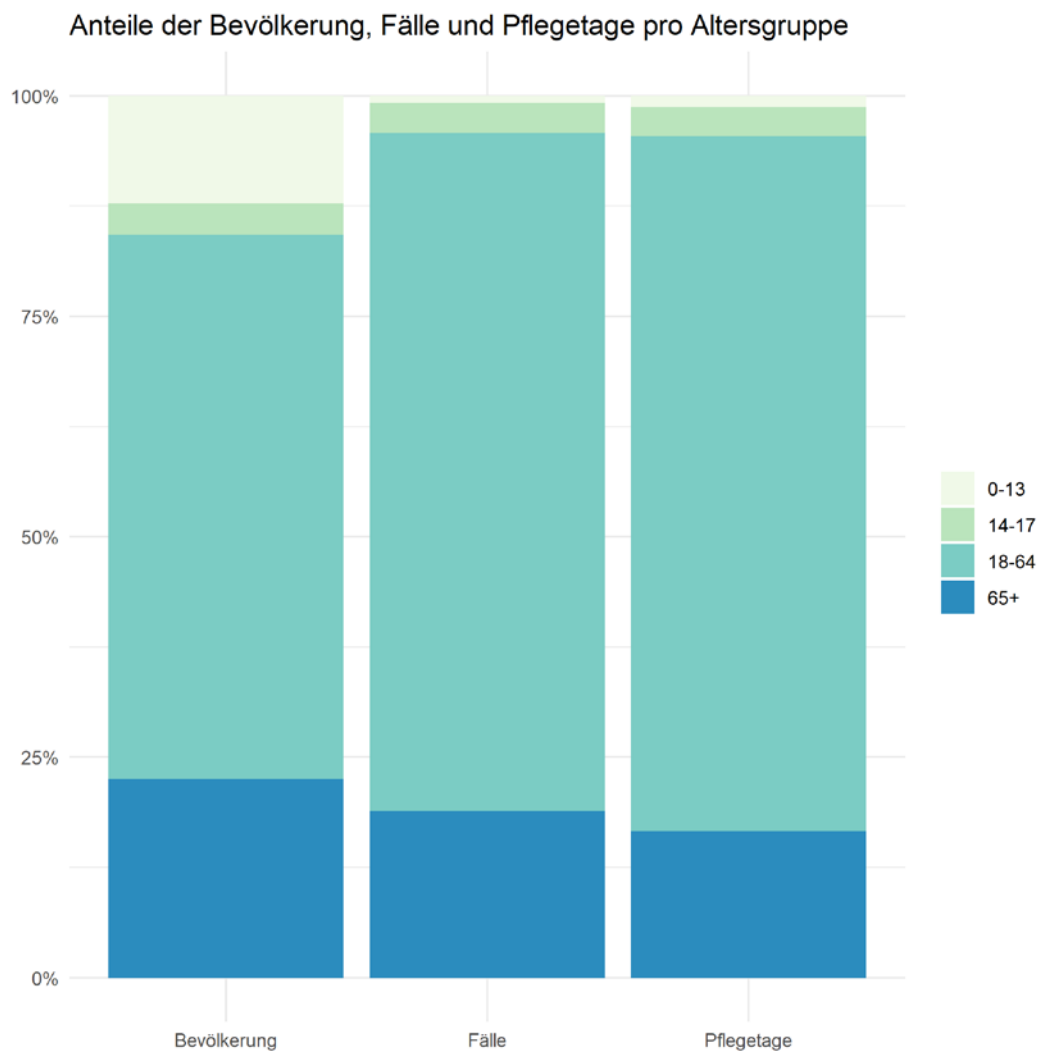


Abbildung P2: Anteile an psychiatrischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und nach Bevölkerung, Fällen und der Pflēgetage

Über alle Altersgruppen waren die Depressionen (F3) die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen. Bei der älteren Bevölkerung waren Demenz-Erkrankungen (F0) die zweithäufigste Ursache. Bei der erwachsenen Bevölkerung waren Belastungsstörungen (F4) und bei den Jugendlichen Verhaltensstörungen (F9) der zweithäufigste Behandlungsgrund.

Tabelle P6

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-13	F5 (50.00%)	F3 (16.67%)	F8 (16.67%)
14-17	F3 (46.15%)	F9 (42.31%)	F5 (3.85%)
18-64	F3 (29.43%)	F4 (18.32%)	F10 (17.12%)
65+	F3 (34.94%)	F0 (25.90%)	F4 (14.46%)

Tabelle P6: Häufigkeit der Leistungsbereiche an psychiatrischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Wie bereits erläutert sind die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus. Wie die folgende Abbildung P3 zeigt, wies die Altersgruppe der 18-64-Jährigen die höchste Hospitalisationsrate aus. Kinder wurden selten stationär behandelt. Wenn aber doch, hatten sie die längste Aufenthaltsdauer. Im Gegensatz zur Akutsomatik sank die mittlere Aufenthaltsdauer mit steigendem Alter.

Abbildung P3

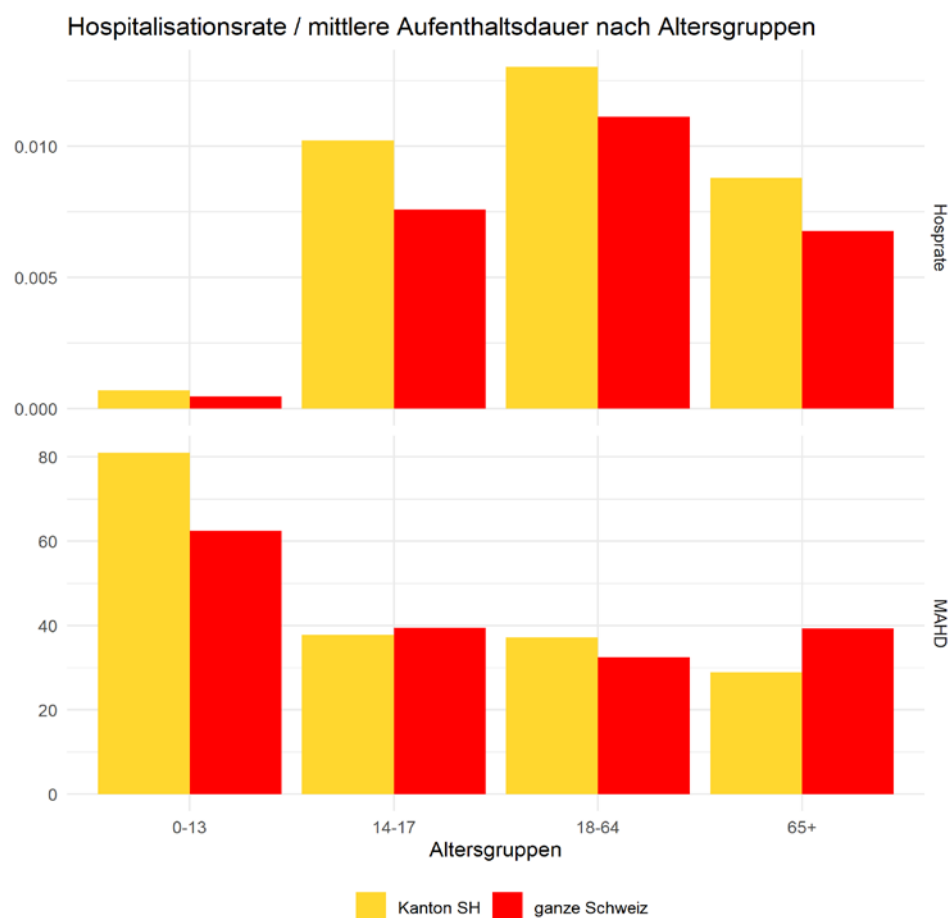


Abbildung P3: Hospitalisationsraten und mittlere Aufenthaltsdauern der psychiatrischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen und der ganzen Schweiz im Jahr 2019 nach Altersgruppen

Tabelle P8

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Rate Pflegetage		
	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ
0-13	0.6	0.4	-0.2	76.2	62.2	-14.0	34.0	22.0	-12.0
14-17	8.9	7.6	-1.3	34.5	39.5	5.0	263.5	251.2	-12.3
18-64	13.0	11.1	-1.9	37.4	32.5	-4.9	424.7	316.2	-108.5
65+	8.9	6.8	-2.1	29.6	39.3	9.7	247.1	233.0	-14.1
Total	10.4	8.7	-1.7	36.1	33.9	-2.2	331.3	259.0	-72.3

Tabelle P8: Hospitalisationsraten (pro 1000), mittlere Aufenthaltsdauern und Rate der Pflegetage (pro 1000) der psychiatrischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Altersgruppe

Der Vergleich der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer der Schaffhauser Bevölkerung mit der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass die Schaffhauser häufiger und insgesamt auch länger hospitalisiert wurden.

5.3 Entwicklung seit 2012

In der Tabelle P9 sind die Fälle, die mittlere Aufenthaltsdauer und die Pflegetage der Jahre 2012 und 2019 dargestellt. Die Fallzahlen stiegen im Total und insbesondere ausserkantonale deutlich. Insgesamt erfolgte über die 7 Jahre eine Steigerung von 28%. Durch die starke ausserkantonale Zunahme sank der relative Anteil an Behandlungen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner im Schaffhauser Spital KSSH von 75% auf 67%. Die starke Zunahme der Fallzahlen führte trotz der rückläufigen Aufenthaltsdauer von insgesamt -9% zu einer Steigerung bei den Pflegetagen von 18%.

Tabelle P9

	Fälle			MAHD			Pflegetage		
	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ
SSH	503	580	15%	34.3	29.1	-15%	15 583	16 696	7%
Ausserkantonale	173	284	64%	54.6	50.4	-8%	10 066	13 691	36%
Total	676	864	28%	39.5	36.1	-9%	25 649	30 387	18%

Tabelle P9: Fälle, MAHD (Mittlere Aufenthaltsdauer) und Pflegetage psychiatrischer stationärer Fälle von Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 bis 2019

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist die Entwicklung der Demografie zu berücksichtigen. Zur Wiederholung: Im Jahr 2012 hatte der Kanton Schaffhausen rund 77'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese sind bis zum Jahr 2019 um 8% auf rund 83'000 angewachsen. Mit diesem starken Wachstum der Schaffhauser Bevölkerung kann die Zunahme der stationären psychiatrischen Fälle um 28% allerdings nur teilweise erklärt werden.

Da die Prognose aus dem Jahr 2010 für das Jahr 2020 anhand des Bettenbedarfs erfolgte und ein Vergleich mit dem Ist-Zustand 2019 nur eingeschränkt möglich war, wurde auf eine weitere Analyse verzichtet.

5.4 Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

Angleichung Hospitalisationsrate

Aufgrund der grossen Fallzunahme in den letzten Jahren und der teilweise grossen Unterschiede zwischen Schaffhausen und der ganzen Schweiz wurde die Hospitalisationsrate für die Prognoseberechnung analog der Akutsomatik angeglichen.

Für das Hauptszenario wurde bei den betroffenen Leistungsgruppen und in den entsprechenden Altersgruppen angenommen, dass sich die Hospitalisationsraten um 50% angleichen. Dies bedeutet, dass bei einem Schweizer Durchschnittswert von 0.5 und einem Schaffhauser Wert von 1 die Hospitalisationsrate neu bei 0.75 liegen wird. Liegt die Schaffhauser Hospitalisationsrate hingegen unter dem Schweizer Wert, so wurde angenommen, dass die Hospitalisationsrate unverändert bleibt. Im Minimalszenario wurde eine hundertprozentige und im Maximalszenario gar keine Angleichung angenommen.

Dies führte im Hauptszenario zu einer Angleichung der Hospitalisationsrate von 10.5 um -9.1% zu 9.5. Im Minimalszenario um -18.1% zu 8.57.

Angleichung und Verkürzung mittlere Aufenthaltsdauer

Bei der Prognose der mittleren Aufenthaltsdauer wurde die Angleichung an die Schweizer Werte ebenfalls analog der Akutsomatik berechnet, weil die Differenz zum Schweizer Mittelwert bei den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen relativ gross ist. Bei den Leistungsgruppen, bei welchen die Aufenthaltsdauer pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, wurde die mittlere Aufenthaltsdauer bei allen Szenarien auf den schweizerischen Schnitt gekürzt.

Hingegen wurde auf eine generelle Kürzung der mittleren Aufenthaltsdauer verzichtet. Dies, weil die Aufenthaltsdauern in den letzten Jahren stark gesunken sind und davon ausgegangen werden kann, dass die Schmerzgrenze erreicht ist.

Dies führte in allen Szenarien zu einer Angleichung der MAHD über alle SPLG und Altersbereiche von 36.0 um -14% zu 30.9 Tagen.

Demografie

Die in Ziffer 2.2 gezeigte Einwohnerprognose des BFS für Schaffhausen für das Jahr 2030 mit der prognostizierten starken Zunahme der Bevölkerung von 83'013 im Jahr 2019 um insgesamt 11% auf 91'856 im Jahr 2030 wirkt sich auch auf die Fallzahlen der Psychiatrie aus. Hingegen hat die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen deutlich weniger Einfluss auf die Psychiatriefallzahlen als bei der Akutsomatik. Die Tabelle P10 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle P10

	2019		Veränderung		2030	
Alter	Fälle	Anteil	Fälle	%	Fälle	Anteil
0-13	6	0.7%	0	0%	6	0.7%
14-17	26	3.0%	3	12%	29	3.4%
18-64	666	77.1%	-34	-5%	632	73.7%
65+	166	19.2%	24	14%	190	22.2%
Total	864	100.0%	-7	-1%	857	100.0%

Tabelle P10: Entwicklung der Fallzahlen pro Altersgruppen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner

Medizintechnische Entwicklung

Gemäss Rücksprache mit dem Kanton Zürich zeichnen sich in der Medizintechnik keine für die Psychiatrie relevanten Entwicklungen ab. Der Einflussfaktor der medizintechnischen Entwicklung wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Epidemiologische Entwicklung

Gemäss dem epidemiologischen Gutachten des Kantons Zürich sowie Rücksprache mit dem Kanton Zürich zeichnen sich in der Epidemiologie keine für die Psychiatrie relevanten Entwicklungen ab. Der Einflussfaktor der epidemiologischen Entwicklung wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Einflussfaktor Ökonomie

Wie bereits erwähnt, wurde kein ökonomischer Einflussfaktor wie z.B. Tarifentwicklungen bewertet, weil eine Prognose zu ungewiss ist. So steht etwa die Finanzierung der Tageskliniken seit längerem bei der GDK zur Diskussion, und über den Umsetzungszeitpunkt kann nur spekuliert werden. Der Einflussfaktor der Ökonomie wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Einfluss von Ambulant vor Stationär (AvS)

Die Entwicklung zur ambulanten Behandlung macht auch vor der Psychiatrie nicht halt. Doch ist diese abhängig von der Tarifsituation und von politischen Projekten. Wie schon beim Einflussfaktor Ökonomie erwähnt, wird ein Ausbau des an sich sehr sinnvollen Angebots an Tagesstrukturen durch den Stillstand auf der Tarifebene gebremst. Für die Prognoserechnung wurde deshalb lediglich für das Minimalszenario eine leichte Verschiebung von 10% in den ambulanten Bereich angenommen und der Faktor für alle Leistungsgruppen auf 0.9 festgelegt. Für das Haupt- und das Maximalszenario wurde mit einem Faktor von 1 gerechnet.

Tabelle P13

PsyLG	Haupt	Min	Max
F0	1.0	0.9	1.0
F10	1.0	0.9	1.0
F11-19	1.0	0.9	1.0
F2	1.0	0.9	1.0
F3	1.0	0.9	1.0
F4	1.0	0.9	1.0
F5	1.0	0.9	1.0
F6	1.0	0.9	1.0
F7	1.0	0.9	1.0
F8	1.0	0.9	1.0
F9	1.0	0.9	1.0

Tabelle P13: in der Schaffhauser Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Verschiebung in den ambulanten Bereich

5.5 Prognose psychiatrischer stationärer Bedarf 2030

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Schaffhausen, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der Bedarf der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner gezeigt.

Übersicht prognostizierter Bedarf 2030

Die Tabelle P14 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflgetage bis 2030 in den verschiedenen Szenarien.

Tabelle P14

	Basis 2019	Prognose 2030 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	83.0	91.9	11%	11%	11%
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	10.5	9.3	-11%	-28%	-2%
Stationäre Behandlungsfälle	868	857	-1%	-20%	9%
Mittlere Aufenthaltsdauer	36.0	31.2	-13%	-12%	-14%
Pflgetage	27 518	26 691	-3%	-20%	6%
Pflgetage / 1'000 EW	331	291	-12%	-28%	-5%

Tabelle P14: Prognostizierter Bedarf der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030

Die Bedarfsprognose für die Psychiatrie wird ebenfalls durch die Entwicklung in der Demografie mit einem Plus bei der Bevölkerung von 11% getrieben. Da die ältere Bevölkerung weniger häufig psychiatrisch hospitalisiert wird, wirkt sich diese Entwicklung im Hauptszenario mit einem leichten Rückgang der psychiatrischen stationären Fälle um -1% auf 857 Fälle aus. Insgesamt sinken die mittlere Aufenthaltsdauer um -13% und die Pflégetage um -3%.

Beim Minimalszenario wurde die Hospitalisationsrate zu 100% an den Schweizer Durchschnitt angepasst. Zudem wurde eine leichte Verschiebung von 10% in den ambulanten Bereich angenommen. Dies führt insgesamt zu einer kräftigen Reduktion der Hospitalisationsrate um -28%. Die Aufenthaltsdauer wurde analog dem Hauptszenario an den Schweizer Mittelwert angeglichen und sinkt um -12%. Damit sinken die Pflégetage um -20%. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Beim Maximalszenario wurde die Hospitalisationsrate nicht und die Aufenthaltsdauer analog dem Hauptszenario angeglichen. Auch wurde wie beim Maximalszenario keine Verschiebung in den ambulanten Bereich angenommen. Dadurch sinkt die mittlere Aufenthaltsdauer stärker, nämlich um -14%. Die Prognose weist damit bei den Fallzahlen ein Plus von 9% und bei den Pflégetagen ein Plus von 6% aus.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle P15 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflégetage, aufgeschlüsselt nach Leistungsgruppen.

Tabelle P15

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflégetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
F0	51	58	14%	25.2	25.0	-1%	1 216	1 460	20%
F2	116	123	6%	51.7	39.7	-23%	5 080	4 859	-4%
F3	267	282	6%	40.0	34.9	-13%	9 661	9 813	2%
F4	149	127	-15%	24.1	24.0	0%	3 204	3 051	-5%
F5	16	13	-19%	40.7	39.1	-4%	570	538	-6%
F6	58	57	-2%	28.2	28.4	1%	1 399	1 611	15%
F7	5	5	0%	11.5	11.5	0%	53	55	4%
F8	4	4	0%	36.1	24.2	-33%	114	93	-18%
F9	15	14	-7%	49.3	40.4	-18%	578	565	-2%
F10	133	121	-9%	34.3	26.1	-24%	3 956	3 170	-20%
F11-19	54	53	-2%	34.7	27.8	-20%	1 687	1 476	-13%
Total	868	857	-1%	36.0	31.2	-13%	27 518	26 691	-3%

Tabelle P15: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflégetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach Leistungsgruppen

In der Abbildung P4 ist die Entwicklung der Fallzahlen pro Leistungsgruppe grafisch dargestellt.

Abbildung P4

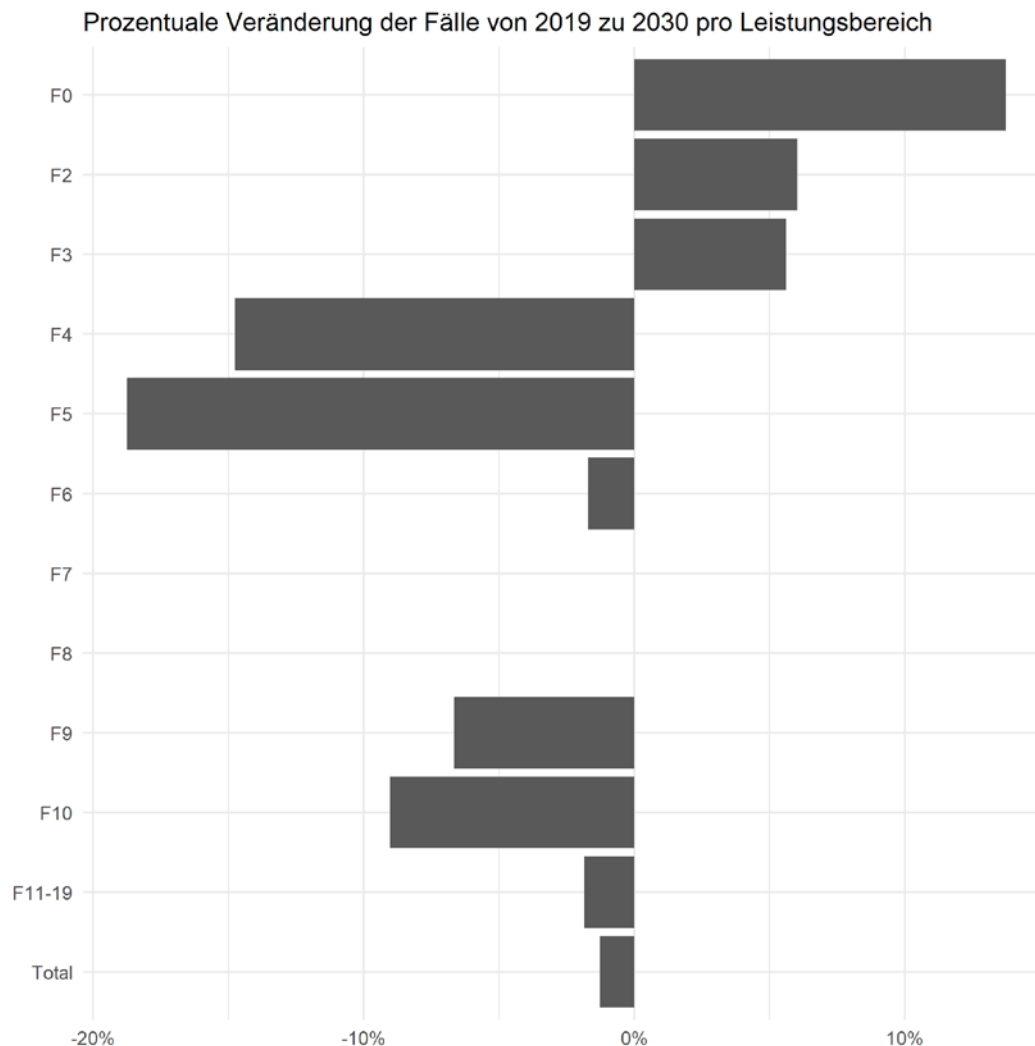


Abbildung P4: Prognostizierte prozentuale Veränderung der Fallzahlen vom Jahr 2019 zum Jahr 2030

Im Überblick widerspiegeln die Veränderungen der Fallzahlen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur. Die Demenztörungen (F0) bei den überwiegend älteren Patientinnen und Patienten haben die grösste Fallzunahme. Die starke Reduktion bei den Verhaltensauffälligkeiten (F5) ist auf die bei dieser Leistungsgruppe starke Angleichung an die Schweizer Durchschnittswerte begründet.

Hinweis: Das Psychiatriezentrum Breitenau ist dabei, seine Strategie neu auszurichten. Weil sich die Entwicklung nicht in den zur Verfügung stehenden Daten abbildet und noch unklar ist, wurde dieser Umstand für die Prognoseberechnung nicht berücksichtigt.

Prognose nach Altersgruppen

Wie bereits in Ziffer 4.4.3 erläutert, wirkt sich die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen in der Psychiatrie deutlich weniger auf die Fallzahlen aus als bei der Akutsumatik. Die Tabelle P16 zeigt die Prognose der Fallzahlen, die Aufenthaltsdauer und die Pflegetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle P16

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
0-13	7	6	-14%	81.0	55.7	-31%	357	351	-2%
14-17	30	29	-3%	37.8	32.4	-14%	913	941	3%
18-64	667	632	-5%	37.1	31.4	-16%	21 676	19 802	-9%
65+	164	190	16%	29.0	29.6	2%	4 572	5 597	22%
Total	868	857	-1%	36.0	31.2	-13%	27 518	26 691	-3%

Tabelle P16: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach Altersgruppen

Die Reduktion der MAHD bei den Kindern und Jugendlichen ist vor allem auf den Angleich des Schaffhauser Mittelwertes auf den Schweizer Mittelwert zurückzuführen.

Die überproportionale Zunahme der Pflegetage bei der Altersgruppe 65+ ist erklärbar mit der längeren Aufenthaltsdauer bei den Demenzen.

5.6 Fazit Psychiatrie

Anders als in der Akutsumatik ist die demografische Alterung in der Psychiatrie kein wesentlicher Treiber für ein Wachstum der Fallzahlen, da die Hospitalisationsrate mit zunehmendem Alter wieder sinkt. Es fällt jedoch auf, dass die Schaffhauserinnen und Schaffhauser deutlich häufiger und länger als im schweizerischen Durchschnitt in der Psychiatrie hospitalisiert sind. Noch vor 10 Jahren lag der Kanton Schaffhausen mit 8.5 Patientinnen und Patienten pro 1000 Einwohner/-innen im Schweizer Mittelfeld. Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht bekannt.

Das Psychiatriezentrum Breitenau deckt 2019 zwei Drittel der stationären psychiatrischen Behandlungen der Schaffhauserinnen und Schaffhauser ab. Es hat heute den Charakter einer psychiatrischen Akutklinik der Krisen- und Notfallversorgung. Die im Abschnitt 5.5.2 erwähnte Strategie der Klinik will diesen Charakter in der Akutversorgung beibehalten und Spezialbereiche mit wenigen Ausnahmen in ausserkantonale Kliniken auslagern. Es ist zudem geplant, die ambulante Versorgung weiter zu verstärken (Home Treatment, Tageskliniken, Ambulatorien).

Der Einfluss dieser Strategiearbeiten auf den zukünftigen Bedarf ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht absehbar. Die Entwicklung von stationär zu ambulant wird durch fehlende Tarife gebremst. Aus diesen Gründen werden die oben getroffenen Annahmen in die Bedarfsprognose übernommen. Es ist jedoch denkbar, dass die sinkende Hospitalisierungsrate kombiniert mit der strategisch angestrebten Ambulantisierung die Fallzahlen in den nächsten Jahren nach unten korrigieren wird.

6 Rehabilitation

6.1 Leistungsbereiche und Struktur

Für die Bedarfsprognose wurde die im Jahr 2019 gültige Version der Rehabilitations-Leistungsgruppen (RehaLG) verwendet. Eine erweiterte und korrigierte Codeliste der Gesundheitsdirektion Zürich diente als Grundlage (siehe Anhang 1.3). Die Definition der RehaLG erfolgt nach Diagnosen des ICD Kataloges. Für die Zuteilung zu den RehaLG wird die Hauptdiagnose berücksichtigt.

Tabelle R1

RehaLG	Bezeichnung
INO	Internistische und Onkologische Rehabilitation
MSK	Muskuloskelettale Rehabilitation
NER	Neurologische Rehabilitation
NER6	Querschnittlähmung
PNR	Pulmonale Rehabilitation
RKA	Kardiovaskuläre Rehabilitation
SOM	Somatoforme Störungen
GER	Geriatrische Rehabilitation
UER	Übrige Rehabilitation

Tabelle R1: Darstellungsebenen und Gliederung der Rehabilitations-Leistungsgruppen (RehaLG) und die wichtigsten darin enthaltenen Diagnosegruppen

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pfl egetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Schaffhausen wurde pro RehaLG und drei Altersgruppen (0-17, 18-75, 76+) berechnet. Das Geschlecht wurde wie bei der Psychiatrie nicht berücksichtigt. Daraus ergaben sich 27 Kombinationsmöglichkeiten. Die Bedarfsprognose wurde für jede dieser Schichten mit Ausnahme der RehaLG GER der 0–17-Jährigen berechnet. Für jede Schicht wurden zudem 3 Szenarien (Haupt, Minimal, Maximal) berücksichtigt. Was zu insgesamt 78 Prognoserechnungen führte.

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton SH sind viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt. Diese Korrektur führte zu kleinen Verschiebungen und in der Gesamtfallzahl zu einer Abnahme um -2 Fälle auf 1288 Fälle. Details dazu siehe Anhang 1.3. Aufgrund dieser Korrektur sind die Werte des Jahres 2019 der bisherigen Entwicklung (2012 bis 2019) und der Prognose (2019 bis 2030) nicht identisch.

6.2 Versorgungslage 2019

Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2019 wurden 1290 Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner in stationärer Rehabilitation behandelt. Nicht ganz die Hälfte dieser stationären Rehabilitationen erfolgte in den Spitälern Schaffhausen (SSH). Zwei Vertragsspitäler, die Klinik St. Katharinental mit 20% und Schloss Mammern mit 9%, behandelten grössere Anteile Schaffhauser Patientinnen und Patienten. Die restlichen Fälle verteilten sich auf zahlreiche Rehabilitationskliniken. Tabelle R2 und Abbildung R1 zeigen die Verteilung der Fälle auf die Spitäler. Abgebildet sind alle Listenspitäler der Schaffhauser Spitalliste und Vertragsspitäler mit höheren Fallzahlen als das kleinste Listenspital für Erwachsene. Die Vertragsspitäler sind jeweils mit einem * gekennzeichnet. Tabelle R2 zeigt zudem die pro Spital drei häufigsten Leistungsbereiche.

Tabelle R2

Spital	Fälle	Anteil	RehaLG_1	RehaLG_2	RehaLG_3
SSH	590	46%	GER (54%)	INO (16%)	NER (11%)
St. Katharinental *	256	20%	MSK (78%)	INO (14%)	NER (3%)
Schloss Mammern *	121	9%	MSK (40%)	INO (25%)	RKA (18%)
Zurzach	55	4%	NER (60%)	MSK (22%)	INO (11%)
Gais	41	3%	RKA (63%)	INO (22%)	SOM (12%)
Zihlschlacht	44	3%	NER (95%)	MSK (5%)	
Bellikon *	13	1%	MSK (69%)	NER (15%)	NER6 (8%)
Wald	26	2%	PNR (58%)	NER (19%)	INO (12%)
Davos	20	2%	PNR (25%)	INO (20%)	MSK (20%)
Seewis *	13	1%	RKA (85%)	INO (15%)	
Dussnang	16	1%	MSK (94%)	PNR (6%)	
Notwil	1	0%	INO (100%)		
Kispi Affoltern	4	0%	NER (75%)	INO (25%)	
Übrige	90	7%	NER (27%)	MSK (22%)	RKA (16%)
Total	1 290	100%	MSK (26%)	GER (25%)	INO (15%)

Tabelle R2: Stationäre Rehabilitationsfälle im Jahr 2019 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Schaffhausen

Abbildung R1

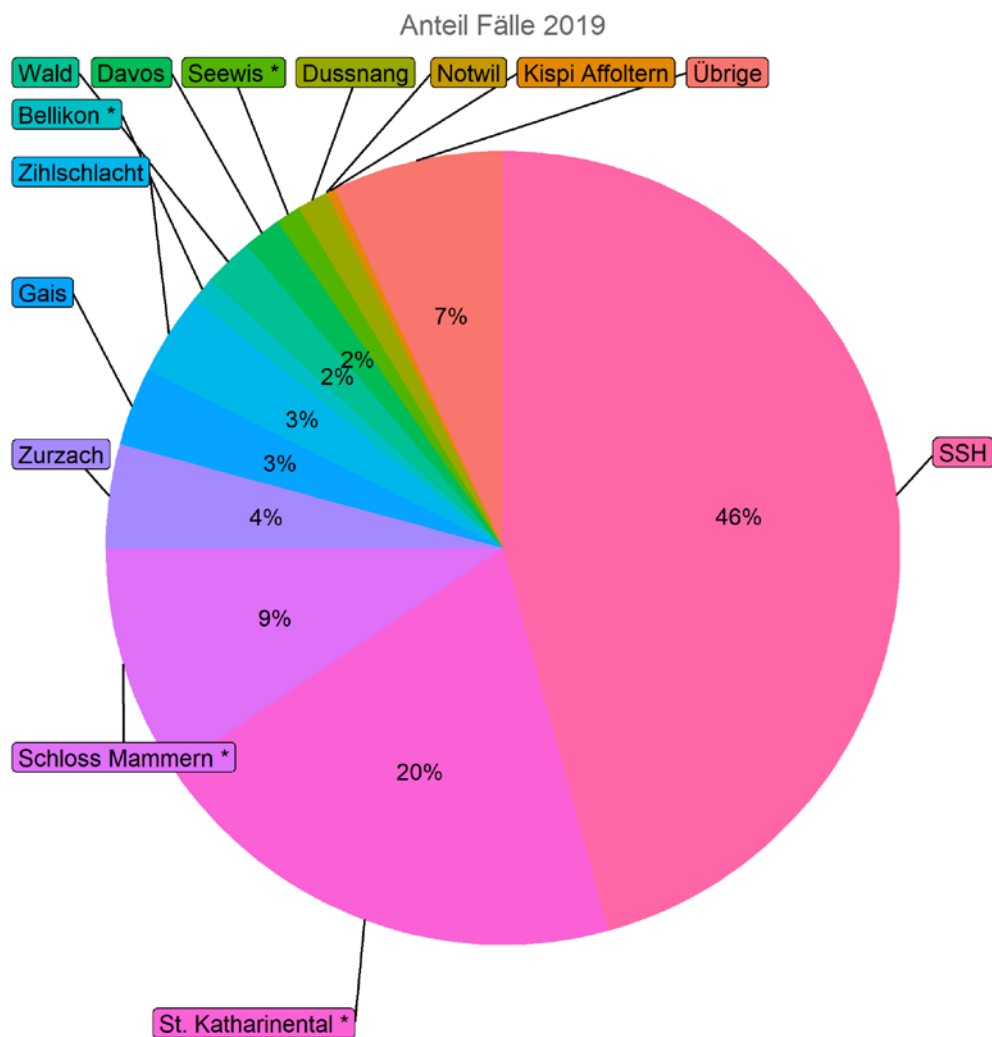


Abbildung R1: Verteilung der stationären Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019

Analyse der Behandlungen

Die SSH leisteten 46% der Rehabilitationen bei Schaffhauser Patientinnen und Patienten. Die Schwerpunkte lagen bei der Behandlung der geriatrischen (GER) und der internistisch-onkologischen (INO) Rehabilitation. Die SSH hatten Rehabilitationen in sämtlichen Leistungsgruppen angeboten und waren bei der geriatrischen Rehabilitation alleiniger Versorger der Schaffhauser Bevölkerung. Die geriatrische Rehabilitation ist ein Schaffhauser Spezialfall. In den SSH erfolgte seit dem Jahr 2018 eine Verschiebung bzw. eine neue Leistungsgruppenzuteilung von der muskuloskelettalen Rehabilitation hin zur geriatrischen Rehabilitation. Diese Spezialität gilt nur für die SSH. Zum Vergleich mit den Zahlen der Vorjahre bzw. den anderen Spitälern können die Werte der muskuloskelettalen und der geriatrischen Rehabilitation addiert werden.

Tabelle R3

RehaLG	Total	SSH		Ausserkantonale	
		Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
GER	319	319	100%	0	
INO	195	94	48%	101	52%
MSK	336	26	8%	310	92%
NER	187	67	36%	120	64%
NER6	11	2	18%	9	82%
PNR	89	39	44%	50	56%
RKA	120	35	29%	85	71%
SOM	33	8	24%	25	76%
Total	1 290	590	46%	700	54%

Tabelle R3: Stationäre Rehabilitationsfälle der Schaffhauser Spitäler von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungsgruppen

Die Verteilung der Rehabilitationen insgesamt zeigt, dass rund die Hälfte (51%) der Rehabilitationen den Bewegungsapparat (MSK und GER bei SSH) und je 15% die internistisch-onkologische (INO) bzw. die neurologische (NER) Rehabilitation betrafen.

Tabelle R4

RehaLG	Total	SSH	St. Katharinental *	Schloss Mammern *	Zurzach	Gais	Zihlschlacht	Bellikon *	Wald	Davos	Seewis *	Düssnang	Notwil	Kispi Afloltern	Übrige
GER	319	319	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INO	195	94	36	30	6	9	0	0	3	4	2	0	1	1	9
MSK	336	26	199	49	12	0	2	9	0	4	0	15	0	0	20
NER	187	67	8	1	33	0	42	2	5	2	0	0	0	3	24
NER6	11	2	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
PNR	89	39	4	19	0	1	0	0	15	5	0	1	0	0	5
RKA	120	35	7	22	1	26	0	0	3	1	11	0	0	0	14
SOM	33	8	1	0	1	5	0	1	0	4	0	0	0	0	13
Total	1 290	590	256	121	55	41	44	13	26	20	13	16	1	4	90

Tabelle R4: Stationäre Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Leistungsgruppen und Spital

Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsbereiche der einzelnen Spitäler sind auch weitere Fallmerkmale wie die Versicherungsklassen, die Herkunft und die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle R5 ist die Belegung der Spitäler betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

Tabelle R5

	SSH	St. Katharinental *	Schloss Mammern *	Zürzach	Gais	Zihlschlacht	Bellikon *	Wald	Davos	Seewis *	Dussnang	Notwil	Kispi Affoltern	Übrige
Versicherungskategorie														
Allgemeine Abteilung	74%	81%	30%	68%	81%	68%	83%	76%	79%	75%	73%	81%	84%	75%
Privat / Halbprivat	26%	19%	70%	32%	19%	32%	17%	24%	21%	25%	27%	19%	16%	25%
Kostenträger														
Patienten nach KVG	99%	96%	95%	97%	100%	95%	32%	98%	97%	99%	97%	66%	32%	95%
UV, IV, MV, Selbstzahler	1%	4%	5%	3%	0%	5%	68%	2%	3%	1%	3%	34%	68%	5%
Wohnkanton														
Schaffhausen	89%	22%	5%	2%	4%	4%	1%	1%	1%	2%	1%	0%	2%	0%
Thurgau	2%	51%	32%	1%	11%	35%	3%	1%	1%	1%	20%	1%	3%	1%
Zürich	7%	24%	37%	41%	16%	32%	33%	81%	53%	35%	48%	8%	37%	7%
Übrige	2%	3%	25%	56%	69%	29%	63%	16%	44%	62%	32%	91%	58%	92%

Tabelle R5: Anteile an stationären Rehabilitationsfällen im Jahr 2019 nach Versicherungs-kategorie, Versicherungsart und Wohnkanton

Die SSH behandelten mit 89% fast ausschliesslich Schaffhauser Patientinnen und Patienten. Diese waren zu 99% KVG und zu 74% für die allgemeine Abteilung versichert. Wie schon bei der Psychiatrie ist die Versicherungskategorie interessant. Im Vergleich zur Akutsomatik werden in der Rehabilitation deutlich mehr zusatzversicherte Patientinnen und Patienten stationär behandelt.

Wie bei der Akutsomatik nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit mit steigendem Alter zu. In der Abbildung R2 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Fälle und der Pflegetage nach Altersgruppen aufgeführt.

Abbildung R2

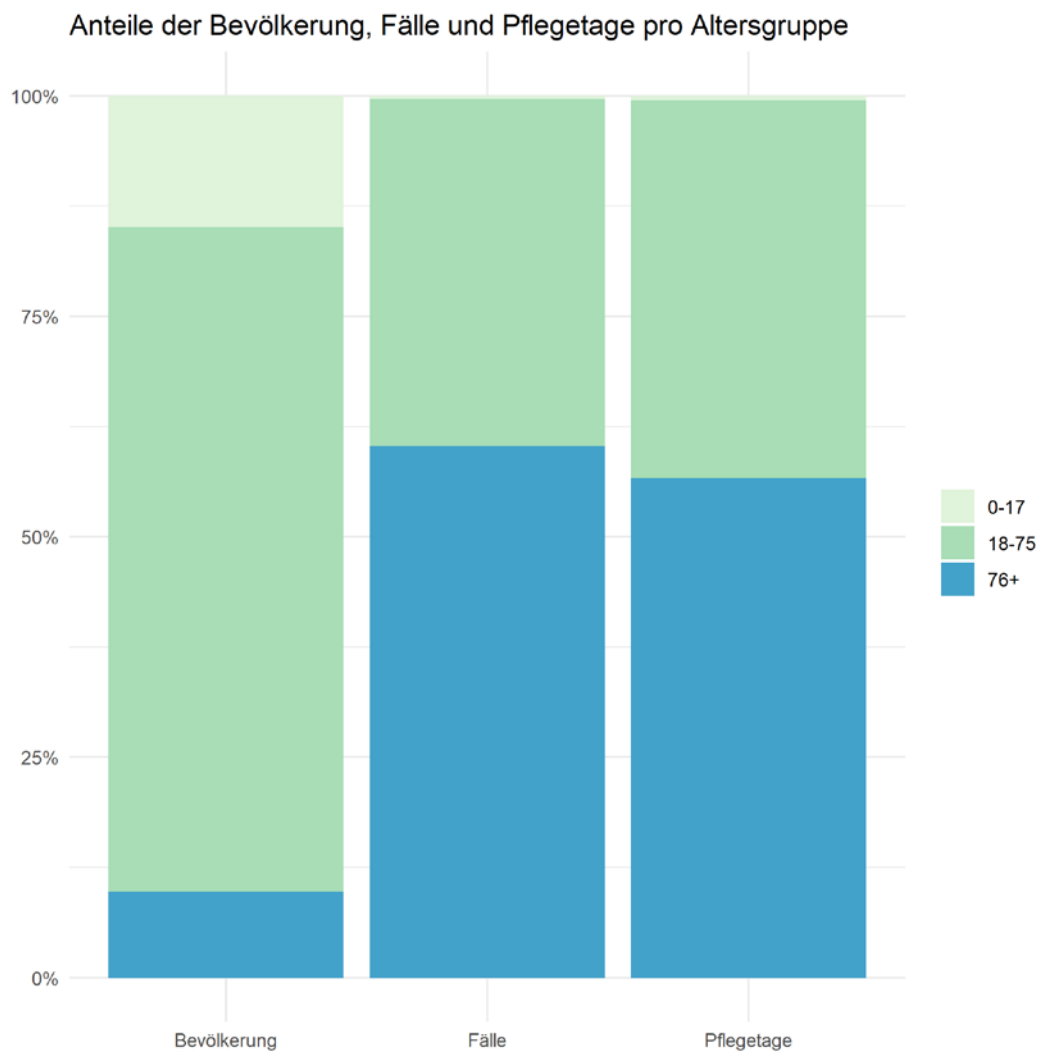


Abbildung R2: Anteile an stationären Rehabilitationsfällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und nach Bevölkerung, Fällen und der Pflegetage

Die bereits in Tabelle R2 dargestellte Verteilung der stationären Rehabilitationen auf die Leistungsgruppen widerspiegelt sich auch in der Aufteilung in die Altersgruppen. Die muskuloskelettale (und geriatrische bei SSH) Rehabilitation war am häufigsten, gefolgt von der internistisch-onkologischen und der neurologischen Rehabilitation. Die Relationen in der Altersgruppe 0–17 sind mit insgesamt nur 7 Fällen nicht aussagekräftig.

Tabelle R6

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-17	NER (42.86%)	INO (28.57%)	RKA (14.29%)
18-75	MSK (32.02%)	INO (17.00%)	NER (16.21%)
76+	GER (34.75%)	MSK (22.39%)	INO (13.77%)

Tabelle R6: Häufigkeit der Leistungsbereiche an stationären Rehabilitationsfällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Wie bereits erläutert sind die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus. Wie die folgende Abbildung R3 zeigt, zeigte die Altersgruppe der 76-Jährigen und Älteren die höchste Hospitalisationsrate. Kinder und Jugendliche wurden selten stationär behandelt, hatten dann aber die längsten Aufenthaltsdauern. Im Gegensatz zur Akutsomatik sanken die mittleren Aufenthaltsdauern mit steigendem Alter. Dies ist auf die bei jüngeren Patientinnen und Patienten eher länger dauernden Rehabilitationen nach Unfällen oder einem Schlaganfall zurückzuführen.

Abbildung R3

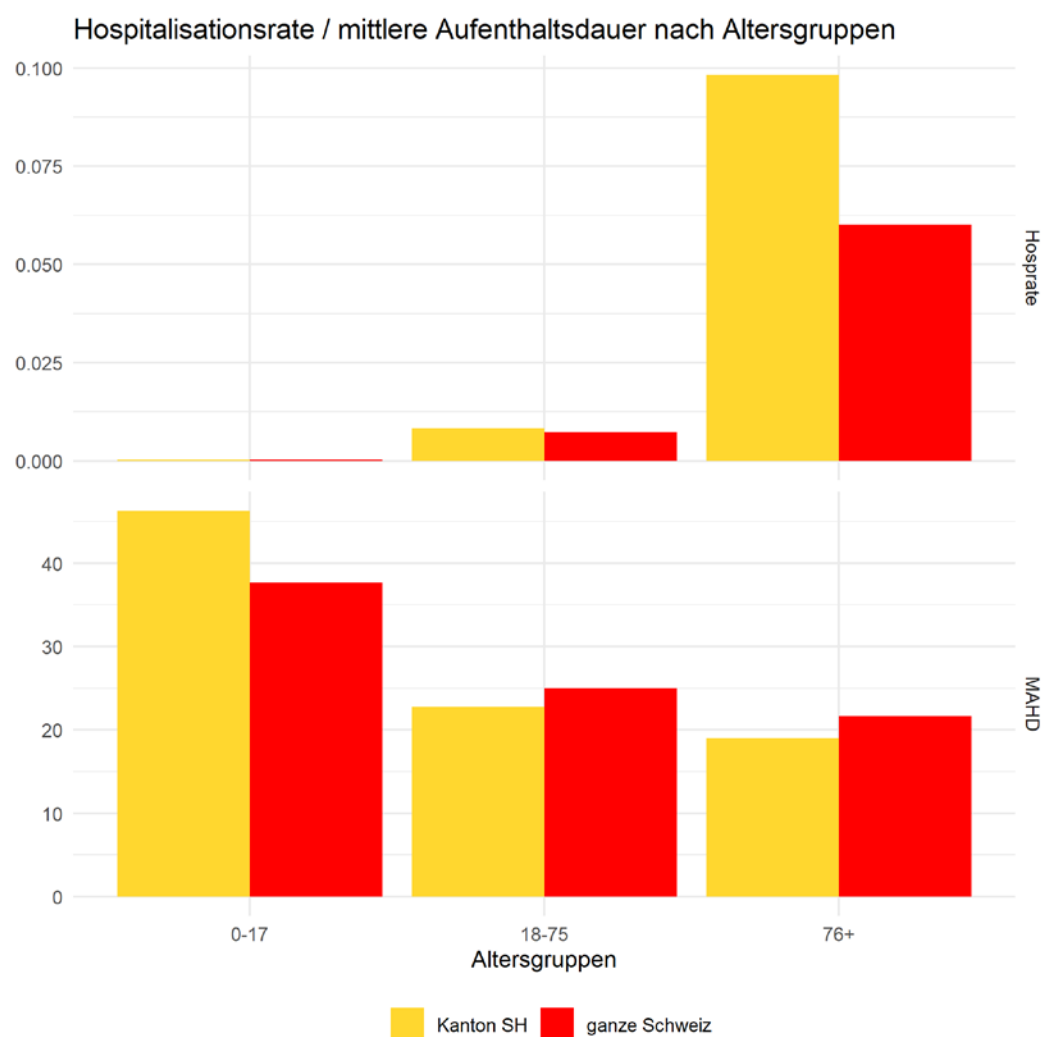


Abbildung R3: Hospitalisationsraten und mittlere Aufenthaltsdauern der stationären Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Altersgruppen

Tabelle R8

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Rate Pflegetage		
	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ	SH	CH	Δ
0-17	0.5	0.3	-0.2	57.7	37.6	-20.1	21.1	12.3	-8.8
18-75	8.3	7.3	-1.0	22.8	25.0	2.2	176.7	171.9	-4.8
76+	98.2	60.2	-38.0	18.9	21.6	2.7	1 801.2	1 254.3	-546.9
Total	15.5	10.4	-5.1	20.6	23.5	2.9	305.5	231.0	-74.5

Tabelle R8: Hospitalisationsraten (pro 1000), mittlere Aufenthaltsdauern und Rate der Pflegetage (pro 1000) der stationären Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen im Jahr 2019 nach Altersgruppe

Der Vergleich der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer der Schaffhauser Bevölkerung mit der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass die Schaffhauser insbesondere in der Altersgruppe 76+ deutlich häufiger hospitalisiert wurden. Die Aufenthaltsdauer war mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen, bei welchen die tiefen Fallzahlen den Wert relativieren, kürzer als in der restlichen Schweiz.

6.3 Entwicklung seit 2012

In der Tabelle R9 ist die Entwicklung der Fälle, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflegetage der Jahre 2012 bis 2019 dargestellt. Die Fallzahlen stiegen im Total und insbesondere ausserkantonal deutlich. Insgesamt erfolgte über die 7 Jahre eine Steigerung von 34%. Die mittlere Aufenthaltsdauer sank innerkantonal um -12% und ausserkantonal um -1%. Dies führte zusammen mit den grösseren Fallzahlen zu einer deutlichen Steigerung der Pflegetage um 24%.

Tabelle R9

	Fälle			MAHD			Pflegetage		
	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ	2012	2019	Δ
SSH	476	590	24%	19.7	17.3	-12%	9 133	9 894	8%
Ausserkantonal	484	700	45%	23.7	23.4	-1%	11 361	15 468	36%
Total	960	1 290	34%	21.7	20.6	-5%	20 494	25 362	24%

Tabelle R9: Fälle, MAHD (Mittlere Aufenthaltsdauer) und Pflegetage stationärer Rehabilitationsfälle von Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 bis 2019

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist die Entwicklung der Demografie zu berücksichtigen. Zur Wiederholung: Im Jahr 2012 hatte der Kanton Schaffhausen rund 77'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese sind bis zum Jahr 2019 um 8% auf rund 83'000 angewachsen. Dieses Bevölkerungswachstum und die Zunahme der akutsomatischen Fälle, welche in der Folge auch vermehrt eine Rehabilitation beanspruchten, können die Zunahme der stationären Rehabilitationen weitgehend erklären.

Da die Prognose aus dem Jahr 2010 für das Jahr 2020 nur summarisch erfolgte und ein Vergleich mit dem Ist-Zustand 2019 nur eingeschränkt möglich war, wurde auf eine weitere Analyse verzichtet.

6.4 Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

Angleichung Hospitalisationsrate

Da die Behandlungen in der Rehabilitation in der Regel über eine Kostengutsprache von den Kranken- und Unfallversicherern gesteuert werden, wurde trotz der in Schaffhausen höheren Werte auf eine Angleichung an die Schweiz verzichtet.

Angleichung und Verkürzung mittlere Aufenthaltsdauer

Mit der Begründung der Kostengutsprache wurde auch auf die Angleichung und eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer an den Schweizer Wert verzichtet.

Demografie

Die in Ziffer 2.2 gezeigte Einwohnerprognose des BFS für Schaffhausen für das Jahr 2030, mit der prognostizierten starken Zunahme der Bevölkerung von 83'013 im Jahr 2019 um insgesamt 11% auf 91'856 im Jahr 2030, wirkt sich auch auf die Fallzahlen der Rehabilitation aus. Die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen verstärkt diese Entwicklung. Damit ist die Demografie der prägende Faktor für die Bedarfsprognose. Die Tabelle P10 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle R10

	2019		Veränderung		2030	
Alter	Fälle	Anteil	Fälle	%	Fälle	Anteil
0-17	7	1%	-3	-43%	4.9	0%
18-75	506	39%	-39	-8%	467.4	34%
76+	777	60%	130	17%	907.7	66%
Total	1 290	100%	90	7%	1 380.0	100%

Tabelle R10: Entwicklung der Fallzahlen nach Altersgruppen der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner

Medizintechnische Entwicklung

Gemäss Rücksprache mit dem Kanton Zürich zeichnen sich in der Medizintechnik keine für die Rehabilitation relevanten Entwicklungen ab. Der Einflussfaktor der medizintechnischen Entwicklung wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Epidemiologische Entwicklung

Gemäss dem epidemiologischen Gutachten des Kantons Zürich sowie Rücksprache mit dem Kanton Zürich zeichnen sich in der Epidemiologie ebenfalls keine relevanten Entwicklungen für die Rehabilitation ab. Der Einflussfaktor der epidemiologischen Entwicklung wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Einflussfaktor Ökonomie

Nach Rücksprache mit dem Kanton Zürich wurde für die Berechnung der Prognose davon ausgegangen, dass die Erteilung der Kostengutsprachen durch die Versicherer über den Zeitraum der Prognosedauer zurückhaltender erfolgen wird. Für das Hauptszenario wurde ein Rückgang von -10%, für das Minimalszenario -20% und für das Maximalszenario keine Auswirkung prognostiziert. Entsprechend wurden die Faktoren auf 0.9 / 0.8 / 1 festgesetzt.

Einfluss von Ambulant vor Stationär (AvS)

Die Entwicklung zur ambulanten Behandlung ist auch für die Rehabilitation relevant. Wie in den anderen Fachbereichen ist diese abhängig von der Tarifsituation und von politischen Projekten. Für die Prognoserechnung wurde eine leichte Verschiebung in den ambulanten Bereich für die kardiovaskuläre (RKA) und die muskuloskelettale (MSK) Rehabilitation von -10% für das Hauptszenario, -20% für das Minimalszenario und für das Maximalszenario keine Auswirkung angenommen. Entsprechend wurden die Faktoren auf 0.9 / 0.8 / 1 festgesetzt. In den anderen Rehabilitationsleistungsgruppen ist eine ambulante rehabilitative Behandlung eher schwieriger umzusetzen. Deshalb wurde bei diesen keine Verschiebung in den ambulanten Bereich prognostiziert und der Prognosefaktor auf 1 belassen.

Tabelle R13

RehaLG	Haupt	Min	Max
MSK	0.9	0.8	1.0
RKA	0.9	0.8	1.0

Tabelle R13: In der Schaffhauser Bedarfsprognose für die Rehabilitation berücksichtigte Einflussfaktoren der Verschiebung in den ambulanten Bereich

6.5 Prognose stationärer Rehabilitationsbedarf 2030

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Schaffhausen, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der Bedarf der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner gezeigt.

Übersicht prognostizierter Bedarf 2030

Die Tabelle R14 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflgetage bis 2030 in den verschiedenen Szenarien.

Tabelle R14

	Basis 2019	Prognose 2030 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	83.0	91.9	11%	11%	11%
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	15.5	15.0	-3%	-17%	11%
Stationäre Behandlungsfälle	1 288	1 379	7%	-8%	23%
Mittlere Aufenthaltsdauer	20.6	20.4	-1%	-1%	-1%
Pflegetage	25 279	28 149	11%	-4%	28%
Pflegetage / 1'000 EW	305	306	1%	-14%	16%

Tabelle R14: Prognostizierter Bedarf der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030

In der Rehabilitation, mit den überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, ist die Entwicklung der Demografie mit einem Plus bei der Bevölkerung von 11% für die Bedarfsprognose prägend. Dem stehen die Verschiebung in den ambulanten Bereich und die zunehmende Zurückhaltung bei den Kostengutsprachen gegenüber. Im Hauptszenario wird ein Rückgang der Hospitalisationsrate um insgesamt -3% und ein Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer um -1% prognostiziert. In der Summe resultiert eine Zunahme der stationären Rehabilitationsfälle um 7% auf 1379 Fälle und ein Plus bei den Pflgetagen von 11% auf 28'149 Tage.

Beim Minimalszenario wurden der Einfluss der Verschiebung in den ambulanten Bereich und die zurückhaltendere Vergabe der Kostengutsprachen auf die Hospitalisationsrate im Vergleich zum Hauptszenario verdoppelt. Dies führt trotz Bevölkerungswachstum zu einer Abnahme der Fälle um -8%. Entsprechend sinken die Pflgetage um -4%. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Beim Maximalszenario wurden für die Prognose, abgesehen von der demografischen Entwicklung, keine weiteren Veränderungen angenommen. Die Prognose weist damit bei den Fallzahlen ein Plus von 23% und bei den Pflgetagen ein Plus von 28% aus.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle R15 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage, aufgeschlüsselt nach Leistungsgruppen.

Tabelle R15

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
INO	194	213	10%	18.9	18.8	-1%	3 469	3 999	15%
MSK	336	330	-2%	19.3	19.3	0%	6 364	6 348	0%
NER	186	204	10%	29.8	29.3	-2%	5 027	5 990	19%
NER6	11	11	0%	33.1	33.1	0%	386	368	-5%
PNR	89	99	11%	17.0	16.9	0%	1 446	1 677	16%
RKA	120	117	-2%	20.0	20.1	0%	2 314	2 353	2%
SOM	33	33	0%	27.5	26.9	-2%	826	899	9%
GER	319	372	17%	17.5	17.5	0%	5 447	6 515	20%
Total	1 288	1 379	7%	20.6	20.4	-1%	25 279	28 149	11%

Tabelle R15: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflage tage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach Leistungsgruppen

Die Auswirkung der Verschiebung in den ambulanten Bereich bei der kardiovaskulären (RKA) und der muskuloskelettalen (MSK) Rehabilitation ist mit einer unveränderten bzw. leicht rückläufigen Fallzahl gut sichtbar. In allen anderen Leistungsgruppen steigen die Rehabilitationsfälle. Die leicht unterschiedlichen Entwicklungen der mittleren Aufenthaltsdauern sind auf die für die Prognose durch die Demografie veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Wie zu erwarten war, wirkt sich die Alterung der Bevölkerung stark auf die Zunahme der geriatrischen Rehabilitation (GER) aus.

In der Abbildung R4 ist die Entwicklung der Fallzahlen pro Leistungsbereich grafisch dargestellt.

Abbildung R4

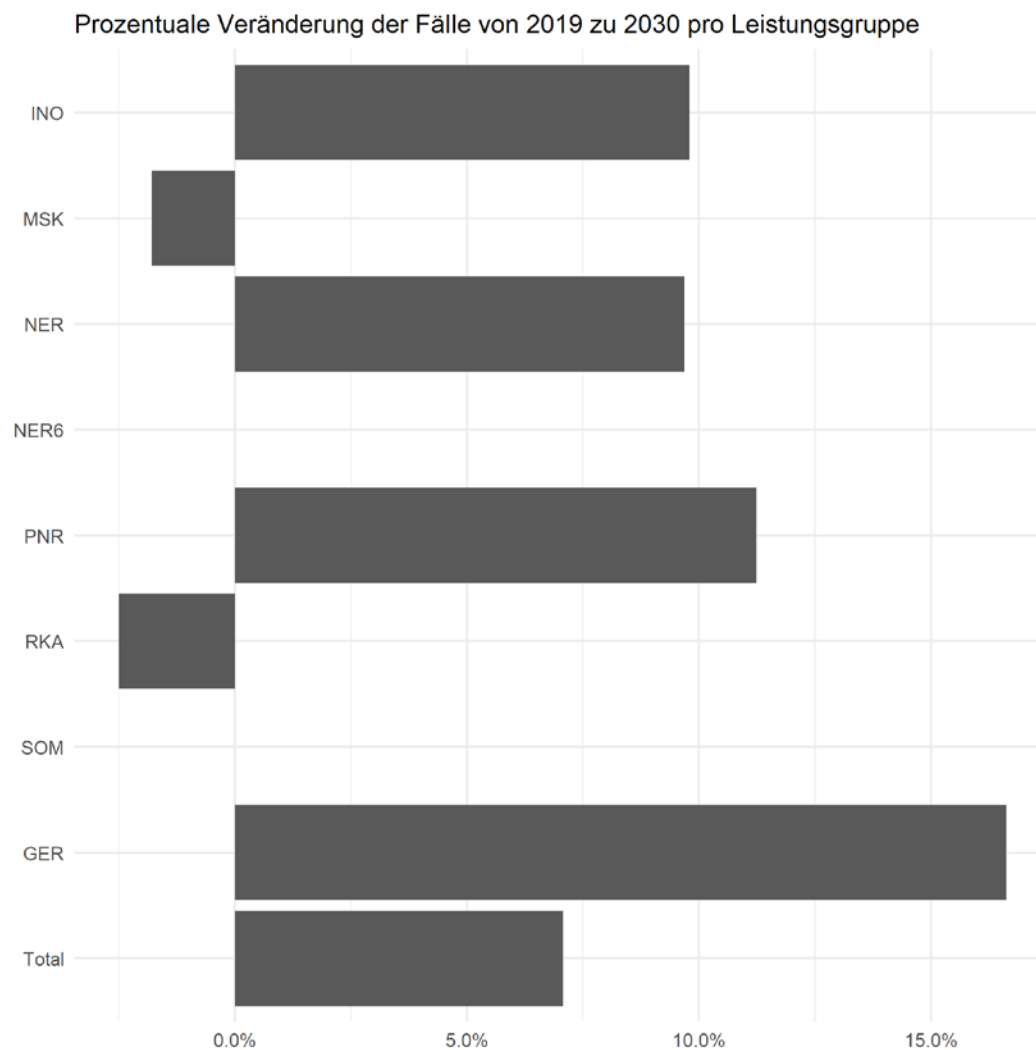


Abbildung R4: Prognostizierte prozentuale Veränderung der Fallzahlen vom Jahr 2019 zum Jahr 2030

Wie bereits erwähnt erfolgte in den SSH seit dem Jahr 2018 eine Verschiebung von der muskuloskelettalen Rehabilitation in die geriatrische Rehabilitation. Für die Prognoseberechnung wurde dieser Umstand nicht berücksichtigt, weil die Verschiebung in den Daten 2019 weitgehend abgebildet ist und damit automatisch in die Prognoserechnung einfließt. Hingegen ist diese Spezialität der SSH beim Vergleich der Bedarfsprognose mit den anderen Spitälern zu beachten. Zum vereinfachten Vergleich können die Werte der muskuloskelettalen und der geriatrischen Rehabilitation addiert werden.

Prognose nach Altersgruppen

Wie bereits in Ziffer 5.4.3 erläutert, wirkt die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen in der Rehabilitation stark auf die Fallzahlen. Die Tabelle R16 zeigt die Prognose der Fallzahlen, die Aufenthaltsdauer und die Pflegetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle R16

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ	2019	2030	Δ
0-17	5	5	0%	46.3	46.3	0%	141	231	64%
18-75	506	467	-8%	22.8	22.9	1%	10 824	10 703	-1%
76+	777	907	17%	19.0	19.0	0%	14 314	17 215	20%
Total	1 288	1 379	7%	20.6	20.4	-1%	25 279	28 149	11%

Tabelle R16: Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Schaffhauser Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2030 nach Altersgruppen

Auch in dieser Auswertung spiegelt sich die Alterung der Bevölkerung mit der Verschiebung der Fälle von der Altersgruppe 18–75 zu 76+. Die tiefe Fallzahl bei den Kindern und Jugendlichen lässt keine verlässliche Aussage zu.

6.6 Fazit Rehabilitation

In der Rehabilitation ist wie in der Akutsomatik der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung prägend für die Mengenentwicklung. Die mittlere Aufenthaltsdauer wird in allen Altersgruppen in etwa gleich bleiben, so dass das Fallwachstum mit einem Wachstum der Pflegetage einhergeht.

Als äusserer Einflussfaktor spielt in der Prognose die Ökonomie eine Rolle, indem die Versicherer bei den Kostengutsprachen zunehmend Zurückhaltung üben. Mit einer weiteren Ambulantisierung wird nur in der muskuloskelettalen (MSK) und in der kardiovaskulären (RKA) Rehabilitation gerechnet.

Die geriatrische Rehabilitation wird 2019 ausschliesslich im Kantonsspital Schaffhausen durchgeführt, während alle anderen Leistungsbereiche teilweise oder komplett in Rehakliniken anderer Kantone ausgelagert werden.

7 Anhang

7.1 Details zu Fallzahlen und Fallzuordnungen

Akutsomatik

Gemäss der Struktur der Bedarfsprognose wurde 1241 Schichten gerechnet. In den meisten Schichten gab es allerdings keine oder nur sehr wenige Fälle von Schaffhauser Patientinnen und Patienten.

Tabelle A.A1

Fallzahl 2019	Anzahl Schichten
0	651
1-4	325
5-9	108
10-99	140
100+	17
Total	1 241

Tabelle A.A1: Übersicht Verteilung der Fallzahlen und Anzahl Schichten

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton SH waren viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen. In allen Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt.

Bei 91 von 651 Schichten mit Fallzahl 0 konnte so eine Fallzahl erreicht werden, die auch für die Prognose verwendet werden konnte:

Tabelle A.A2

Korrigierte Fallzahl 2019	Anzahl Schichten
0	560
1	73
2	12
3	3
6	2
7	1
Total	651

Tabelle A.A2: Übersicht der Schichten mit Fallzahl 0 im Jahr 2019 und der Korrekturen

In 238 von 976 Schichten mit Fallzahlen kleiner gleich 5 wurde die Fallzahl korrigiert, in den meisten Fällen nach oben:

Tabelle A.A3

Richtung	Anzahl	Korrektur
Keine	738	0
Negativ	77	-98
Positiv	161	287

Tabelle A.A3: Übersicht der Schichten mit Fallzahlen ≤ 5 im Jahr 2019 und der Korrekturen

In 8 Schichten wurde die Anzahl Fälle um mehr als 4 Fälle nach oben korrigiert:

Tabelle A.A4

Geschlecht	Altersgruppe	SPLG	Fallzahl 2019	Korrigierte Fallzahl 2019	Korrektur
Mann	60-79	KAR1.1.1	2	13	11
Frau	0-15	NEU1	0	7	7
Frau	0-15	NEO1.1.1	2	9	7
Frau	60-79	KAR1.1.1	2	9	7
Mann	16-39	HAE1	0	6	6
Frau	40-59	GAE1.1	0	6	6
Mann	16-39	RHE1	2	7	5
Frau	0-15	HAE1	1	6	5

Tabelle A.A4: Schichten mit Korrekturen grösser 4 Fälle

Es wurden keine Korrekturen vorgenommen in SPLG, wo in den Jahren 2017–2019 Modifikationen stattgefunden haben:

- BEW7, BEW7.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.2.1
- ANG2, GEF2, GEFA
- GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3, GYN1.4, GYNT

Im Total wurde die Anzahl Fälle um 189 auf Total 12'115 Fälle korrigiert.

Berechnung Faktor Medizintechnologie NEU3 und NEU3.1

Tabelle A.A5

2019	NEU3	NEU3.1	Total
Fälle 2019	19667	1170	20837
30% von NEU3 -> NEU3.1	13766.9	7070.1	20837
Einflussfaktoren Hauptszenario	0.7	6.04282	
40% von NEU3 -> NEU3.1	11800.2	9036.8	20837
Einflussfaktoren Maximalszenario	0.6	7.72376	

Tabelle A.A5: Berechnung Medizintechnik NEU3 und NEU3.1: 30% (40%) der Fälle von NEU3 → NEU3.1. NEU3 → 30% (40%) tiefer. NEU3.1 + 30% (40%) von NEU3

Psychiatrie

Die wenigen Psychiatrie-Fälle ohne F-Diagnose in der Hauptdiagnose wurden nach folgender Regel zu den Leistungsgruppen zugeteilt:

- 'E51', 'G24', 'G25', 'G30', 'G31', 'G40', 'H93', 'Z03' → 'F0 Organische Störungen'
- 'E72', 'I47', 'R41', 'Z73', 'Z74' → 'F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'
- 'G47', 'R46' → 'F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren'

Tabelle A.P1

Hauptdiagnose	Zuteilung PsyLG	Anzahl Fälle
E51	F0 Organische Störungen	2
G25	F0 Organische Störungen	1
G30	F0 Organische Störungen	12
G31	F0 Organische Störungen	2
G40	F0 Organische Störungen	1
G47	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3
H93	F0 Organische Störungen	1
R46	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1
Z03	F0 Organische Störungen	1
Z74	F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1
	F0 Organische Störungen	2
Total	Total	27

Tabelle A.P1: Übersicht der zu den F-Diagnosen zugeteilten Fälle, Hinweis: ICD G30 ist Diagnose Alzheimer-Krankheit

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton SH waren viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen. In allen Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt.

Tabelle A.P2

Altersgruppe	PsyLG	Faelle_BJ_SH	Faelle_B_SH	Korrektur
14-17	F4	0	2	2
0-13	F4	0	1	1
0-13	F9	1	2	1
14-17	F2	0	1	1
14-17	F11-19	0	1	1
18-64	F7	3	4	1
18-64	F9	1	2	1
0-13	F5	3	2	-1
18-64	F8	3	2	-1
65+	F5	2	1	-1
65+	F6	3	2	-1

Tabelle A.P2: Korrektur, mittlere Anzahl Fälle der letzten 3 Jahre

Im Total wurde die Anzahl Fälle um 4 auf total 868 Fälle korrigiert.

Rehabilitation

Erweiterte Fallzuteilung Rehabilitation

Da eine Zuteilung zur RehaLG 'Geriatrische Rehabilitation' via Hauptdiagnose nicht praktikabel ist, wurde auf Basis von zugeteilten Halbjahresdaten vom KSSH folgende Zuteilungslogik entwickelt:

Abbildung A.R1

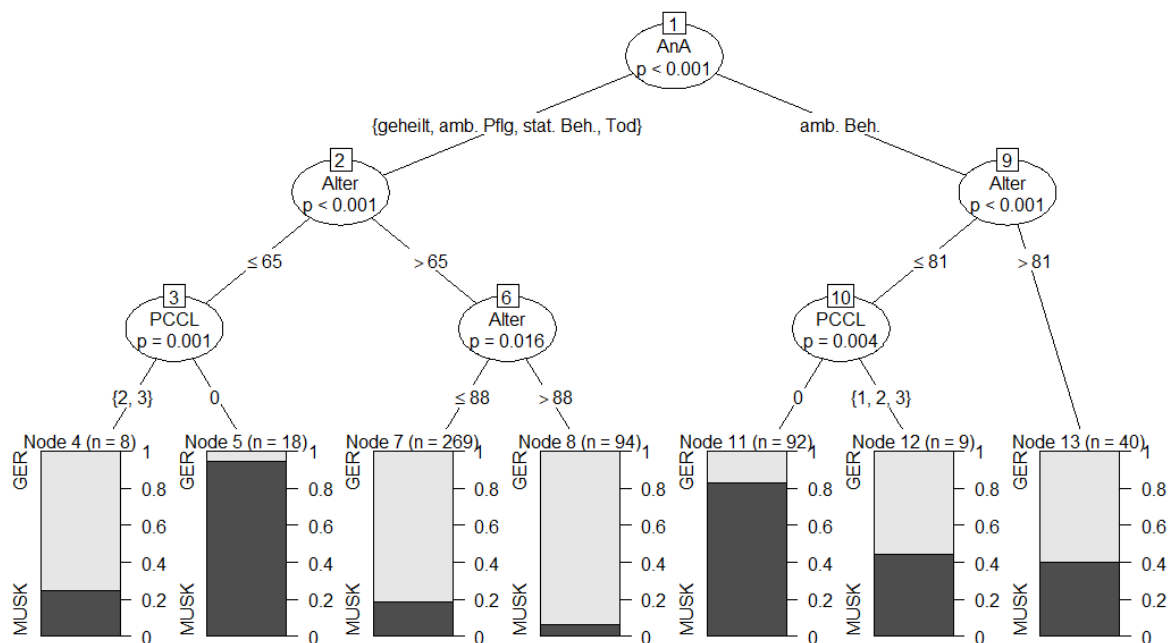


Abbildung A.R1: Zuteilungslogik Geriatrie Rehabilitation

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton SH waren viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wird eine Korrektur der tiefen Fallzahlen vorgenommen.

In allen Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2019 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2017–2019 ersetzt.

Tabelle A.R1

Altersgruppe	RehaLG	Faelle_BJ_SH	Faelle_B_SH	Korrektur
0-17	INO	2	1	-1
0-17	NER	3	2	-1

Tabelle A.R1: Korrektur, mittlere Anzahl Fälle der letzten 3 Jahre

Im Total wurde die Anzahl Fälle um -2 auf Total 1288 Fälle korrigiert.

7.2 Pflage tage

Pflage tage wurden gezählt, indem jeder Aufenthaltstag während eines Kalenderjahres berücksichtigt wurde, unabhängig davon, ob bereits ein Austritt stattgefunden hatte. Da B- und C-Fälle noch keine Austrittscodierung haben, konnten diese Fälle auch nicht einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Pflage tage pro Leistungsgruppe konnten also nur unvollständig berechnet werden. Im Bereich Akutsomatik war dieses Problem nicht so gross, weil es verhältnismässig nur sehr wenige B- oder C-Fälle gibt.

Hinweis: Bei C-Fällen gibt es eine Zwischencodierung, die Zuteilung zu Leistungsgruppen wäre also möglich.

Tabelle A.1

Bereich	A	B	C
Akutsomatik	11 926	121	0
Psychiatrie	864	64	5
Reha	1 291	57	0
Total	14 081	242	5

Tabelle A1: A/B/C-Fälle pro Leistungsbereich

Im vorliegenden Bericht wurden in allen Bereichen A/P/R nur die A-Fälle berücksichtigt.

7.3 Glossar

AvS	Ambulant vor Stationär
BFS	Bundesamt für Statistik
Fälle	Stationäre Spitalbehandlungen
A-Fälle	Austrittsdatum im Basisjahr
B-Fälle	Eintritt im Basisjahr, Austritt nicht im Basisjahr
C-Fälle	Weder Eintritt noch Austritt im Basisjahr
GD ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Hospitalisationsrate	Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1'000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus.
KSW	Kantonsspital Winterthur
MAHD	Die Aufenthaltsdauern unterscheiden sich je nach Behandlung sehr stark. Es wird deshalb generell der Mittelwert über alle Fälle betrachtet und entsprechend die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ausgewiesen.
PsyLG	Psychiatrie-Leistungsgruppen
RehaLG	Rehabilitations-Leistungsgruppen
Schichten	Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pfl egetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Schaffhausen wurde pro Leistungsgruppe (SPLG), Altersgruppen (0-15, 16-39, 40-59, 60-79, 80+) und Geschlecht berechnet. Daraus ergaben sich 1320 Kombinationsmöglichkeiten (Schichten).
SPLG, SPLB, SPLHB	Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) werden zusammengefasst zu Leistungsbereichen (SPLB) und diese zu Leistungshauptbereichen (SPLHB).
SSH	Spitäler Schaffhausen
USZ	Universitätsspital Zürich

Schaffhauser Spitalplanung 2023



Grundsätze für die Spitalplanung

Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat
vom 8. Juni 2021

Einleitung

Ziel der Spitalplanung ist es, eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige stationäre Grundversorgung für die Schaffhauser Bevölkerung sicherzustellen. Der Planungsbericht prognostiziert den zukünftigen Bedarf an stationären Spitalleistungen. In Ergänzung dazu bilden die Planungsgrundsätze die strategischen Leitplanken für die Spitalplanung 2023. Der Kanton steht in der Pflicht, die Spielräume gestaltend zu nutzen, welche das Gesetz und die Gerichtspraxis vorsehen.

Grundsätze

1. Die Grundversorgung wird wohnortnah – in der Regel innerhalb des Kantons – sichergestellt.

Der Kanton Schaffhausen verfolgt das Ziel, eine erweiterte Grundversorgung der Bevölkerung durch die Spitäler Schaffhausen (SSH) und die Privatklinik Belair nach anerkannten Qualitätsmassstäben zu gewährleisten. Die Eignerstrategie des Kantons Schaffhausen für die SSH, vom Regierungsrat am 30. April 2019 beschlossen, hält fest, was unter einer "erweiterten Grundversorgung" zu verstehen ist: "Sie beinhaltet einen 24-Stunden-Notfalldienst, einen Rettungsdienst und eine Intensivpflegestation. Zudem sollen innerhalb des Kantons im Minimum Eingriffe und Behandlungen in den wichtigen Disziplinen angeboten werden, namentlich in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Orthopädie, der Gynäkologie und der Geburtshilfe."

Kooperationen mit grösseren Spitälern machen es in gewissen Fällen möglich, dass auch komplexere Fälle, die eine fachliche Spezialisierung voraussetzen, am Kantonsspital Schaffhausen behandelt werden können. Dies gilt insbesondere für die ambulante prä- und postoperative Versorgung. Leistungsaufträge in der hochspezialisierten Medizin (HSM) werden normalerweise an ausserkantonale Zentrumsspitäler im näheren Umkreis von Schaffhausen vergeben.

2. Im Kanton Schaffhausen bietet einzig das Kantonsspital die umfassende stationäre Grundversorgung an und betreibt eine Notfallaufnahme.

Die Aufrechterhaltung einer möglichst umfassenden Notfallbereitschaft mit guter Erreichbarkeit für die Bevölkerung des Kantons und der angrenzenden Gebiete ist für die Versorgungssicherheit zentral. Angesichts des begrenzten Einzugsgebietes von rund 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern gilt es, die Kräfte zu bündeln, um dieses Ziel zu erreichen. Leistungsaufträge mit engen Bezügen zur Notfallversorgung und Intensivpflege, die hohe Bereitschaftskosten verursachen und rund um die Uhr verfügbar sein müssen, sollen nicht mehrfach angeboten werden und werden auf dem Platz Schaffhausen dem Kantonsspital zugewiesen.

3. Die Spitäler sind angehalten, Behandlungen ambulant durchzuführen, wo es sinnvoll und möglich ist.

Es gilt grundsätzlich ambulant vor stationär. Der Kanton Schaffhausen hat 2018 die Listen der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen des Kantons Zürich übernommen. Allfällige Anpassungen dieser Liste werden übernommen unter der Voraussetzung, dass die dazu notwendigen spitalexternen Strukturen wie z. B. Spitex vorhanden sind.

4. Um dem Anspruch der Bevölkerung nach freier Spitalwahl nachzukommen, werden für alle Leistungen inner- und ausserkantonale Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen.

Ein Grossteil der Bevölkerung wünscht sich eine freie Spitalwahl. Die Spitalplanung trägt diesem Bedürfnis Rechnung, indem für alle Leistungen sowohl inner- als auch ausserkantonale Spitäler im Einzugsgebiet des Kantons Schaffhausen auf die Spitalliste aufgenommen werden. Schaffhauserinnen und Schaffhauser können so zwischen Alternativen wählen und sich im Bedarfsfall bei voller Kostenerstattung zum Beispiel in Winterthur, Bülach oder Zürich behandeln lassen.

5. Die Anforderungen an die Listenspitäler richten sich im Wesentlichen nach dem Leistungsgruppen-Konzept der GDK, welches inzwischen in den meisten Kantonen angewandt wird.

Die Qualität der Leistungserbringung wird sichergestellt durch generelle und leistungsspezifische Anforderungen, die von den Listenspitälern erfüllt werden müssen. Die Schaffhauser Spitalplanung baut auf dem Konzept der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) auf, welches von der GDK empfohlen wird. Dies bedeutet, dass die Leistungsgruppen und Leistungsbe-
reiche nach medizinischen Kriterien definiert sind. Generelle Anforderungen, die für sämtliche SPLG gelten, sind die folgenden:

- Aufnahmepflicht für alle Patientinnen und Patienten
- Aus- und Weiterbildung des Personals
- Generelle Qualitätsanforderungen, z.B.
 - Qualitätssicherungskonzept
 - Critical Incident Reporting System (CIRS)
 - Hygienekonzept
 - Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Erreichbarkeit

Hinzu kommen medizinisch begründete, pro Leistungsgruppe spezifische Anforderungen wie z.B. Erreichbarkeit von Fachärzten, Notfall- und Intensivstation, Tumorboard, Mindestfallzahlen oder Zertifizierungen.

Die im SPLG-Konzept vorgegebenen Rahmenbedingungen und Anforderungen werden in der Schaffhauser Spitalplanung grundsätzlich übernommen. Bei Bedarf können einzelne gut begründete Ausnahmen gemacht werden und die Anforderungen an lokale Bedürfnisse angepasst werden. Für diese Ausnahmen soll in einem Konzept dargelegt werden, wie die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt bleibt.

6. Die Wirtschaftlichkeit ist gegeben, wenn ein Spital innerhalb des 40. Perzentils im schweizerischen Benchmark liegt.

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die schweregradbereinigten Fallkosten des Jahres 2019 verwendet. Als Grundlage dienen die von der GDK nach Art. 49 Abs. 8 KVG bei den Kantonen erhobenen und vom Bundesamt für Gesundheit publizierten Kostendaten. Die Werte eines Listenspitals sollen innerhalb des 40. Perzentils im schweizerischen Benchmark liegen. Neue Spitäler, die noch nicht im Benchmark erfasst sind, müssen einen Businessplan vorlegen und das Wirtschaftlichkeitsziel innerhalb von drei Jahren erreichen.

7. Die Listenspitäler sind eingebunden in integrierte Versorgungsstrukturen und stellen eine optimale Vor- und Nachbetreuung sicher.

Mit der älter werdenden Bevölkerung steigt die Zahl an Patientinnen und Patienten, die mehrere Diagnosen aufweisen und auf eine umfassende Betreuung angewiesen sind, die über den Spitalaufenthalt hinausgeht. In komplexeren Fällen sind Kooperationen inhouse und extern von zunehmender Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistungen. So ist z.B. bei geriatrischen Patientinnen und Patienten das Zusammenspiel von Akutgeriatrie, geriatrischer Rehabilitation und Langzeitpflege wichtig. Listenspitäler müssen enge Kontakte zu den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten unterhalten, um die Betreuung während des Spitalaufenthalts zu optimieren. Und sie müssen über ein Case Management und einen Sozialdienst verfügen, um die Nachbetreuung sicherzustellen und Wiedereintritte möglichst zu vermeiden.

8. Die Leistungsaufträge können mit spezifischen Anforderungen verbunden werden, z.B. betreffend Ausbildungsverpflichtungen, Leistungsmengen, Sicherstellung eines wohnortnahen Angebots, Versorgung in Notlagen, Konsiliardienste oder Teilnahme an Qualitätssicherungsmassnahmen.

Aus der Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung können sich Verpflichtungen im Sinne von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ergeben, die über die reine Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten hinausgehen und vom Kanton separat vergütet werden. Dazu zählt etwa die Sicherstellung des Nachwuchses im ärztlichen und pflegerischen Bereich oder die Verantwortung, ein Überangebot zu vermeiden. Um dies zu gewährleisten, können Bedingungen für die Erteilung einzelner Leistungsaufträge oder für die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste formuliert werden.

9. In den Listenspitälern muss eine medizinische Fachperson als Ansprechstelle für den Kanton definiert werden.

Für kantonale Projekte wie z.B. die Umsetzung eines Palliativ- oder des Demenzkonzepts oder für Massnahmen im Pandemiefall braucht es im Spital eine medizinische Fachperson, die den kantonalen Behörden als Kontaktperson dient und für das Gesundheitsamt erreichbar ist.

Diese Person muss über Entscheidungskompetenzen verfügen, um Projekte und Massnahmen zusammen mit dem Kanton möglichst effizient umsetzen zu können.

10. Neue Leistungsaufträge ausserhalb der Spitalplanung werden nur in Ausnahmefällen und mit einer angemessenen Vorlaufzeit erteilt

Die Spitalplanung ist auf 10 Jahre ausgelegt. Von den Spitälern wird entsprechend eine nachhaltige strategische Planung erwartet. Ausserhalb der Spitalplanung sind Anträge für neue Leistungsaufträge auf Anfang des Jahres und zur Abrundung des bestehenden Leistungsangebots möglich.