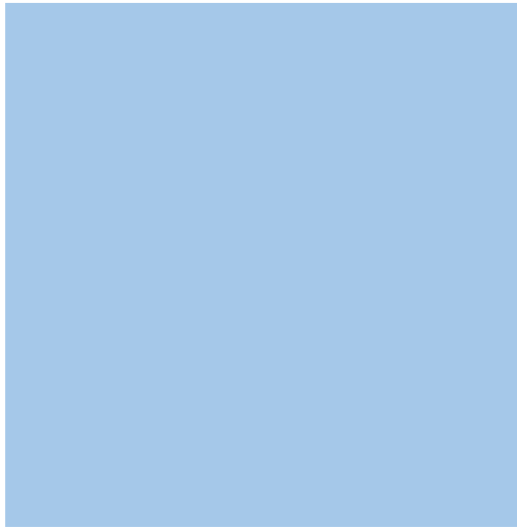


Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012

Versorgungsbericht

Bisherige und zukünftige Entwicklung der kantonalen Nachfrage nach stationären, akutsomatischen und rehabilitativen Leistungen



Vorwort des Gesundheitsdirektors

Liebe Leserin, lieber Leser
Sehr geehrte Damen und Herren

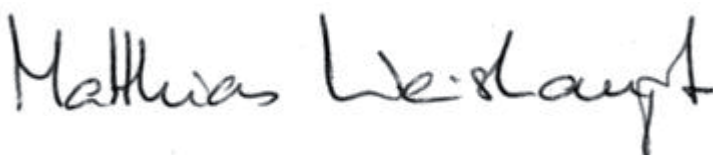
Ich freue mich, Ihnen den vorliegenden Versorgungsbericht präsentieren zu dürfen. Damit konnte ein bedeutender Schritt auf dem Weg in Richtung neue Spitalfinanzierung abgeschlossen werden. Als Gesundheitsdirektor von Appenzell Ausserrhoden ist es meine Aufgabe, eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung unter effizientem Einsatz von Staatsmitteln sicherzustellen. Der vorliegende Bericht ist ein Hilfsmittel, diese Aufgabe auch lösen zu können. Gerne möchte ich die Gelegenheit wahrnehmen, den mit der Erarbeitung des Berichts involvierten Personen zu danken.

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG), das per 2012 auf eidgenössischer Ebene eine neue Spitalfinanzierung mit freier Spitalwahl für die ganze Schweiz, diagnosebasierte Fallpauschalen für Spitalleistungen und eine neue Spitallistensystematik einführt, stellt für alle Kantone eine grosse Herausforderung dar. Insbesondere geht es für die Kantone darum, so gut als möglich abzuschätzen, wie sich der Bedarf an medizinischen Leistungen in den stationären Versorgungsbereichen der Akutsomatik (Akutspitäler) und der Rehabilitation voraussichtlich entwickeln wird. Der vorliegende Versorgungsbericht soll auf diese Frage eine Antwort liefern und bildet die Basis für die weitere Planung.

Planungshorizont ist das Jahr 2020. Primäre Grundlagen des Versorgungsberichts bilden die bisherige Nachfrageentwicklung und das aktuelle stationäre Leistungsangebot. Zusätzlich wird die zukünftige stationäre Leistungsnachfrage aus dem Kanton bis zum Jahr 2020 prognostiziert. Diese Nachfrageprognose berücksichtigt verschiedene Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung und erfolgt im Rahmen von Szenarien. Die Planung muss im Weiteren auch Antworten auf grundsätzliche Fragen liefern, die sich aus dem revidierten KVG ergeben. Dies betrifft unter anderem den Umgang mit den Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Auswirkungen der freien Spitalwahl sowie die Kostenfolgen der neuen Regelung, nach welcher der Kanton alle Listenspitäler mitfinanzieren muss. Die Spitalplanung wird auch Grundlage für die zukünftige Spitalliste bilden, die festlegt, welche Institutionen Dienstleistung zulasten der Krankenpflegegrundversicherung erbringen dürfen.

Gestützt auf die Versorgungsplanung werden bis 1. Januar 2012 mit unterschiedlichen öffentlich-rechtlichen und privaten Anbietern von stationären Leistungen Vereinbarungen abgeschlossen. Damit soll eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche medizinische Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung auch in Zukunft sichergestellt bleiben.

Herisau, im September 2010



Dr. Matthias Weishaupt, Regierungsrat
Departement Gesundheit

Redaktionelle Hinweise

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

Der Austritt eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als Fall und teilweise als Patient/Behandlung bezeichnet. Die Bezeichnung Patient ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit ein Patient mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden Patienten und Fälle als Synonyme verwendet, gemeint sind aber immer die Anzahl Spitalaustritte, also die Anzahl Fälle.

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

Inhaltsverzeichnis

A Hintergrund und Zusammenfassung

1	Die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen	8
2	Die planerischen Konsequenzen für den Kanton	9
3	Die planerische Koordination mit anderen Kantonen	10
4	Das Projekt Spitalplanung 2012	10
5	Das Vorgehen für den Versorgungsbericht	11
6	Die Struktur des Versorgungsberichts	12
7	Die grundlegende demografische Entwicklung und Prognose	12
8	Die kurzgefassten Ergebnisse zur Nachfrageentwicklung und -prognose	16

B Die stationäre akutsomatische Versorgung

1	Bisherige Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Bevölkerung	18
1.1	Die Entwicklung der Nachfrage	18
1.2	Die Nachfragestruktur 2008	22
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	22
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	25
2	Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020	27
2.1	Die Auswirkungen der Einflussfaktoren	28
2.1.1	Demografie	28
2.1.2	Medizintechnologie	29
2.1.3	Epidemiologie	30
2.1.4	Ökonomische Einflussfaktoren	31
2.2	Akutsomatischer Bedarf 2020	33
2.2.1	Übersicht prognostizierter Bedarf 2020	33
2.2.2	Prognose nach Leistungsbereichen	34
2.2.3	Prognose nach Altersgruppen	36
2.3	Zum akutgeriatrischen Versorgungsbedarf	37
3	Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Patienten in Akutspitälern	39
4	Leistungsangebot der Ausserrhoder akutsomatischen Spitäler	40
4.1	Erbrachte Leistungen 2008	40
4.2	Marktanteile der einzelnen Spitäler	42
5	Zu- und Abwanderungen des Kantons Appenzell Ausserrhoden	43

C

Die stationäre rehabilitative Versorgung

1	Die bisherigen rehabilitativen Behandlungen	46
1.1	Einleitung	46
1.2	Die bisherige Entwicklung der Nachfrage	47
1.3	Die Nachfragestruktur 2008	50
1.3.1	Zur Verteilung der Nachfrage nach Leistungsbereichen	50
1.3.2	Zur Verteilung der Nachfrage nach Altersgruppen	51
2	Die Prognose der rehabilitativen Behandlungen für 2020	52
2.1	Einleitung	52
2.1.1	Die Einflussfaktoren der Bedarfsprognose und ihre Berücksichtigung	52
2.1.2	Die drei Szenarien der Prognose und ihre unterschiedlichen Parameter	53
2.2	Die später nötige Präzisierung spezifischer Einflussfaktoren	54
2.2.1	Zum kantonalen «stationären Substitutionspotenzial» als Einflussfaktor	54
2.2.2	Zur kantonalen «geriatrischen Rehabilitation» als Einflussfaktor	55
2.3	Die prognostizierte Nachfrage nach stationärer Rehabilitation	56
2.3.1	Übersicht prognostizierter Bedarf 2020	56
2.3.2	Prognose nach Leistungsbereichen und Altersgruppen	58
3	Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Patienten in Rehakliniken	58
4	Leistungsangebot der Ausserrhoder Rehabilitationskliniken	59
4.1	Erbrachte Leistungen 2008	59
4.2	Leistungsspektrum der betreffenden Rehabilitationskliniken	60
5	Zu- und Abwanderungen des Kantons Appenzell Ausserrhoden	61

D

Anhang - Methodische Grundlagen und Einflussfaktoren gemäss dem Zürcher Versorgungsbericht

1	Datengrundlagen	64
1.1	Datenquellen	65
1.2	Generierung der Datensätze	65
1.3	Darstellungsebenen	66
1.4	Datenqualität und -konsistenz	66
2	Methodik bei der Akutsomatik	66
2.1	Leistungsbereiche Akutsomatik	67
2.2	Prognose Akutsomatik	68
2.2.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	68
2.2.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	69
2.2.3	Entwicklung der nicht-demografischen Einflussfaktoren bis 2020	71
2.2.3.1	Medizintechnologie	71
2.2.3.2	Epidemiologie	72
2.2.3.3	Ökonomische Einflussfaktoren	72
2.2.4	Prognose mit drei Szenarien	73
3	Methodik bei der Prognose der Rehabilitation	74
3.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	74
3.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	74
3.3	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020	75
3.3.1	Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate	75
3.3.2	Einflussfaktoren auf die Aufenthaltsdauer	76
3.4	Prognose mit drei Szenarien	77
3.4.1	Hospitalisationsrate	77
3.4.2	Aufenthaltsdauer	78
4	Methodik bei der Prognose der Einflussfaktoren	78
4.1	Demografie	78
4.2	Medizintechnische Entwicklung	79
4.3	Epidemiologische Entwicklung	80
4.4	Ökonomische Entwicklung	81
4.4.1	Substitutionspotenzial	81
4.4.2	Verkürzung der Aufenthaltsdauer	83

E

Glossar und Verzeichnisse

1	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	88
2	Abkürzungen und Symbole in Tabellen	98
3	Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche	99
4	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	100

F

Statistischer Anhang

104 - 131

A Hintergrund und Zusammenfassung

1 Die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) am 1. Januar 1996 werden die Kantone gemäss Art. 39 KVG dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und, darauf abgestützt, eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen.

Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte eine Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung verabschiedet mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen. Das zentrale Element dieser Teilrevision ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem: Ab 2012 müssen alle auf den Spitallisten geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System¹ entschädigt werden. Nach dem bisherigen System konnten die Spitäler jeden Eingriff und Aufenthaltstag einzeln verrechnen, nun werden sie pauschal pro standardisierten Fall bezahlt. Zudem werden mit der Revision die inner- und ausserkantonale, freie Spitalwahl² garantiert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen. Die Kantone müssen die Kosten einer stationären Behandlung ihrer Einwohner, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder Geburtshaus, nur in einem Listenspital übernehmen, und zwar anteilmässig entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung. Dabei hat der kantonale Kostenanteil ab 2012 mindestens 45 und ab 2017 mindestens 55 Prozent zu betragen.³

Als Folge dieser Revision sind auch die kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten zu überarbeiten. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen. Neu hat die Spitalplanung aber leistungsorientiert zu erfolgen.⁴ Für die Planung stehen nicht mehr

¹ DRG steht für Diagnosis Related Groups.

² Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitälern wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

³ Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

⁴ Gemäss Art. 58c lit. b KVV kann die Planung in der Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen.

Bettenkapazitäten, sondern medizinische Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit stützen. In Zukunft wird zudem keine zweigeteilte Spitalliste mit Abschnitten A und B, sondern nur noch eine integrale Spitalliste zulässig sein. Diese hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Dabei wird zukünftig unter den folgenden drei Typen von Spitälern unterschieden:

1. Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.);
2. Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG;
3. Ausstandsspitäler ohne Anspruch auf Vergütung nach KVG.

Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen.

2 Die planerischen Konsequenzen für den Kanton

Infolge der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 wird auch der Kanton Appenzell Ausserrhoden vor die Aufgabe gestellt, die der geltenden Ausserrhoder Akutspitalliste zugrunde liegende Spitalplanung demgemäss zu überarbeiten. Speziell betroffen ist der Kanton davon, dass eine zweigeteilte Spitalliste rechtlich nicht mehr zulässig ist. Denn die Ausserrhoder Spitalliste ist seit ihrer erstmaligen Festsetzung bis heute unverändert zweigeteilt, indem sie sich in eine Liste A und B gliedert.

- Die **Spitalliste A** enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler erfolgte bei ausgewiesenem Bedarf und ist verknüpft mit der Beteiligung dieser Spitäler an der stationären Versorgung von Patienten der Allgemeinabteilung und je nach Auslastung von Notfall- und Risikopatienten.
- Die **Spitalliste B** umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In diesem Bereich gilt der freie Wettbewerb. Der Kanton musste lediglich für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen sorgen. In die Spitalliste B wurden deshalb sämtliche Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden auf Antrag aufgenommen, sofern sie die gesundheitspolitischen Bedingungen erfüllen.

Aufgrund der im Dezember 2007 vom Eidgenössischen Parlament verabschiedeten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes ist diese Spitalliste somit nicht mehr KVG-konform. Rechtlich zulässig ist künftig nur noch eine integrale Spitalliste. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden muss daher die der geltenden Ausserrhoder Spitalliste zugrunde liegende Spitalplanung an die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen anpassen. Parallel dazu werden auch die notwendigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen: Teilrevision des Gesundheitsgesetzes, Gesetz über den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (neu).

3 Die planerische Koordination mit anderen Kantonen

Die Spitalplanung 2012 erfolgt primär aus der Perspektive der Ausserrhoder Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben. Dies bedeutet aber nicht, dass die Ausserrhoder Spitalplanung 2012 isoliert, ohne Berücksichtigung der Patienten und Spitalplanungen anderer Kantone, stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet ein reger Austausch mit anderen Kantonen statt. Ein wesentliches Gefäss für diesen interkantonalen Austausch bilden die verschiedenen Arbeitsgruppen der Schweizer sowie der Ostschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz, die sich mit den gesamtschweizerischen bzw. regionalen interkantonalen Fragestellungen der Spitalplanung und Spitalfinanzierung auseinandersetzen.

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV wird zudem eine Koordination der Planung mit den anderen Kantonen verlangt. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im vorliegenden Versorgungsbericht werden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie die Abwanderung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, berücksichtigt.

4 Das Projekt Spitalplanung 2012

Oberste Zielsetzung für die Spitalplanung 2012 ist die zukünftige Sicherstellung der stationären kurativen und rehabilitativen somatischen und psychiatrischen Versorgung der Einwohner des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Im Rahmen der Spitalplanung sollen die betreffenden Änderungen in der Spitalplanung und -finanzierung zielführend koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Die Pflegeheimplanung ist nicht Bestandteil dieser Planung.

Die Erarbeitung der kantonalen Spitalplanung 2012 wird in drei Planungsetappen gegliedert:

1. die Erarbeitung eines Versorgungsberichtes (als Teil 1 der Spitalplanung 2012),
2. die Erstellung der Spitalplanung mit Definition der notwendigen stationären Leistungsangebote für die Sicherstellung der Spitalversorgung der Wohnbevölkerung (als Teil 2),
3. die darauf basierende Festsetzung der neuen Spitalliste (als Teil 3).

Der vorliegende Versorgungsbericht beinhaltet somit das Resultat der ersten Etappe der Ausserrhoder Spitalplanung 2012. Insofern handelt es sich dabei um einen Zwischenbericht. Darin geht es um die Frage, welche Leistungen (Art und Menge) die Ausserrhoder Wohnbevölkerung in den stationären Versorgungsbereichen der Akutsomatik (Akutspitäler) und der Rehabilitation voraussichtlich benötigt. Planungshorizont dafür ist das Jahr 2020. Als Grundlage für die Beantwortung dieser Frage dienen die bisherige Nachfrageentwicklung, die im Jahre 2008 nachgefragten Leistungen und das entsprechende aktuelle stationäre Leistungsangebot der Ausserrhoder Wohnbevölkerung. Auf dieser Grundlage wurde dann die zukünftige stationäre Leistungsnachfrage aus dem Kanton für das Jahr 2020 prognostiziert. Diese Nachfrageprognose berücksichtigt verschiedene Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung und erfolgt im Rahmen von Szenarien (d.h. unter bestimmten Wenn-dann-Bedingungen).

Diese Nachfrageprognosen bilden den Input und Aufhänger für die zweite Etappe der Spitalplanung 2012 bzw. für die daraus resultierende Spitalplanung. Darin geht es um die Frage, welches jeweilige stationäre Leistungsangebot für den wahrscheinlich(st)en Leistungsbedarf der Ausserrhoder Wohnbevölkerung in den drei Versorgungsbereichen bis zum Jahr 2020 voraussichtlich erforderlich ist. In der dritten Planungsetappe werden auf dieser Grundlage dann die Auswahl der Listenspitäler und die Bestimmung ihrer jeweiligen Leistungsaufträge erfolgen.

Die Leistungsaufträge werden nach medizinischen Leistungsspektren bzw. -gruppen differenziert werden. Im Vordergrund wird zukünftig nämlich weniger die Frage stehen, ob ein bestimmtes Spital einen Leistungsauftrag erhält, sondern welche medizinischen Leistungsbereiche der Leistungsauftrag umfasst. Als Basis für die entsprechenden Leistungsaufträge werden die im Versorgungsbericht aufgeführten Leistungsbereiche daher weiter in Leistungsgruppen unterteilt. Die Bildung dieser Leistungsgruppen basiert auf einer medizinischen und wirtschaftlichen Beurteilung der einzelnen DRG (provisorisch APDRG, definitiv dann SwissDRG). Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Auflagen wie Mindestfallzahlen, Führung eines Notfalls, Verknüpfung mit bestimmten anderen Leistungsgruppen usw. zu erwarten.

Die Einschätzung, ob sich ein Spital für einen Leistungsauftrag eignet, wird im Sinne des KVG nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität getroffen werden. Basierend auf diesen Kriterien wird das Departement Gesundheit die verschiedenen Gestaltungsoptionen für die Ausserrhoder Spitallandschaft analysieren. Dabei wird das Departement die möglichen Versorgungsstrukturvarianten auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung insgesamt und generell auf die Erfüllung der KVG-Ziele prüfen. Die daraus resultierenden Leistungsaufträge werden zunächst in einer provisorischen Spitalliste dargestellt werden. Diese provisorische Spitalliste soll dann mit den betroffenen Einrichtungen und interessierten Kreisen diskutiert und mit den von der Planung betroffenen Kantonen koordiniert werden. Danach sollen allfällige Veränderungen in die Spitalplanung (als Resultat der zweiten Planungsetappe) eingearbeitet werden.

Auf der Basis der überarbeiteten Spitalplanung wird der Regierungsrat in der dritten Planungsetappe die Spitalliste festsetzen. Für diese gilt das Prinzip der «rollenden Planung». Das heisst, die individuellen Leistungsaufträge sind befristet und unterliegen der laufenden Überprüfung. Das Departement Gesundheit beabsichtigt zudem, primär dort steuernd einzugreifen, wo mit planerischen Eingriffen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden können.

Vor diesem Hintergrund wird die Spitalplanung 2012 als Chance gesehen, die Gesundheitsversorgung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung auch zukünftig bedarfsgerecht sicherzustellen und gleichzeitig auch laufend weiter zu verbessern.

5 Das Vorgehen für den Versorgungsbericht

Als Datengrundlagen für den Versorgungsbericht (Teil 1 der Spitalplanung 2012) dienen die Medizin-Statistik (MedStat) sowie die Bevölkerungsstatistik und -prognose (ESOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Aus pragmatischen Gründen wurde entschieden, die betreffenden statistischen Grundlagenarbeiten, aber auch die darauf basierende Berechnung der kantonalen Nachfrageprognosen in Anlehnung an die laufende Zürcher Spitalplanung 2012 vornehmen zu lassen.

Als erster Schritt der ersten Planungsetappe wurde daher die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich mit der Aggregation und Aufbereitung der betreffenden Ausserrhoder Daten beauftragt. Die statistische Darstellung der von der Ausserrhoder Bevölkerung bis zum Jahr 2008 in Anspruch genommenen stationären Leistungen erfolgt deshalb nach den Leistungsbereichen im Zürcher Versorgungsbericht. Und auch die prognostizierte

Entwicklung des kantonalen stationären Leistungsbedarfs bis ins Jahr 2020 wurde nach der gleichen Methodik sowie aufgrund der gleichen Annahmen wie für den Versorgungsbericht des Kantons Zürich angegangen.

Vor diesem Hintergrund hat das Departement Gesundheit den Experten Dr. Klaus Müller, Integra Consult in Bern, beauftragt, die von der Zürcher Gesundheitsdirektion aggregierten Ausserrhoder Ist- und Prognose-Daten inhaltlich auszuwerten und, darauf basierend, diesen Versorgungsbericht zu verfassen. Die nachfolgenden Ausführungen zur Akutsomatik und Rehabilitation lehnen sich somit - auftragsgemäss - eng an den Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2012 an. Dagegen mussten für die Ausführungen zur Psychiatrie separate Überlegungen und Recherchen angestellt werden, weil dieser Versorgungsbereich kein Bestandteil der Zürcher Spitalplanung 2012 ist und daher auch in dessen Versorgungsbericht ausgeklammert bleibt. Zwar müssen auch einzelne der im Zürcher Versorgungsbericht angenommenen Einflussfaktoren der Nachfrageprognose für die Akutsomatik und Rehabilitation aus der spezifischen Sicht des Kantons Appenzell Ausserrhoden - im Sinne von Wenn-dann-Bedingungen - relativiert werden. Diese Relativierung erfolgt aber separat und im Hinblick auf die zweite Planungsetappe.

6 Die Struktur des Versorgungsberichts

Der vorliegende Versorgungsbericht berücksichtigt lediglich die Versorgungsbereiche der Akutsomatik sowie der (nicht-psychiatrischen) Rehabilitation. Um die laufenden Arbeiten an einem Psychiatriekonzept für den Kanton Appenzell Ausserrhoden und die diesbezügliche Bedarfsplanung für den Kanton zeitlich besser abstimmen und entsprechende Synergien nutzbar machen zu können, wurde entschieden, den Bereich der Psychiatrie in einem separaten, etwas später vorgelegten Versorgungsbericht zu berücksichtigen.

Nachfolgend wird zunächst die für die Bedarfsplanung sämtlicher Versorgungsbereiche grundlegende kantonale Bevölkerungsentwicklung beschrieben. Danach werden die wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung und der darauf basierenden Nachfrageprognose für die stationäre Versorgung in der Akutsomatik sowie der Rehabilitation zusammengefasst. In den anschliessenden zwei Blöcken des Berichtes (B und C) werden die detaillierten Ergebnisse für diese beiden Versorgungsbereiche beschrieben und die dafür massgeblichen Datengrundlagen (Tabellen und Diagramme) dargestellt. Der Anhang zum Versorgungsbericht gibt in Teil D das für die Aufbereitung der Ist-Daten und besonders die Nachfrageprognose grundlegende methodische Vorgehen für den Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2012 sowie die dabei als massgeblich angenommenen Einflussfaktoren wieder. Teil G beinhaltet ein Glossar und die Verzeichnisse, Teil F die Basistabellen (statistische Grundlagen).

7 Die grundlegende demografische Entwicklung und Prognose

Ein wesentlicher, grundlegender Einflussfaktor des kantonalen Spitalbedarfs ist selbstverständlich die demografische Entwicklung des betreffenden Kantons bzw. dessen Prognose. Die nachfolgend wiedergegebene Bevölkerungsprognose für den Kanton Appenzell Ausserrhoden basiert auf der Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik.

Demografische Entwicklung und Prognose für den Kanton Appenzell Ausserrhoden

Zwischen den Jahren Jahr 2000 und 2008 hat sich die Ausserrhoder Bevölkerung von 53 515 auf 53 054 verringert, was einer Abnahme von etwas weniger als einem Prozent entspricht. Gemäss Prognose wird die Ausserrhoder Bevölkerung zwischen 2008 und 2020 jedoch von 53 054 auf 54 200 wieder leicht wachsen, und zwar um gut 2 Prozent.

Abbildung 1 zeigt, als Balkendiagramm, den tatsächlichen jährlichen kantonalen Bevölkerungsstand des Kantons Appenzell Ausserrhoden zwischen 2000 und 2008 sowie den prognostizierten jährlichen Bevölkerungsstand für den anschliessenden Zeitraum bis 2020. Daraus ergibt sich, in der Gesamtbetrachtung über diese 20 Jahre, der Eindruck einer nahezu stabilen Wohnbevölkerung des Kantons.

Abbildung 2 zeigt, ebenfalls als Balkendiagramm, die für den Zeitraum zwischen 2008 und 2020 prognostizierte Bevölkerungsentwicklung des Kantons Appenzell Ausserrhoden, differenziert nach fünf Altersgruppen. Aus dieser differenzierten Betrachtung ergibt sich der Eindruck eines deutlich alternden Kantons.

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2000 und 2008

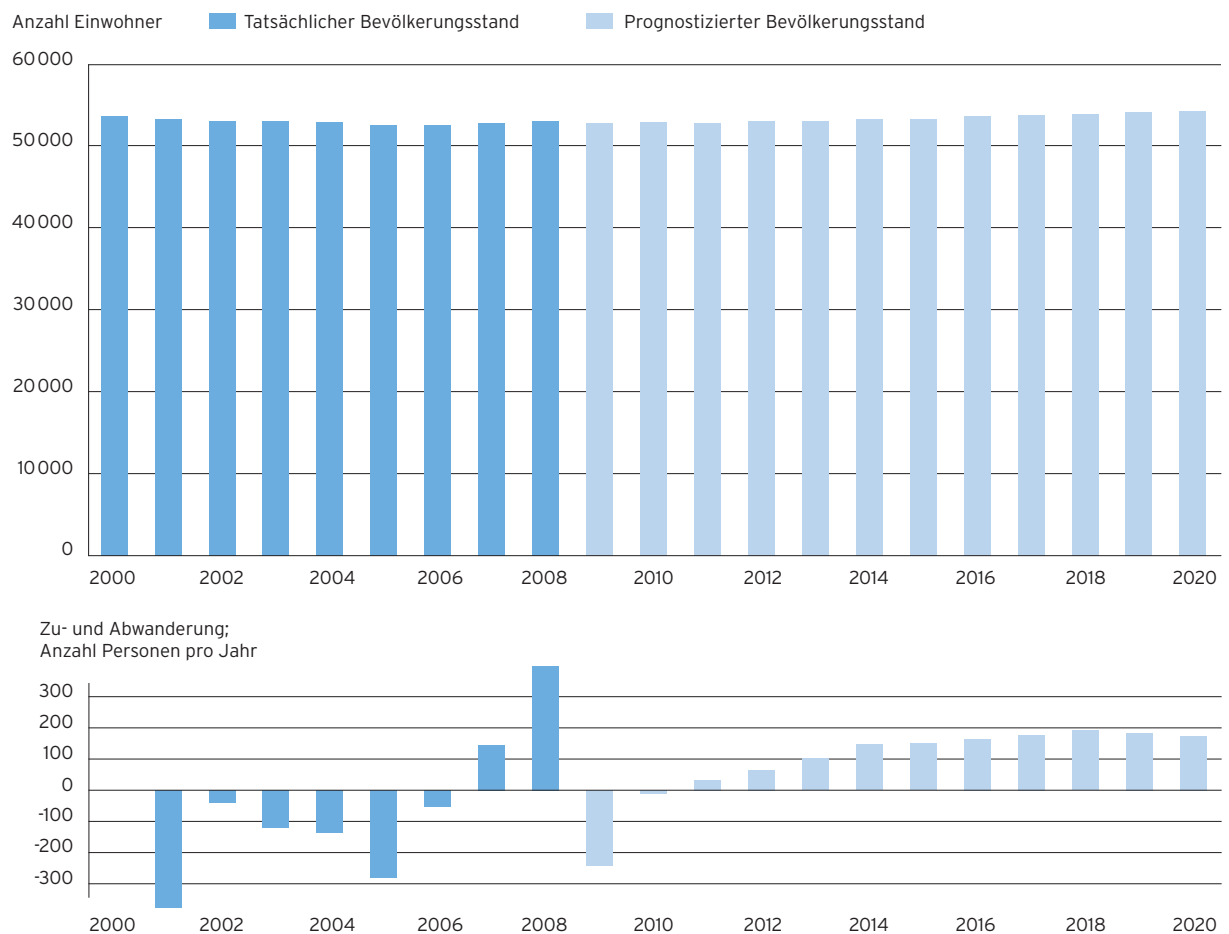
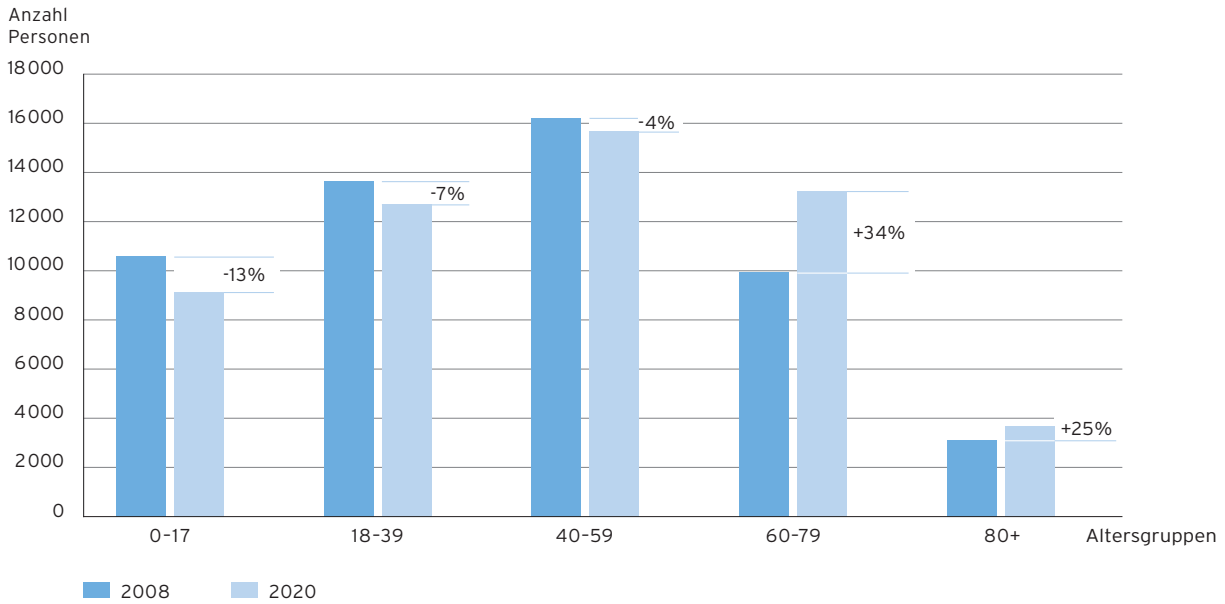


Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2008 und 2020 nach Altersgruppen



Das **Fazit** aus beiden Abbildungen lautet somit: Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wird bis zum Jahr 2020, absolut betrachtet, voraussichtlich zumindest keine Einwohner verlieren. Im gleichen Zeitraum wird sich die Altersstruktur seiner Wohnbevölkerung aber (weiterhin) sehr ausgeprägt verändern, indem der Bevölkerungsanteil der jüngeren Einwohner deutlich schrumpft (und dies je jünger, desto ausgeprägter) und der Bevölkerungsanteil der älteren Einwohner deutlich ansteigt. Im Übrigen wird auch das prognostizierte leichte absolute Bevölkerungswachstum des Kantons zwischen 2008 und 2020 dadurch relativiert, dass die Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik für diesen Zeitraum schweizweit von einem Bevölkerungswachstum von vier Prozent ausgeht, nämlich von 7,7 Mio. Einwohnern auf 8,1 Mio. Mit den prognostizierten 2 Prozent wird der Kanton Appenzell Ausserrhoden somit deutlich unterdurchschnittlich wachsen.

Tabelle 1 zeigt noch die (in Abbildung 1 in Diagrammform wiedergegeben) jährlichen kantonalen Bevölkerungszahlen für die Jahre von 2000 bis 2020 im Total sowie differenziert nach den fünf Altersgruppen 0-17, 18-39, 40-59, 60-79 sowie 80+ Jahre.

Tabelle 2 zeigt die (in Abbildung 2 in Diagrammform wiedergegebenen) kantonalen Bevölkerungszahlen für die Jahre 2008 und 2020 unter Einbezug dieser fünf Altersgruppen.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzel Ausserrhoden zwischen 2000 und 2020

Jahr	Altersgruppen					Total
	0-17	18-39	40-59	60-79	80+	
2000	12602	15129	14478	8748	2558	53515
2001	11964	15346	14733	8472	2623	53138
2002	11758	15025	15054	8600	2660	53097
2003	11544	14676	15308	8751	2697	52976
2004	11289	14379	15525	8903	2745	52841
2005	11029	13944	15648	9132	2808	52561
2006	10828	13663	15824	9369	2825	52509
2007	10611	13615	15968	9592	2868	52654
2008	10539	13554	16207	9857	2897	53054
2009	10184	13424	16163	10096	2946	52813
2010	9957	13276	16196	10375	3005	52809
2011	9753	13193	16223	10622	3051	52842
2012	9600	13156	16145	10914	3093	52908
2013	9493	13084	16065	11224	3144	53010
2014	9396	13026	16036	11509	3190	53157
2015	9299	12989	15982	11789	3248	53307
2016	9221	12960	15936	12053	3301	53471
2017	9189	12886	15853	12368	3353	53649
2018	9182	12793	15786	12646	3434	53841
2019	9195	12691	15661	12958	3521	54026
2020	9211	12587	15584	13206	3612	54200

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung unter Einbezug der Altersgruppen

	Jahr 2008	Anteil (%)	Jahr 2020	Anteil (%)	Wachstum
Alter					
0-17	10539	19,9	9211	17,0	-13%
18-39	13554	25,5	12587	23,2	-7%
40-59	16207	30,5	15584	28,8	-4%
60-79	9857	18,6	13206	24,4	+34%
80+	2897	5,5	3612	6,8	+25%
Total	53054	100%	54200	100%	+2%

Auf der Grundlage der Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik (BfS) ist für die Spitalplanung 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden somit davon auszugehen, dass die Zahl seiner Einwohner bis zum Jahr 2020 zumindest stabil bleiben oder sogar wieder leicht ansteigen wird. Auffallend ist, dass die Altersgruppen der 60- bis 79- sowie der 80+-Jährigen, wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, bis ins Jahr 2020 sehr stark an Gewicht gewinnen werden. So wird sich der Bevölkerungsanteil der Personen ab 60 Jahren zwischen 2008 und 2020 von 24 Prozent auf voraussichtlich gut 31 Prozent erhöhen. Dieser Faktor der demografischen Alterung wird in jedem Falle auch zu einer (weiteren) Nachfrageverlagerung in Richtung der für die ältere Bevölkerung überdurchschnittlich relevanten medizinischen Fachbereiche führen. Und dieser Faktor wird sich daher unbestrittenermassen auch in der kantonalen Spitalbedarfsplanung niederschlagen (müssen).

8 Die kurzgefassten Ergebnisse zur Nachfrageentwicklung und -prognose

Akutsomatik

Die Anzahl hospitalisierter Ausserrhoder ist von 7 640 im Jahr 2003 um knapp 11 Prozent auf 8 450 im Jahr 2008 gestiegen. Da die Zahl der Kantonseinwohner in diesem Zeitraum unverändert geblieben ist, lässt sich dieser Zuwachs an stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen in erster Linie nur mit der demografischen Altersverschiebung erklären.

Die Anzahl der Pflgetage hatte sich im Jahr 2008 im Vergleich zu 2003 zwar um knapp 2 Prozent erhöht. Sie hat in den dazwischenliegenden vier Jahren aber sehr stark geschwankt und jeweils auch immer mehr oder minder deutlich unter der Anzahl Pflgetage im Jahr 2003 gelegen. Die mittlere Aufenthaltsdauer war 2004 höher als 2003 und ist danach von Jahr zu Jahr kontinuierlich gesunken.

In der Prognose wurden die voraussichtlichen demografischen, medizintechnologischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt. Da die zukünftigen Entwicklungen nicht genau bestimmt werden können, wurden drei verschiedene Szenarien berücksichtigt.

Im wahrscheinlichsten Szenario wird eine Zunahme der Patienten um knapp neun Prozent, jedoch eine Abnahme der Pflgetage um rund fünf Prozent bis 2020 prognostiziert. Der wichtigste Grund für die prognostizierte Zunahme der Patienten ist die erwartete weitere demografische Alterung der Ausserrhoder Bevölkerung. Die gleichzeitige Abnahme der Pflgetage ist in erster Linie auf den prognostizierten weiteren Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauern von 7,4 Tagen im Jahr 2008 auf 6,4 Tage im Jahr 2020 zurückzuführen. Wesentlichen Einfluss darauf hat die für das Jahr 2012 programmierte Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG.

Rehabilitation

Die Zahl der stationär rehabilitierten Ausserrhoder Patienten, deren mittlere Aufenthaltsdauer sowie die Gesamtzahl der Pflgetage hat zwischen 2003 und 2008 von Jahr zu Jahr sehr stark geschwankt. Damit war für diesen gesamten Zeitraum weder hinsichtlich der Eintrittshäufigkeit in eine stationäre Rehabilitationsbehandlung noch hinsichtlich ihrer mittleren Aufenthaltsdauer ein Trend erkennbar. Immerhin hat sich die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2006 und 2008 aber rückläufig entwickelt. Die nachgefragten Rehabilitationsleistungen scheinen sich mit abnehmender Häufigkeit auf die muskuloskelettale, neurologische, psychosomatische und kardiovaskuläre Rehabilitation zu verteilen. Wegen der relativ häufigen unspezifischen Codierung sind diesbezüglich aber keine klaren Aussagen möglich. 2008 kamen 54 Prozent der Ausserrhoder Nachfrage nach stationärer Rehabilitation von älteren Personen (im Alter 60+).

Offenbar werden der (stationäre) Ausserrhoder neurologische Rehabilitationsbedarf sowie - mehr noch - der psychosomatische Rehabilitationsbedarf ganz überwiegend innerkantonal befriedigt, während der kardiovaskuläre Rehabilitationsbedarf sowie - mehr noch - der muskuloskelettale Rehabilitationsbedarf offenbar in ausgeprägtem Ausmass (auch) ausserkantonal gedeckt werden. Der pulmonale und der internistisch-onkologische Rehabilitationsbedarf des Kantons müssen offenbar vollumfänglich ausserkantonal gedeckt werden.

Wie in der Akutsomatik wurden auch in der Prognose des rehabilitativen Leistungsbedarfs die voraussichtlichen Entwicklungen der wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt. Dabei spielen insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung, die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis sowie das Angebot an ambulanter und geriatrischer Rehabilitation eine wichtige Rolle. Da die zukünftigen Entwicklungen auch in der Rehabilitation nicht genau bestimmt werden können, wurden auch hier drei verschiedene Szenarien berücksichtigt. Hinsichtlich der per 2020 prognostizierten Ausserrhoder Nachfrage nach stationärer Rehabilitation ergibt sich daraus eine Bandbreite zwischen 280 und 367 Patienten (2008 waren dies 304 Patienten), hinsichtlich der betreffenden Pflegetage eine Bandbreite zwischen 6400 und 10300 (2008 lag diese Zahl bei rund 8300). Unter der Voraussetzung bestimmter versorgungsstruktureller Rahmenbedingungen, die Gegenstand der zweiten Planungsetappe sind, kann per 2020 mit rund 310 stationären Ausserrhoder Rehabilitationspatienten und mit rund 8500 Pflegetagen gerechnet werden.

Aus seinen interkantonalen Patientenströmen ergibt sich für den Kanton Appenzell Ausserrhoden - hinsichtlich der anstehenden zweiten Planungsetappe der Spitalplanung 2012 - ein interkantonaler Koordinationsbedarf der Angebotsplanung in erster Linie für die psychosomatische und die kardiovaskuläre Rehabilitation, in zweiter Linie aber auch für die neurologische und muskuloskelettale Rehabilitation.

B

Die stationäre akutsomatische Versorgung

Im ersten Teilkapitel von Block B wird zunächst die bisherige akutsomatische Nachfrageentwicklung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 analysiert und danach die kantonale Leistungsnachfrage für das Jahr 2008 nach Leistungsbereichen und Altersgruppen ausdifferenziert. Im zweiten Teilkapitel wird die Prognose der akutsomatischen Behandlungen für das Jahr 2020 mit ihren dafür angenommenen Einflussfaktoren dargestellt. Die weiteren Teilkapitel befassen sich (für das Jahr 2008) mit der spitalbezogenen Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Bevölkerung, mit dem Leistungsangebot der akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie mit den Zu- und Abwanderungen von Patienten in den bzw. aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden.

1 Bisherige Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Bevölkerung

Dieses Kapitel bildet den Kern des Versorgungsberichts. Zuerst wird die bisherige und aktuelle Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationären akutsomatischen Spitalleistungen analysiert. Die Grundgesamtheit dafür bilden alle stationären Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden, unabhängig vom Behandlungsort.

1.1 Die Entwicklung der Nachfrage

In diesem Teilkapitel wird anhand einer Zeitreihe von 2003 bis 2008 die bisherige Nachfrage nach stationären Leistungen der Ausserrhoder Wohnbevölkerung aufgezeigt. Um ein genaueres Bild zu zeigen, werden anschliessend die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen und Altersgruppen analysiert.

Die Nachfrage nach stationären Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate sowie der Aufenthaltsdauer der stationären Behandlung (Pflegetage). Aufgrund der Einwohnerzahl und der Hospitalisationsrate ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Patienten. Diese Zahl multipliziert mit der Aufenthaltsdauer pro Patient ergibt die Anzahl Pflegetage.

Table 3 zeigt die jährliche Entwicklung der Patientenzahlen und der Pflegetage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung für die Jahre 2003 bis 2008, aufgeschlüsselt nach den genannten Faktoren in der Form von Kennziffern. Abbildung 3 zeigt diese Entwicklung in der Form von Balkendiagrammen.

Tabelle 3: Entwicklung der Patientenzahl und der Pfl egetage 2003 bis 2008

Jahr	Fälle in 1000	AHD	Pfl egetage in 1000	Hospitalisation pro 10 000 Einwohner	Pfl egetage pro 10 000 Einwohner	Bevölkerung
2003	7.64	8.0	61.13	1 442	11 513	53 097
2004	6.97	8.5	59.52	1 319	11 264	52 841
2005	6.98	7.8	54.32	1 327	10 334	52 561
2006	7.19	7.6	54.82	1 369	10 440	52 509
2007	7.46	7.5	56.26	1 418	10 685	52 654
2008	8.45	7.4	62.17	1 593	11 718	53 054

Abbildung 3a: Entwicklung der Patientenzahl und Hospitalisationsrate 2003 bis 2008

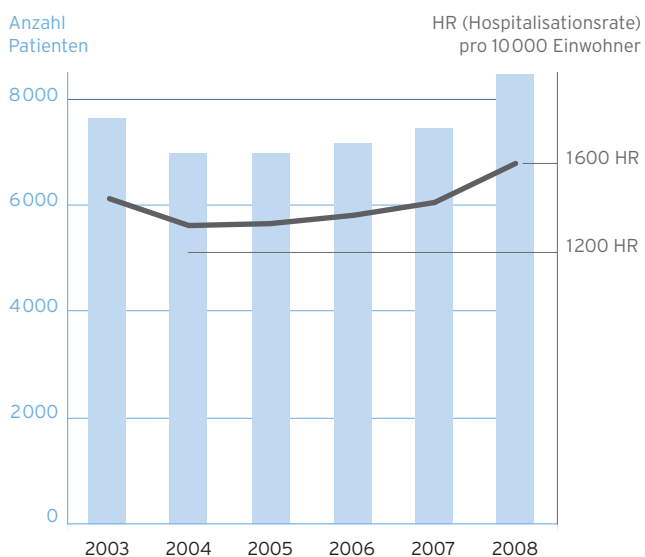
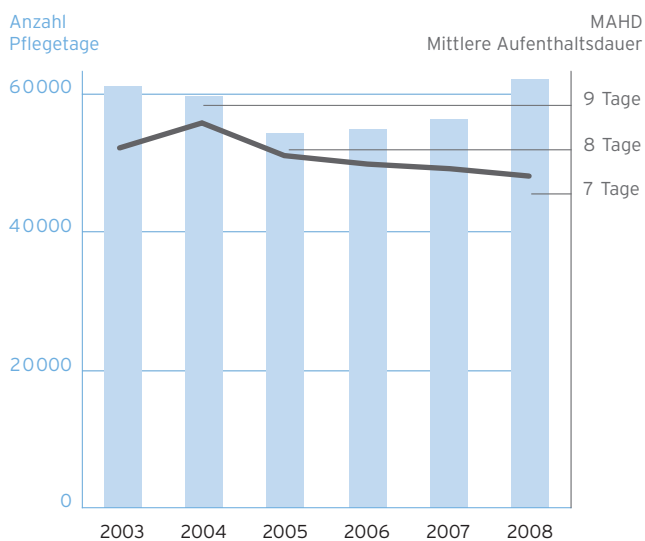


Abbildung 3b: Entwicklung der Pfl egetage und mittlere Aufenthaltsdauer 2003 bis 2008



Aufgrund der in *Tabelle 3* wiedergegebenen Zahlen stellt sich die Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationären akutsomatischen Spitalleistungen im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 wie folgt dar:

1. Die absolute jährliche Anzahl der Spitaleintritte (Fälle) ist von 6 970 (2004) auf 8 450 (2008) gestiegen. Dementsprechend gestiegen ist in diesem Zeitraum die betreffende Kennziffer (Hospitalisation pro 10 000 Einwohner) als relative Grösse. Dass dieser Anstieg von Jahr zu Jahr stärker ausgefallen ist, scheint auf einen Trend hinzuweisen. Auf der anderen Seite war im gesamten, in *Tabelle 3* berücksichtigten Zeitraum 2003 das Jahr mit der zweithöchsten Zahl der Spitaleintritte. Erklären lassen sich die angesprochenen Unterschiede jedenfalls nicht mit der (absoluten) Bevölkerungsentwicklung.
2. Die durchschnittliche akutstationäre Aufenthaltsdauer (AHD) der Ausserrhoder Bevölkerung war im Jahr 2004 am höchsten und hat sich seitdem tendenziell verringert.
3. Dagegen schwankt die absolute (und damit auch relative) Zahl der Pflagetage von Jahr zu Jahr, entsprechend den jährlichen Schwankungen der Spitaleintritte. Der (wenn auch eher nur geringfügige) tendenzielle Rückgang der AHD hat sich von daher - zumindest bisher - auch nicht in einer gleichzeitigen tendenziellen Verringerung der von der Ausserrhoder Bevölkerung beanspruchten Pflagetage niedergeschlagen.

Abbildung 3 zeigt nochmals die Entwicklung der Spitaleintritte und der Pflagetage im Zeitraum 2003 bis 2008 als Balkendiagramm.

- Aus der *Abbildung 3a* ergibt sich, dass die Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Jahr 2004 6 970 und 2008 8 450 stationäre Spitalaufenthalte benötigte.⁵ Das entspricht einer Fallsteigerung von 21 Prozent. Dementsprechend ist zwischen 2004 und 2008 auch die Kennziffer Zahl der Hospitalisationen pro 10 000 Einwohner angestiegen, und zwar von rund 1300 auf knapp 1600.
- Aus der *Abbildung 3b* ergibt sich, dass die Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Jahr 2004 knapp 60 000 und 2008 gut 62 000 akutstationäre Pflagetage in Anspruch genommen hat. Gleichzeitig ist die mittlere Aufenthaltsdauer von 8,5 auf 7,4 Tage gesunken, also um rund 13 Prozent.

Weil die kantonale Einwohnerzahl in diesem Zeitraum unverändert geblieben ist (Schwankungen innerhalb einer Bandbreite von 1 Prozent - s. ieh *Tabelle 3*), ist die oben konstatierte tendenzielle Steigerung der Spitaleintritte und der Pflagetage jedenfalls nicht mit einer Bevölkerungszunahme zu erklären.

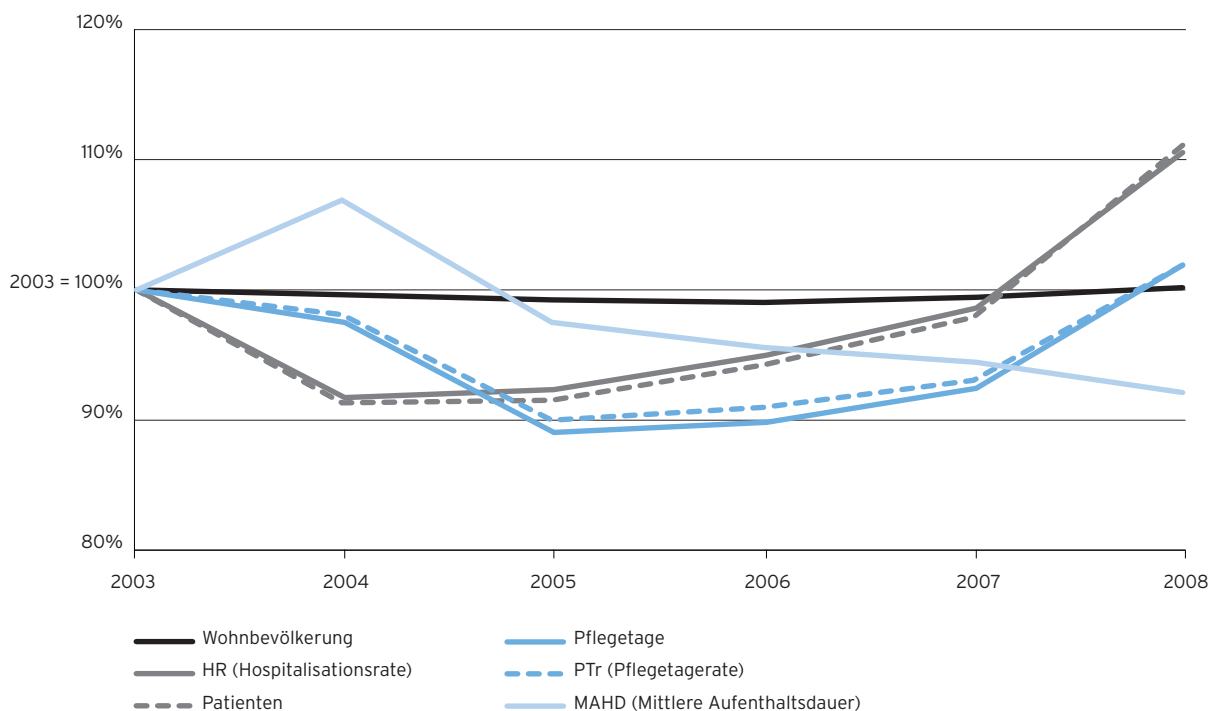
Die beschriebenen Auswertungsergebnisse werden durch *Tabelle 4* und *Abbildung 4*, in denen die Veränderungsdaten der angesprochenen Faktoren dargestellt sind, nochmals bestätigt.

⁵ Mehrfacheintritte einer Person pro Jahr werden auch als mehrere Fälle/Patienten gezählt. Die beschriebenen Zahlen beziehen sich daher nicht auf die Anzahl Personen, sondern die Anzahl Spitalaufenthalte der Ausserrhoder Bevölkerung in einem Spital.

Tabelle 4: Veränderungsraten 2003 bis 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Wohnbevölkerung	53 097	52 841	52 561	52 509	52 654	53 054
Hospitalisationsrate (HR)	1 442	1 319	1 327	1 369	1 418	1 593
Fälle	7 641	6 972	6 977	7 186	7 464	8 453
Pflegetage	61 133	59 519	54 316	54 819	56 259	62 167
Pflegetagerate (PTr)	11 513	11 264	10 334	10 440	10 685	11 718
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	8.0	8.5	7.8	7.6	7.5	7.4
Veränderungsrate (Basisjahr 2003 = 100%)						
Wohnbevölkerung	100%	100%	99%	99%	99%	100%
HR	100%	91%	92%	95%	98%	110%
Patienten	100%	91%	91%	94%	98%	111%
Pflegetage	100%	97%	89%	90%	92%	102%
PTr	100%	98%	90%	91%	93%	102%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	100%	107%	97%	95%	94%	92%

Abbildung 4: Veränderungsraten 2003 bis 2008



Zu vermuten ist, dass der aus *Abbildung 4* für die Jahre 2004 bzw. 2005 bis 2008 ergebende Eindruck einer tendenziellen Zunahme der Spitaleintritte bzw. Hospitalisationen sowie der Anzahl Pflegetage mit der demografischen Alterung des Kantons Appenzell Ausserrhoden zusammenhängt (Siehe dazu Kap. 7 in Teil A). Erfahrungsgemäss bedürfen ältere im Vergleich zu jüngeren Personen häufiger einer Spitalbehandlung und mehr Pflegetagen bis zur Spitalentlassung. Der Effekt der demografischen Alterung wird daher später im Detail analysiert.

1.2 Die Nachfragestruktur 2008

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Tabelle 5 zeigt die stationären Leistungen der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Jahr 2008 und charakterisiert diese anhand ausgewählter Merkmale.

Die einzelnen Zahlenangaben in dieser Tabelle sprechen für sich. Nachfolgend können und sollen daher nur einige speziell auffällige Angaben beschrieben werden.

Tabelle 5: Patienten nach Leistungsbereichen 2008

	Patienten (abs.)	Patienten in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Spitaleintritt % Notfall	Kostenträger % KVG	Liegeklasse % Zusatzversicherung HP+P	Behandlungsort und Ausser-Kanton	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Anteil Total-Pflegedage in %	CMI
Nervensystem und Sinnesorgane										
Dermatologie	259	3%	52	81%	77%	23%	38%	6.0	2%	0.664
Hals-Nasen-Ohren	286	3%	37	38%	93%	12%	50%	4.5	2%	0.661
Neurochirurgie	46	1%	56	46%	89%	33%	85%	10.8	1%	2.055
Neurologie	406	5%	52	78%	88%	19%	58%	6.6	4%	0.778
Ophthalmologie	78	1%	68	17%	92%	58%	67%	3.2	0%	0.676
Innere Organe										
Endokrinologie	87	1%	52	54%	98%	21%	47%	11.5	2%	1.060
Gastroenterologie	544	6%	57	81%	99%	20%	28%	6.7	6%	0.682
Viszeralchirurgie	670	8%	52	38%	98%	24%	37%	8.6	9%	1.179
Hämatologie	109	1%	60	43%	91%	25%	52%	11.1	2%	1.380
Herz- und Gefässchirurgie	294	3%	61	22%	93%	31%	47%	7.6	4%	1.717
Kardiologie und Angiologie	575	7%	70	69%	99%	27%	45%	6.7	6%	1.052
Infektiologie	130	2%	54	79%	93%	19%	38%	11.0	2%	1.276
Nephrologie	79	1%	58	87%	100%	23%	33%	7.0	1%	0.714
Urologie	369	4%	60	35%	98%	26%	46%	6.7	4%	0.793
Pneumologie	348	4%	59	90%	97%	24%	31%	9.0	5%	0.927
Thoraxchirurgie	74	1%	59	57%	91%	23%	57%	17.8	2%	4.328
Bewegungsapparat										
Orthopädie	1 819	22%	56	24%	63%	33%	36%	7.9	23%	0.995
Rheumatologie	250	3%	59	68%	87%	25%	38%	7.8	3%	0.690
Gynäkologie und Geburtshilfe										
Gynäkologie	315	4%	52	11%	98%	27%	42%	6.0	3%	0.876
Geburtshilfe	543	6%	31	23%	99%	13%	34%	6.2	5%	0.589
Neugeborene	508	6%	0	7%	95%	0%	36%	7.1	6%	0.617
Übrige										
(Radio-) Onkologie	85	1%	58	1%	100%	41%	62%	3.7	1%	0.625
Psychiatrie und Toxikologie	106	1%	49	70%	96%	11%	41%	8.1	1%	0.746
Schwere Verletzungen	83	1%	44	93%	84%	12%	33%	8.9	1%	1.161
Transplantationen	4	0%	48	50%	75%	0%	100%	17.3	0%	7.392
Sonstige Behandlung	214	3%	53	34%	91%	24%	61%	8.1	3%	0.851
Verlegungen und Todesfälle	172	2%	51	88%	88%	13%	44%	1.8	0%	0.378
Total	8 453	100%	51	44%	88%	23%	41%	7.4	100%	0.934

Im Jahr 2008 beanspruchten die Einwohner des Kantons Appenzel Ausserrhoden, wie im vorstehenden Kapitel bereits angesprochen, in 8 453 Fällen einen stationären Spitalaufenthalt. Davon waren die einzelnen medizinischen Leistungsbereiche naturgemäss sehr unterschiedlich betroffen. Am häufigsten waren, mit 22 Prozent, die orthopädischen Eingriffe, gefolgt von den Bereichen *Geburtshilfe* und *Neugeborene* mit zusammen 12 Prozent.

Die unterschiedliche Betroffenheit der einzelnen medizinischen Leistungsbereiche von der kantonalen Gesamtzahl der stationären Spitalaufenthalte schlägt sich, leicht abgewandelt, auch in deren unterschiedlichen Anteilen an der kantonalen Gesamtzahl der Pflage tage in somatischen Akutspitälern nieder (Siehe Merkmal *Total Pflage tage in %*). Im Durchschnitt waren die Patienten 51 Jahre alt. Am ältesten sind die Patienten, mit rund 70 Jahren, in den Leistungsbereichen *Kardiologie* und *Angiologie* und *Ophthalmologie*. Im Durchschnitt sind 44 Prozent aller Spitaleintritte notfallmässig erfolgt. Auch dieser Anteil variiert aber zwischen den einzelnen Leistungsbereichen sehr stark.

Von allen stationären Spitalaufenthalten wurden knapp neun von zehn Fällen über die obligatorische Krankenversicherungen abgerechnet (vgl. Merkmal *Kostenträger % KVG*). In einzelnen Bereichen (wie z.B. der *Orthopädie*) ist der Anteil deshalb niedriger, weil in diesen mehr Unfallpatienten behandelt werden. Insgesamt liessen sich 2008 nur noch 23 Prozent der Ausserrhoder Patienten in der halbprivaten oder privaten Versicherungsklasse behandeln. 41 Prozent aller Behandlungen wurden in einem anderen Kanton durchgeführt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Ausmass innerkantonal angebotener fachmedizinischer Spezialitäten variiert aber auch dieser Anteil zwischen den einzelnen Leistungsbereichen sehr stark.

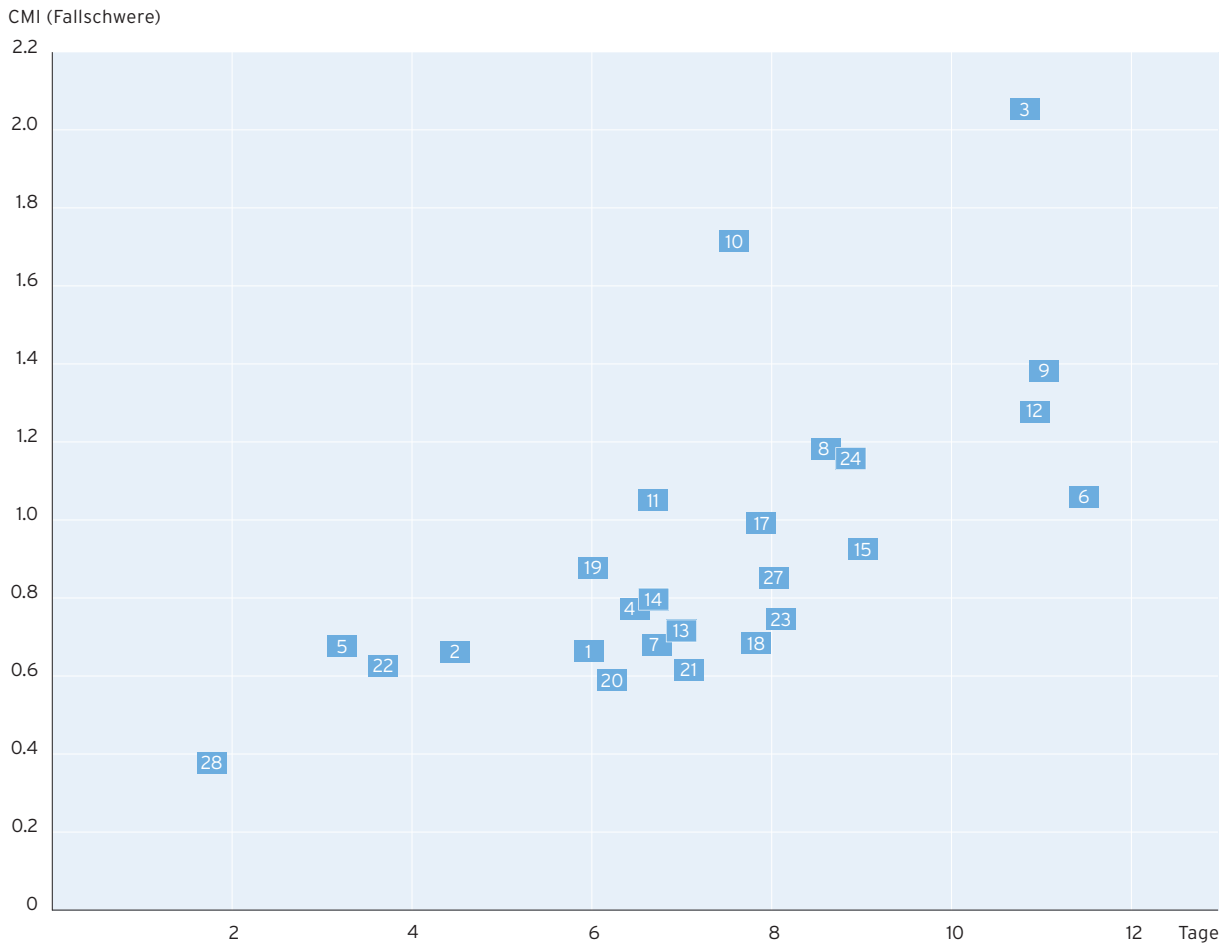
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag 2008, wie im vorstehenden Kapitel bereits angesprochen, bei 7,4 Tagen. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer variiert aber zwischen den einzelnen Leistungsbereichen sehr stark. Dies trifft selbstverständlich auch für den jeweiligen CMI (als Fallschwere-Index⁶) zu.

Die *Abbildung 5* stellt den Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und dem CMI pro Leistungsbereich dar. Insgesamt beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer der Ausserrhoder Wohnbevölkerung bei ihren Spitalaufenthalten 7,4 Tage (horizontale Linie) und der CMI 0,96 (vertikale Linie). Die Basistabellen für diese Abbildung finden sich im Statistischen Anhang zu diesem Versorgungsbericht (Teil F).⁷

⁶ Der Case Mix Index (CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamtressourcenaufwand entspricht (daher Fallschwere-Index). Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar. Die Summe der Fallgewichte dividiert durch die Anzahl Fälle ergibt den CMI.

⁷ Siehe Tabelle Akut 1: Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen 2008; Tabelle Akut 2: Mittlere Aufenthaltsdauer und Fallschwere nach Leistungsbereiche.

Abbildung 5: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI)



Legende:

1 Dermatologie	10 Herz- und Gefässchirurgie	20 Gynäkologie
2 Hals-Nasen-Ohren	11 Kardiologie und Angiologie	21 Geburtshilfe
3 Neurochirurgie	12 Infektiologie	22 Neugeborene
4 Neurologie	13 Nephrologie	23 (Radio-) Onkologie
5 Ophthalmologie	14 Urologie	24 Psychiatrie und Toxikologie
6 Endokrinologie	15 Pneumologie	25 Schwere Verletzungen
7 Gastroenterologie	16 Thoraxchirurgie	26 Transplantationen
8 Viszeralchirurgie	18 Orthopädie	27 Sonstige Behandlung
9 Hämatologie	19 Rheumatologie	28 Verlegungen und Todesfälle

Aus der diagonalen Anordnung der Fachbereiche in der Abbildung ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere. Generell gilt, dass bei kurzen/langen Spitalaufenthalten auch die Fallschwere niedrig/hoch ist. Unterhalb der (virtuellen) Diagonalen sind die Leistungsbereiche angesiedelt, die für ihr Fallgewicht eine relativ lange Aufenthaltsdauer aufweisen. Oberhalb der Diagonalen sind die kapitalintensiveren Bereiche zu finden. Letztere benötigen überproportional viel teure Medizintechnik (zum Beispiel Operationssäle, Spezialgeräte) und/oder kostenintensive Implantate und Medikamente. Mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 7,6 Tagen hat der Bereich *Herz- und Gefässchirurgie* einen überdurchschnittlich hohen Schweregrad (CMI: 1,7).

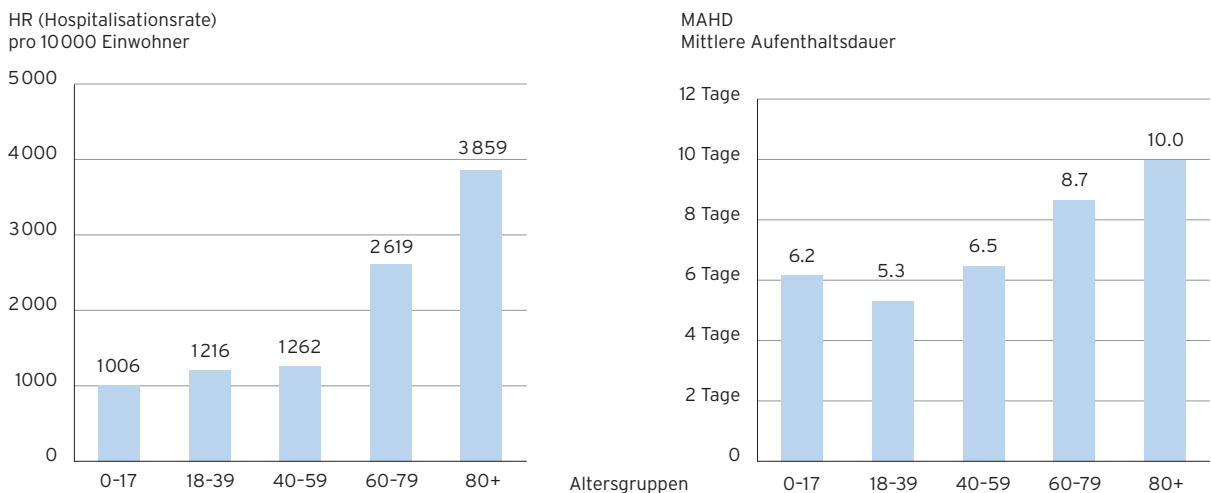
1.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Tabelle 6 zeigt die Hospitalisationsrate und die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten aus dem Kanton AR nach Altersgruppen im Jahr 2008. *Abbildung 6* zeigt diese Daten in der Form von Balkendiagrammen. Die Basistabellen für diese Abbildung finden sich im Statistischen Anhang zu diesem Versorgungsbericht (Teil F).⁸

Tabelle 6: Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen

	Hospitalisation pro 10'000 Einwohner	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage
0-17	1 006	6,2
18-39	1 216	5,3
40-59	1 262	6,5
60-79	2 619	8,7
80+	3 859	10,0
Total	1 593	7,4

Abbildung 6: Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppe



Aus der Tabelle und der Abbildung ergibt sich für die darin ab dem 18. Lebensjahr aufgeführten vier Altersgruppen ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Alter, Spitalhäufigkeit und mittlerer Aufenthaltsdauer. Die Abbildung links zeigt, dass mehr als jeder vierte der 60- bis 79-Jährigen einmal jährlich im Spital liegt. In der Altersgruppe 80+ trifft dies auf nahezu zwei von fünf Personen zu. Dagegen muss von der jüngsten Altersgruppe jährlich nur jeder zehnte stationär behandelt werden. Mit steigendem Alter braucht der Körper aber auch eine längere Regenerationsphase, was sich auf die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital auswirkt. Dies zeigt sich in der Abbildung rechts für die Altersgruppen ab dem 18. Lebensjahr.

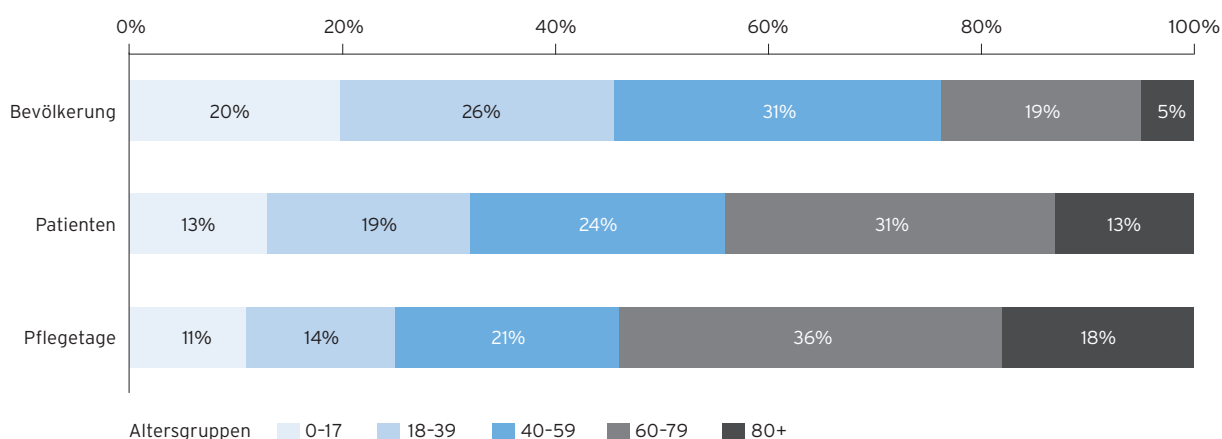
⁸ Siehe Tabelle Akut 3: Patienten nach Altersgruppen; Tabelle Akut 4: Patienten nach Leistungsbereichen und Altersgruppen.

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Hospitalisationen (Fälle) sowie der Pflage tage, aufgeschlüsselt nach den genannten Altersgruppen, in Relation zur jeweiligen Zahl der Einwohner des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008. Abbildung 7 zeigt diese Daten in der Form von Balkendiagrammen.

Tabelle 7: Wohnbevölkerung, Patienten und Pflage tage nach Altersgruppen 2008

	Fälle (abs.)	Pflage tage abs.)	Bevölkerung	Bevölkerung	Patienten	Pflage tage
0-17	1 060	6 586	10 539	20%	13%	11%
18-39	1 648	8 760	13 554	26%	19%	14%
40-59	2 045	13 284	16 207	31%	24%	21%
60-79	2 582	22 351	9 857	19%	31%	36%
80+	1 118	11 186	2 897	5%	13%	18%
Total	8 453	62 167	53 054	100%	100%	100%

Abbildung 7: Wohnbevölkerung, Patienten und Pflage tage nach Altersgruppen



Durch die höhere Hospitalisationsrate und die höhere mittlere Aufenthaltsdauer der älteren Generationen sind auch deren Pflage tage entsprechend höher. Tabelle 7 und Abbildung 7 zeigen diesen Sachverhalt sehr anschaulich. Denn 44 Prozent aller Patienten und sogar 54 Prozent aller Pflage tage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung werden von Personen beansprucht, die älter als 59 Jahre alt sind (Addition der Altersgruppen 60 bis 79 und 80+), während ihr Anteil an der gesamten Ausserrhoder Bevölkerung lediglich 24 Prozent ausmacht. Diese überproportionale Inanspruchnahme von Spitalleistungen von Personen ab 60 Jahren ist auch schweizweit im gleichen Verhältnis zu beobachten.

Die Basistabelle Akut 3 (Patienten nach Altersgruppen) im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) enthält darüber hinaus noch diverse weitere, ebenfalls nach diesen Altersgruppen aufgeschlüsselte Informationen. Die wichtigsten davon werden nachfolgend kurz beschrieben:

- Wie oben bereits angesprochen wurde, erfolgten 2008 durchschnittlich 44 Prozent aller Spitaleintritte notfallmässig. Mit Ausnahme der Altersgruppe 80+ (71 Prozent Spitaleintritte als Notfall) besteht diesbezüglich jedoch kein Zusammenhang mit dem Alter.
- Dagegen steigt mit zunehmendem Alter offensichtlich der Anteil an Patienten, die sich halbprivat oder privat behandeln lassen. Quantifiziert heisst das, dass sich bei den Patienten im Alter von 60 und älter rund jeder Dritte zusatzversichert behandeln lässt, während dies bei den 40- bis 59-jährigen Patienten nur für jeden vierten und bei den 18- bis 39-jährigen Patienten nur für jeden zehnten und sogar nur für jedes fünfzigste Kind zutrifft.
- Ebenfalls ist erkennbar, dass die Mobilität der Patienten vom 40. Lebensjahr ab mit zunehmendem Alter abnimmt: So sinkt der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen von 44 Prozent bei den 40- bis 59-jährigen Patienten über 39 Prozent bei den 60- bis 79-jährigen Patienten auf 30 Prozent bei der Altersgruppe 80+.
- Offensichtlich besteht ein klarer Zusammenhang auch zwischen dem Alter und der durchschnittlichen Fallschwere der einzelnen Altersgruppen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Spitalbehandlungen zu einem grossen Teil von Personen ab 60 Jahren beansprucht werden. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung werden sich in den kommenden Jahren die Proportionen weiter zu den älteren Generationen verschieben. Das bedeutet, dass sich der Anteil der Behandlungen und Pflage tage der Patienten ab 60 Jahren weiter erhöhen wird.

Aus der Basistabelle Akut 4 (Patienten nach Leistungsbereichen und Altersgruppen) im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) ist ersichtlich, dass der Leistungsbereich *Orthopädie* bei allen Altersgruppen ein sehr häufiger Leistungsbereich ist. Bei den älteren Generationen sind Behandlungen am Herz besonders häufig Grund für den Spitalaufenthalt. Bei den übrigen Leistungsbereichen lassen sich dagegen keine altersgruppenspezifischen Häufigkeiten feststellen (mit Ausnahme der Behandlungen im Zusammenhang mit der Geburt, die naturgemäss nur für die jüngere Bevölkerung von Bedeutung sind).

2 Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020

Bekanntlich hat das Departement Gesundheit die Gesundheitsdirektion Zürich damit beauftragt, die Ausserrhoder Nachfrage nach akutsomatischen Behandlungen im Jahr 2020 zu prognostizieren, analog zu dem für die Zürcher Spitalplanung 2012 diesbezüglich gewählten Vorgehen sowie unter Berücksichtigung der identischen Einflussfaktoren (Siehe Teil A Kap. 5). Demgemäss wurde der Ausserrhoder Leistungsbedarf für 2020, basierend auf der kantonalen Nachfrage im Jahr 2008, unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie von Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen prognostiziert. Das betreffende methodische Vorgehen sowie die berücksichtigten Einflussfaktoren sind im Anhang dieses Versorgungsberichtes ausgeführt (Siehe Teil D Kap. 2). In den folgenden Darstellungen werden das Ausgangsjahr 2008 und das Prognosejahr 2020 gezeigt. Auf eine detaillierte Darstellung der Entwicklung zwi-

schen diesen beiden Zeitpunkten wird hingegen verzichtet. Im folgenden Teilkapitel wird die Auswirkung der verschiedenen Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 beschrieben. Danach wird der prognostizierte Leistungsbedarf der Ausserrhoder Bevölkerung dargestellt.

2.1 Die Auswirkungen der Einflussfaktoren

Nachfolgend wird der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 einzeln dargestellt.

2.1.1 Demografie

Tabelle 8 zeigt den Einfluss der demografischen Entwicklung auf den kantonalen akutsomatischen Leistungsbedarf im Jahr 2020, differenziert nach Leistungsbereichen (weitere Informationen zur Leistungsbedarfsprognose vgl. Teil D Kap. 4.1 im Anhang):

Tabelle 8: Einfluss der demografischen Entwicklung 2020

	2008			2020			Veränderung in %	
	Fälle	PT	MAHD	Fälle	PT	MAHD	Fälle	PT
Nervensystem und Sinnesorgane								
Dermatologie	259	1 548	6.0	282	1 802	6.4	+9.0	+16.4
Hals-Nasen-Ohren	286	1 285	4.5	290	1 336	4.6	+1.3	+4.0
Neurochirurgie	46	499	10.8	52	577	11.1	+12.7	+15.6
Neurologie	406	2 663	6.6	447	3 052	6.8	+10.0	+14.6
Ophthalmologie	78	252	3.2	98	314	3.2	+25.2	+24.8
Innere Organe								
Endokrinologie	87	1 001	11.5	96	1 031	10.7	+10.7	+3.0
Gastroenterologie	544	3 670	6.7	614	4 307	7.0	+12.9	+17.4
Viszeralchirurgie	670	5 795	8.6	729	6 678	9.2	+8.8	+15.2
Hämatologie	109	1 206	11.1	127	1 418	11.2	+16.4	+17.6
Herz- und Gefässchirurgie	294	2 234	7.6	343	2 731	8.0	+16.8	+22.2
Kardiologie und Angiologie	575	3 849	6.7	705	4 760	6.8	+22.5	+23.7
Infektiologie	130	1 424	11.0	147	1 672	11.4	+13.1	+17.4
Nephrologie	79	555	7.0	90	655	7.2	+14.4	+18.1
Urologie	369	2 460	6.7	435	2 985	6.9	+18.0	+21.4
Pneumologie	348	3 146	9.0	408	3 776	9.3	+17.1	+20.0
Thoraxchirurgie	74	1 314	17.8	85	1 521	17.9	+14.9	+15.8
Bewegungsapparat								
Orthopädie	1 819	14 400	7.9	2 039	16 826	8.3	+12.1	+16.8
Rheumatologie	250	1 961	7.8	284	2 293	8.1	+13.6	+16.9
Gynäkologie und Geburtshilfe								
Gynäkologie	315	1 898	6.0	338	2 110	6.2	+7.3	+11.2
Geburtshilfe	543	3 393	6.2	505	3 154	6.2	-7.0	-7.0
Neugeborene	508	3 604	7.1	444	3 150	7.1	-12.6	-12.6
Übrige								
(Radio-) Onkologie	85	313	3.7	97	356	3.7	+14.6	+13.7
Psychiatrie und Toxikologie	106	862	8.1	111	914	8.2	+4.6	+6.0
Schwere Verletzungen	83	738	8.9	86	797	9.3	+3.2	+8.0
Transplantationen	4	69	17.3	4	66	17.3	-3.8	-3.8
Sonstige Behandlung	214	1 723	8.1	234	1 935	8.3	+9.4	+12.3
Verlegungen und Todesfälle	172	305	1.8	187	338	1.8	+8.7	+10.9
Total	8 453	62 167	7.4	9 276	70 556	7.6	+9.7	+13.5

Die demografische Entwicklung wirkt sich weniger durch die minimale, auf der Grundlage der Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik angenommenen Zunahme der Bevölkerung von 2 Prozent auf die zukünftige stationäre akutsomatische Leistungsnachfrage aus dem Kanton Appenzell aus, als vielmehr durch die zunehmende Alterung der Ausserrhoder Bevölkerung. Deshalb ist auch davon auszugehen, dass die demografische Entwicklung vor allem einen Einfluss auf Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten hat.

Wie *Tabelle 8* zeigt, wäre von einer Zunahme der Patientenzahl um knapp 10 Prozent und der Pflagestage um 13,5 auszugehen, wenn nur die Demografie berücksichtigt werden würde. Die Konsequenzen für die daraus resultierenden Veränderungsrate der einzelnen Leistungsbereiche fallen aber höchst unterschiedlich aus. Zuwachsraten hinsichtlich der Patientenzahl und/oder der Pflagestage von mehr als 20 Prozent verzeichnen die Leistungsbereiche *Ophthalmologie, Herz- und Gefässchirurgie, Kardiologie und Angiologie, Urologie und Pneumologie*. Dabei handelt es sich um Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten. Leistungsbereiche mit jüngeren Patienten wie beispielsweise die Geburtshilfe oder Hals-Nasen-Ohren weisen demgegenüber negative oder zumindest deutlich niedrigere positive Veränderungs-raten auf.

2.1.2 Medizintechnologie

Die Basistabelle Akut 6 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt den Einfluss der medizintechnischen Entwicklung auf die kantonalen akutsomatischen Patientenzahlen im Jahr 2020, differenziert nach Leistungsbereichen. Die diesbezüglichen, von der Gesundheitsdirektion Zürich (auch) hinsichtlich der Ausserrhoder Leistungsbedarfsprognose berücksichtigten Einflussfaktoren und deren Hintergrund sind in Teil D Kap. 2.2.3.1 sowie Kap. 4.2 im Anhang dieses Versorgungsberichtes beschrieben.

Faktisch beschränkt sich der Einfluss der medizintechnischen Entwicklung aber auf die Herz- und Gefässchirurgie, Kardiologie und Angiologie und Orthopädie. *Tabelle 9* stellt daher den Einfluss der medizintechnischen Entwicklung auf den diesbezüglichen Leistungsbedarf dar.

Tabelle 9: Einfluss der medizintechnischen Entwicklung auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
			Hauptszenario	Max.	Min.
Herz- und Gefässchirurgie	294	333	+13.3%	+26.8%	+4.6%
Kardiologie Angiologie	575	616	+7.2%	+7.2%	+7.2%
Orthopädie	1 819	1 867	+2.6%	+2.6%	+2.6%
Total	8 453	8 581	+1.5%	+2.0%	+1.2%

In der *Herz- und Gefässchirurgie* wird insbesondere wegen der Implantation von ICDs (Intraventrikulärer kardioverter Defibrillator) und der kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie des perkutanen Herzklappenersatzes mittels Katheter mit einer Zunahme der Hospitalisationsrate von rund fünf bis 27 Prozent gerechnet. In der *Kardiologie und Angiologie* werden die Fallzahlen aufgrund der Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern um rund 7 Prozent zunehmen. In der *Orthopädie* wird die Hospitalisationsrate vor allem infolge einer erwarteten Zunahme von Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen um knapp 3 Prozent zunehmen.

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Fallzunahme bis 2020 von 1,5 Prozent aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik prognostiziert. Im Maximalszenario wird eine Fallzunahme von rund 2 Prozent und im Minimalszenario eine Zunahme von etwas mehr als 1 Prozent erwartet. Die beiden Szenarien maximal und minimal weichen vom Hauptszenario ab, wenn in der Fachliteratur unterschiedliche Entwicklungen prognostiziert beziehungs-

weise eine entsprechende Bandbreite angegeben wurde. Da für diverse Leistungsbereiche keine quantitativen medizintechnischen Studien existieren, wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose für diese Leistungsbereiche auch keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert (Siehe Anhang Teil D Kap. 4.2).

2.1.3 Epidemiologie

Die Basistabelle Akut 7 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt den Einfluss der epidemiologischen Entwicklungen auf die kantonalen, akutsomatischen Patientenzahlen im Jahr 2020, differenziert nach Leistungsbereichen. Die diesbezüglichen, von der Gesundheitsdirektion Zürich (auch) hinsichtlich der Ausserrhoder Leistungsbedarfsprognose berücksichtigten Einflussfaktoren und deren Hintergrund sind in Teil D Kap. 2.2.3.2 sowie Kap. 4.3 im Anhang dieses Versorgungsberichtes beschrieben.

Faktisch beschränkt sich der Einfluss der epidemiologischen Entwicklung aber auf die (*Radio-*) *Onkologie, Kardiologie und Angiologie, Herz- und Gefässchirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neurologie, Viszeralchirurgie, Orthopädie und Pneumologie*. Tabelle 10 stellt daher den Einfluss der epidemiologischen Entwicklung auf den diesbezüglichen Leistungsbedarf dar.

Tabelle 10: Einfluss der epidemiologischen Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
			Hauptszenario	Max.	Min.
Neurologie	406	407	+0.2%	+1.2%	-0.5%
Viszeralchirurgie	670	668	-0.3%	-0.4%	-0.5%
Herz- und Gefässchirurgie	294	296	+0.6%	+1.3%	+0.1%
Kardiologie und Angiologie	575	578	+0.5%	+2.3%	-0.9%
Pneumologie	348	347	-0.4%	-0.3%	-0.6%
Orthopädie	1 819	1 820	+0.0%	+0.7%	-0.9%
Gynäkologie	315	314	-0.4%	-0.4%	-0.4%
(Radio-) Onkologie	85	87	+1.8%	+1.8%	+1.8%
Total	8 453	8 465	+0.1%	+0.6%	-0.3%

Eine allfällige Zunahme in der (*Radio-*) *Onkologie* wird vor allem bei solchen Krebspatienten erwartet, die eine Chemotherapie benötigen. Auf die angenommene Zunahme in der Herz- und Gefässchirurgie und eine allfällige Zunahme in der *Kardiologie und Angiologie* wirkt sich primär die erwartete Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren aus. In der *Pneumologie* wird eine Senkung der Hospitalisationsrate erwartet, da bis 2020 weniger Patienten mit Lungenkrebs prognostiziert werden.

Zusammenfassend üben die prognostizierten Veränderungsdaten in der Epidemiologie einen geringen Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf aus. Im Hauptszenario wird nur eine Fallzunahme von 0,1 Prozent bis 2020 prognostiziert. Im Maximalszenario wird eine Fallzunahme von 0,6 Prozent und im Minimalszenario eine Fallabnahme von 0,3 Prozent erwartet.

2.1.4 Ökonomische Einflussfaktoren

Die Gesundheitsdirektion Zürich berücksichtigt die Faktoren *Substitution stationärer, durch ambulante Behandlungen und Verkürzung der Aufenthaltsdauer* als ökonomische Einflussfaktoren.

Substitution

Die Basistabelle Akut 8 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt den Einfluss der prognostizierten Substitution auf die kantonalen akutsomatischen Patientenzahlen im Jahr 2020, differenziert nach Leistungsbereichen. Die diesbezüglichen, von der Gesundheitsdirektion Zürich (auch) hinsichtlich der Ausserrhoder Leistungsbedarfsprognose berücksichtigten Einflussfaktoren und deren Hintergrund sind in Teil D Kap. 2.2.3.2 sowie Teil D Kap. 4.4.1 im Anhang dieses Versorgungsberichtes beschrieben.

Faktisch beschränkt sich der Einfluss der prognostizierten Substitution aber auf die *Herz- und Gefässchirurgie, Kardiologie und Angiologie, Orthopädie, Urologie und (Radio-) Onkologie*. *Tabelle 11* stellt daher den Einfluss auf die diesbezüglichen Fallzahlen dar.

Tabelle 11: Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
		Hauptszenario	Max.	Min.	
Herz- und Gefässchirurgie	294	267	-9.2%	0%	-16.5%
Kardiologie und Angiologie	575	523	-9.1%	0%	-16.4%
Urologie	369	355	-3.8%	0%	-6.8%
Orthopädie	1 819	1 753	-3.6%	0%	-6.5%
(Radio-) Onkologie	85	57	-33.5%	0%	-60.4%
Total	8 453	8 265	-2.2%	0%	-4.0%

Tabelle 11 zeigt, dass die prognostizierte Substitution durch ambulante Behandlungen den stationären Ausserrhoder Leistungsbedarf im Jahr 2020 am stärksten in den Bereichen der *(Radio-) Onkologie, der Kardiologie und Angiologie* und der *Herz- und Gefässchirurgie* vermindert. Hinsichtlich der *(Radio-) Onkologie* wird davon ausgegangen, dass ein Teil der Chemotherapien zukünftig ambulant erbracht werden. In der *Herz- und Gefässchirurgie* stehen vor allem die Eingriffe der Venenligatur und des Venenstrippings im Vordergrund.

Insgesamt führt die prognostizierte Substitution im Hauptszenario aber nur zu einer Abnahme der Patientenzahl von rund 2 Prozent und im Maximalszenario zu einer Abnahme von 4 Prozent. Dabei wird im Hauptszenario unterstellt, dass 50 Prozent der Kurzlieger (maximal zwei Übernachtungen) von potenziell ambulanten Behandlungen zukünftig nicht mehr stationär, sondern ambulant behandelt werden. Im Maximalszenario wird angenommen, dass sogar 90 Prozent dieser Kurzlieger in Zukunft ambulant behandelt werden. Im Minimalszenario findet keine Substitution statt (Siehe Anhang Teil D Kap. 4.4.1).

Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Die Basistabelle Akut 9 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt den Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Verweildauer auf die kantonalen akutsomatischen Patientenzahlen im Jahr 2020, differenziert nach Leistungsbereichen. Die diesbezüglichen, von der Gesundheitsdirektion Zürich (auch) hinsichtlich der Ausserrhoder Leistungsbedarfsprognose berücksichtigten Einflussfaktoren und deren Hintergrund sind in Teil D Kap. 2.2.3.2 sowie Kap. 4.4.2 im Anhang dieses Versorgungsberichtes beschrieben. Der Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Verweildauer schlägt sich in sämtlichen Leistungsbereichen nieder. *Tabelle 12* stellt diesen Einfluss dar.

Tabelle 12: Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Verweildauer auf die Fallzahl 2020

	2008		2020			
	Fälle	MAHD	MAHD Hauptszenario	Max.	Min.	
Nervensystem und Sinnesorgane						
Dermatologie	259	6.0	5.0	-16%	-10%	-19%
Hals-Nasen-Ohren	286	4.5	3.9	-14%	-13%	-16%
Neurochirurgie	46	10.8	8.6	-21%	-16%	-24%
Neurologie	406	6.6	5.6	-15%	-11%	-18%
Ophthalmologie	78	3.2	3.1	-3%	-6%	-4%
Innere Organe						
Endokrinologie	87	11.5	7.7	-33%	-29%	-38%
Gastroenterologie	544	6.7	5.8	-14%	-9%	-18%
Viszeralchirurgie	670	8.6	6.6	-24%	-20%	-28%
Hämatologie	109	11.1	8.2	-26%	-22%	-31%
Herz- und Gefässchirurgie	294	7.6	6.3	-18%	-16%	-20%
Kardiologie und Angiologie	575	6.7	5.9	-12%	-10%	-14%
Infektiologie	130	11.0	8.4	-24%	-19%	-26%
Nephrologie	79	7.0	6.4	-9%	-7%	-16%
Urologie	369	6.7	5.1	-24%	-21%	-24%
Pneumologie	348	9.0	7.9	-12%	-9%	-16%
Thoraxchirurgie	74	17.8	12.1	-32%	-28%	-40%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	1 819	7.9	6.5	-18%	-15%	-20%
Rheumatologie	250	7.8	6.9	-11%	-7%	-14%
Gynäkologie und Geburtshilfe						
Gynäkologie	315	6.0	5.0	-17%	-11%	-21%
Geburtshilfe	543	6.2	5.7	-8%	-8%	-10%
Neugeborene	508	7.1	6.1	-14%	-14%	-17%
Übrige						
(Radio-) Onkologie	85	3.7	3.7	-1%	-1%	-1%
Psychiatrie und Toxikologie	106	8.1	6.4	-21%	-18%	-25%
Schwere Verletzungen	83	8.9	5.8	-34%	-31%	-40%
Transplantationen	4	17.3	16.5	-5%	0%	-5%
Sonstige Behandlung	214	8.1	7.4	-8%	-5%	-10%
Verlegungen und Todesfälle	172	1.8	1.8	0%	0%	0%
Total	8 453	7.4	6.1	-17%	-14%	-20%

Gemäss Tabelle 12 wirkt sich die prognostizierte Verkürzung der Aufenthaltsdauer vor allem auf die folgenden Leistungsbereiche (mit abnehmendem Ausmass) aus:

1. Endokrinologie;
2. Schwere Verletzungen;
3. Thoraxchirurgie;
4. Hämatologie;
5. Viszeralchirurgie;
6. Kardiologie und Angiologie;
6. Infektiologie;
7. Urologie;
8. Psychiatrie und Toxikologie;
9. Neurochirurgie;
10. Herz- und Gefässchirurgie;
11. Orthopädie;
12. Gynäkologie.

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 1,3 Tage erwartet. Dies entspricht einer Aufenthaltsverkürzung von knapp 18 Prozent über einen Zeitraum von zwölf Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer würde sich dementsprechend durchschnittlich um rund 0,1 Tage pro Jahr reduzieren. Im Maximalszenario wird ein Rückgang von 0,8 Tagen und im Minimalszenario ein Rückgang von 1,2 Tagen erwartet.

Im Hauptszenario wurde präsumiert, dass Behandlungen von Ausserrhoder Patienten bis 2020 nur mehr so lange dauern, wie es der Aufenthaltsdauer auf dem 40. Perzentil aller Schweizer Patienten entspricht. Das Maximalszenario wurde auf der Basis des 45. Perzentils und das Minimalszenario auf der Basis des 35. Perzentils berechnet (Anhang Teil D Kap. 4.4.2).

2.2 Akutsomatischer Bedarf 2020

Der prognostizierte Bedarf wird aus der Perspektive der Ausserrhoder Wohnbevölkerung gezeigt. Dabei werden die Prognosen nach den Merkmalen Leistungsbereich und Alter analysiert.

2.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2020

Table 13 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Hospitalisationsrate, der Patientenzahl, mittleren Aufenthaltsdauer und Pflégetage bis 2020. Da eine soziodemografische Prognose immer in Wechselbeziehungen zu anderen unsicheren Entwicklungen steht, werden in der *Table 13* auch die Ergebnisse einer minimalen und einer maximalen Bedarfsentwicklung gezeigt. In den nachfolgenden Darstellungen wird zur besseren Übersicht aber nur mehr das Hauptszenario gezeigt.

Table 13: Prognostizierter Bedarf der Appenzell Ausserrhoder Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020			
			Hauptszenario	max.	min.
Hospitalisation / 10 000 EW	1 593	1 697	+6.5%	+10.4%	+3.5%
Patienten	8 453	9 200	+8.8%	+12.7%	+5.7%
Mittlere Aufenthaltsdauer	7.4	6.4	-13.1%	-11.2%	-15.5%
Pflégetage	62 167	58 794	-5.4%	+0.2%	-10.6%
Pflégetage / 10 000 EW	11 718	10 848	-7.4%	-2.0%	-12.5%

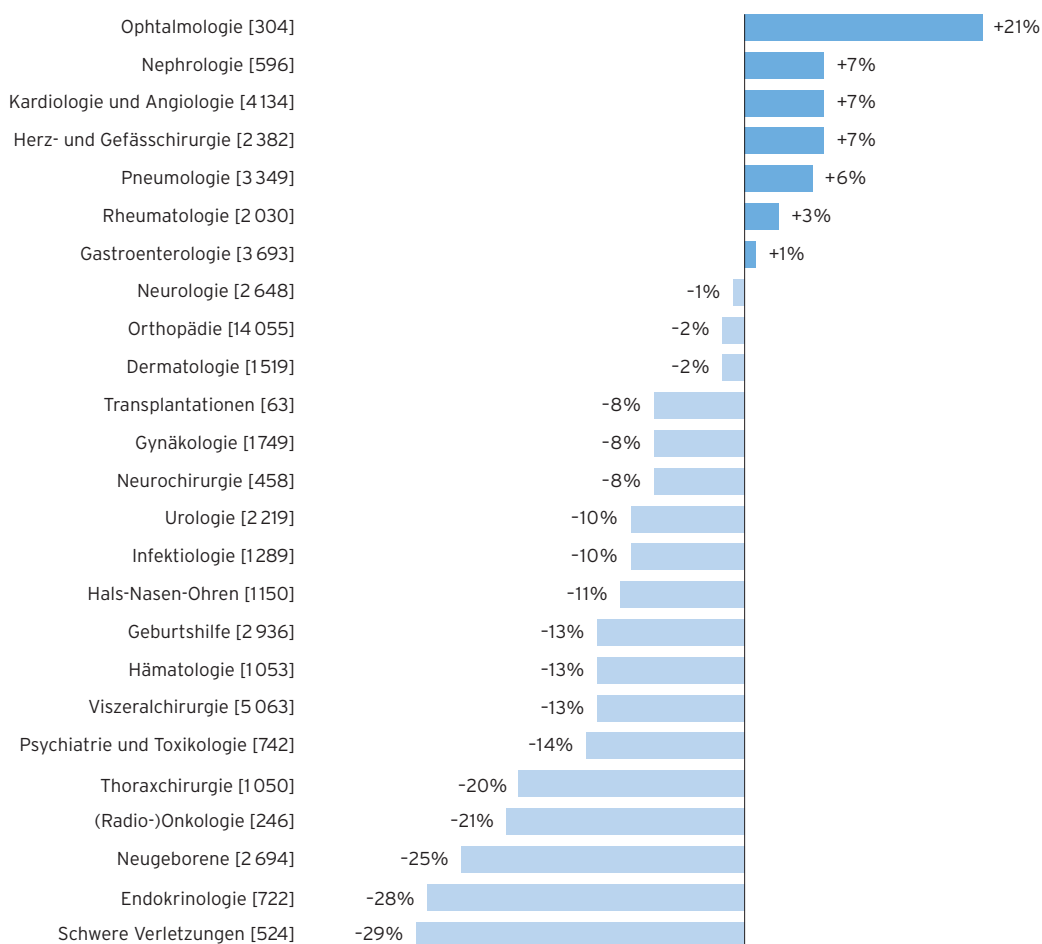
Zwischen den Jahren 2008 und 2020 ist mit einer deutlichen Zunahme der Hospitalisationsrate von 6,5 Prozent zu rechnen. Wesentlicher Grund dafür ist die Alterung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung. Insgesamt wird im Hauptszenario eine deutliche Zunahme von stationären Patienten von knapp 9 Prozent prognostiziert. Auch diese Zunahme ist primär eine Folge der erwarteten demografischen Entwicklung (Alterung).

Bei der mittleren Aufenthaltsdauer wird eine weitere Verkürzung von heute 7,4 Tagen, auf 6,4 Tage erwartet. Die Einführung von SwissDRG wird die Aufenthaltsdauern voraussichtlich weiter verkürzen. Dieser Effekt wird aber durch die erwartete Substitution kurzer stationärer durch ambulante Behandlungen und durch den mit der Alterung der Bevölkerung einhergehenden grösseren Anteil an aufwändigeren Behandlungen gedämpft. Im Hauptszenario wird eine Abnahme der Pflégetage pro Kopf von rund sieben Prozent und eine Abnahme an Pflégetagen von rund fünf Prozent prognostiziert. Die Differenz erklärt sich mit der demografischen Entwicklung.

2.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen

Abbildung 8 zeigt die für 2020 prognostizierte Veränderung der Pfl egetage pro Leistungsbereich. Tabelle 14 zeigt die für 2020 prognostizierten Fallzahlen, mittleren Aufenthaltsdauern und Anzahl Pfl egetage, ebenfalls differenziert nach Leistungsbereichen.

Abbildung 8: Prognostizierte Veränderung der Pfl egetage pro Leistungsbereich



Wie Abbildung 8 zeigt, fallen die Prognosen der Pfl egetage je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich aus. So wird bei *Schweren Verletzungen* mit einer deutlichen Abnahme der Pfl egetage von 29 Prozent gerechnet, für den Leistungsbereich *Ophthalmologie* dagegen mit einer deutlichen Zunahme von 21 Prozent. Eine Zunahme der Pfl egetage in der jeweils angegebenen Grössenordnung wird auch für die Bereiche *Nephrologie*, *Kardiologie/Angiologie*, *Herz-/Gefässchirurgie*, *Pneumologie*, *Rheumatologie* und *Gastroenterologie* prognostiziert. Und die prognostizierte Abnahme der Pfl egetage fällt auch für die Bereiche *Endokrinologie*, *Neugeborene*, *(Radio-) Onkologie* und *Thoraxchirurgie* besonders ausgeprägt aus.

Tabelle 14: Prognostizierte Fallzahlen, mittlere Aufenthaltsdauern und Pfl egetage nach Leistungsbereichen

	Fall			MAHD			Pfl egetage		
	2008	2020	2020	2008	2020	2020	2008	2020	2020
Nervensystem und Sinnesorgane									
Dermatologie	259	282	+9%	6.0	5.4	-10%	1 548	1 519	-2%
Hals-Nasen-Ohren	286	290	+1%	4.5	4.0	-12%	1 285	1 150	-11%
Neurochirurgie	46	52	+13%	10.8	8.8	-19%	499	458	-8%
Neurologie	406	448	+10%	6.6	5.9	-10%	2 663	2 648	-1%
Ophthalmologie	78	98	+25%	3.2	3.1	-4%	252	304	+21%
Innere Organe									
Endokrinologie	87	96	+11%	11.5	7.5	-35%	1 001	722	-28%
Gastroenterologie	544	614	+13%	6.7	6.0	-11%	3 670	3 693	+1%
Viszeralchirurgie	670	727	+8%	8.6	7.0	-19%	5 795	5 063	-13%
Hämatologie	109	127	+16%	11.1	8.3	-25%	1 206	1 053	-13%
Herz- und Gefässchirurgie	294	361	+23%	7.6	6.6	-13%	2 234	2 382	+7%
Kardiologie und Angiologie	575	672	+17%	6.7	6.2	-8%	3 849	4 134	+7%
Infektiologie	130	147	+13%	11.0	8.8	-20%	1 424	1 289	-10%
Nephrologie	79	90	+14%	7.0	6.6	-6%	555	596	+7%
Urologie	369	420	+14%	6.7	5.3	-21%	2 460	2 219	-10%
Pneumologie	348	406	+17%	9.0	8.2	-9%	3 146	3 349	+6%
Thoraxchirurgie	74	85	+15%	17.8	12.4	-30%	1 314	1 050	-20%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	1 819	2 020	+11%	7.9	7.0	-12%	14 400	14 055	-2%
Rheumatologie	250	284	+14%	7.8	7.1	-9%	1 961	2 030	+3%
Gynäkologie und Geburtshilfe									
Gynäkologie	315	337	+7%	6.0	5.2	-14%	1 898	1 749	-8%
Geburtshilfe	543	512	-6%	6.2	5.7	-8%	3 393	2 936	-13%
Neugeborene	508	444	-13%	7.1	6.1	-14%	3 604	2 694	-25%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	85	66	-23%	3.7	3.8	+2%	313	246	-21%
Psychiatrie und Toxikologie	106	111	+5%	8.1	6.7	-18%	862	742	-14%
Schwere Verletzungen	83	86	+3%	8.9	6.1	-31%	738	524	-29%
Transplantationen	4	4	-4%	17.3	16.5	-5%	69	63	-8%
Sonstige Behandlung	214	234	+9%	8.1	7.6	-5%	1 723	1 786	+4%
Verlegungen und Todesfälle	172	187	+9%	1.8	1.8	+2%	305	338	+11%
Total	8 453	9 200	+9%	7.4	6.4	-13%	62 167	58 794	-5%

Neben den prognostizierten Pfl egetagen zeigt *Tabelle 14* auch die prognostizierten Fallzahlen samt ihren Veränderungsdaten für die einzelnen Leistungsbereiche. Nachfolgend werden einige besonders auffällige Befunde daraus beschrieben.

Die prognostizierte hohe positive Veränderungsrate der Pfl egetage in der *Ophthalmologie* ist sehr auffällig, erklärt sich aber mit der diesbezüglich prognostizierten Fallzunahme von 25 Prozent. Als wesentlicher Grund dafür ist der in diesem Leistungsbereich besonders starke Einfluss der demografischen Alterung anzunehmen.

In der *Herz- und Gefässchirurgie* und in der *Kardiologie und Angiologie* wird die Zunahme der Pfl egetage von 7 Prozent primär durch die demografische Alterung verursacht. Diese er-

klärt auch die besonders hoch prognostizierte Steigerung der diesbezüglichen Fallzahlen von 23 bzw. 17 Prozent. Eine der Ursachen dafür ist die Erwartung einer deutlichen Zunahme von Herzinsuffizienz-Patienten. Hinsichtlich der medizintechnischen Einflüsse wird mit einer Verdoppelung der Implantationen von Defibrillatoren und Herzschrittmachern gerechnet.

Auch der prognostizierte Zuwachs an Pflēgetagen in den Leistungsbereichen *Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und Gastroenterologie* wird primär durch die Alterung der Bevölkerung beeinflusst. Die erwartete Fallzunahme zwischen 13 und 17 Prozent ist in diesen Bereichen allerdings viel grösser als die Zunahme der Pflēgetage zwischen 1 und 7 Prozent.

Für den derzeit grössten Leistungsbereich, die *Orthopädie* mit 1'819 Fällen (14'400 Pflēgetagen) im Jahr 2008, wird wegen der demografischen Entwicklung zwar eine deutliche Zunahme der Fälle von 11 Prozent erwartet, jedoch ein Rückgang der Pflēgetage um 2 Prozent. Die Fallsteigerung erklärt sich mit der erwarteten Zunahme im Bereich der Hüft- und Knieprothesen. Deren Auswirkung auf die Anzahl der Pflēgetage im Jahr 2020 wird durch die erwartete deutliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer von 12 Prozent aber mehr als kompensiert.

Der starke Rückgang der Pflēgetage im Leistungsbereich (*Radio-*) *Onkologie* von 21 Prozent dürfte sich mit der erwarteten Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen erklären lassen. Schwieriger nachzuvollziehen ist dagegen der für diesen Bereich sogar als noch höher prognostizierte Rückgang der Fallzahlen von 23 Prozent. Dieses Prognoseresultat mag aber auch mit der kleinen Fallzahl zusammenhängen.

2.2.3 Prognose nach Altersgruppen

Tabelle 15 zeigt die für 2020 prognostizierten Fallzahlen, mittleren Aufenthaltsdauern und Anzahl Pflēgetage, differenziert nach Altersgruppen.

Laut der Bevölkerungsprognose für den Kanton Appenzell Ausserrhoden wird im Jahr 2020 - verglichen mit dem Jahr 2008 - der *Bevölkerungsanteil* der Einwohner

- im Alter 60-79 von 18,6 auf 24 Prozent
- im Alter 80+ von 5,5 auf 6,7 Prozent

angestiegen sein, und damit der *Bevölkerungsanteil* der Einwohner im Alter 60 und älter von 24 auf 31 Prozent (Siehe dazu Tab. 1 in Teil A Kap.7).

Aus *Tabelle 15* ergibt sich, dass im gleichen Zeitraum der kantonale Patientenanteil der Einwohner

- im Alter 60-79 von 30,5 auf 37,3 Prozent
- im Alter 80+ von 14,0 auf 15,2 Prozent

angestiegen sein wird, und damit der Patientenanteil der Einwohner im Alter 60 und älter von knapp 45 auf knapp 53 Prozent.

Tabelle 15: Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen

	Fall			MAHD (Mittlere Aufenthaltsdauer)			Pflēgetage		
	2008	2020	2020	2008	2020	2020	2008	2020	2020
0-17	1 060	923	-13%	6.2	4.9	-20%	6 586	4 562	-31%
18-39	1 648	1 518	-8%	5.3	4.7	-12%	8 760	7 112	-19%
40-59	2 045	1 932	-6%	6.5	5.1	-22%	13 284	9 787	-26%
60-79	2 582	3 428	+33%	8.7	7.3	-16%	22 351	24 928	+12%
80+	1 118	1 399	+25%	10.0	8.9	-11%	11 186	12 405	+11%
Total	8 453	9 200	+9%	7.4	6.4	-13%	62 167	58 794	-5%

Die oben beschriebene Zunahme des Bevölkerungsanteils der älteren Bevölkerung wirkt sich somit offensichtlich in den prognostizierten, deutlich angestiegenen Fallzahlen und Fallzahl-Anteilen dieser Bevölkerungsgruppe aus. Die aus *Tabelle 15* ersichtliche Zunahme der Fallzahl der 60- bis 79-jährigen Patienten zwischen 2008 und 2020 um 33 Prozent sowie der Fallzahl der älter als 79-jährigen Patienten um 25 Prozent wirkt sich ferner auch auf die prognostizierten Pflagetage aus. Der Anteil der Pflagetage von Patienten ab 60 Jahren steigt von 54 Prozent im Jahr 2008 auf 63 Prozent im Jahr 2020.

Gleichzeitig wird, wie *Tabelle 15* ebenfalls zeigt, bei allen Altersgruppen unterhalb von 60 Jahren mit einer Abnahme der Behandlungen sowie, sogar noch deutlich ausgeprägter, auch mit einer Abnahme der Pflagetage gerechnet. Besonders prägnant ist dies bei den Patienten im Kindesalter der Fall.

Zwar wird für alle Altersgruppen mit einer Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern gerechnet. Aus der Gesamtschau ergibt sich aus diesen Entwicklungen zwangsläufig aber eine deutliche Zunahme der Pflagetage bei Patienten ab dem 60. Lebensjahr, dagegen eine sehr ausgeprägte Abnahme der Pflagetage bei den unter 60-Jährigen.

2.3 Zum akutgeriatrischen Versorgungsbedarf

Hintergrund für die spezifische Thematisierung des «akutgeriatrischen Versorgungsbedarfes» ist die besonders ausgeprägte demografische Alterung im Kanton Appenzel Ausserrhoden. Der für den Zeitraum 2008 bis 2020 prognostizierte Anstieg des kantonalen Bevölkerungsanteils der Einwohner ab 60 Jahren von 24 auf 31 Prozent, der Anstieg des Patientenanteils dieser Einwohner von 45 auf 53 Prozent sowie der Anstieg ihres Anteils am Total der akutstationären Pflagetage des Kantons von 54 auf 63 Prozent gehören schweizweit zu den Spitzenwerten. Die für das Jahr 2020 prognostizierte Zunahme der Patientenzahl bzw. Spitalnachfrage aus dem Kanton von - im wahrscheinlichsten Szenario - 9 Prozent ist somit wesentlich auf die erwartete weitere demografische Alterung der Ausserrhoder Bevölkerung zurückzuführen.

Laut Prognose wird der kantonale Bevölkerungsanteil der Einwohner im Alter 60 - 79 im Jahr 2020, verglichen mit dem Jahr 2008, von 18,6 auf 24 Prozent angestiegen sein und derjenige der 80+-jährigen von 5,5 auf 6,7 Prozent. Im gleichen Zeitraum wird der kantonale Patientenanteil der Einwohner im Alter 60 - 79 voraussichtlich von 30 auf 37 Prozent und derjenigen der 80+-jährigen von 14 auf 15 Prozent ansteigen. Gleichzeitig werden die Spitalbehandlungen der 60 - 79-jährigen Kantoneinwohner um 33 Prozent und diejenigen der 80+-jährigen um 25 Prozent zunehmen. Die Gesamtzahl der Pflagetage in den Akutspitälern wird sich gemäss Prognose bis 2020 zwar um rund 5 Prozent reduzieren. Gleichzeitig wird der Anteil der Pflagetage von Patienten im Alter 60 - 79 aber von 36 auf 42 Prozent und derjenige von Patienten im Alter 80+ von 18 auf 21 Prozent ansteigen.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer altersgerechten akutsomatischen Versorgung in der Form einer spezifisch bedarfsgerechten Behandlung geriatrischer Patienten und die Quantifizierung des betreffenden kantonalen Versorgungsbedarfs für den Kanton Appenzel Ausserrhoden zwangsläufig von herausragender Bedeutung. Diesbezüglich stellen sich gegenwärtig aber verschiedene, noch mehr oder weniger offene Fragen. Die betreffende noch ungenügende Klarheit und Eindeutigkeit zeigt sich bereits bei der grundlegenden Frage nach der Definition der «geriatrischen (Akut-)Patienten» bzw. nach den Kriterien ihrer objektiven und praktisch wirksamen Abgrenzung von den «nicht-geriatrischen (Akut-)Patienten». Ohne diese Definition bzw. ihre (genügend breit akzeptierten) Kriterien sind weder entsprechende Differenzierungen der kantonalen Bedarfs- und

Angebotsplanung möglich noch gezielte Zuweisungen aufgrund entsprechend differenzierender Indikations- und Triagekriterien.

Abgesehen von diesen Definitionsproblemen verhindert aber auch die gegenwärtig verfügbare Datenbasis als solche eine ausreichend klare und eindeutige Abgrenzung des kantonalen nicht-geriatrischen akutsomatischen Versorgungsbedarfes von dem (akut-)geriatrischen Versorgungsbedarf, dessen Abgrenzung von dem geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsbedarf und dessen Abgrenzung von dem nicht-geriatrischen Rehabilitationsbedarf. Bereits die Selektion der akutgeriatrischen Patienten aus der Medizinischen Statistik ist schwierig, weil diese keiner spezifischen DRG zugeordnet sind, mit den in der Medizinischen Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet werden und daher auch nicht separat ausgewiesen werden können. Zudem ist die Abgrenzung der Akutgeriatrie zur geriatrischen Rehabilitation nicht immer eindeutig. Damit erklärt sich, dass die geriatrischen Patienten im Zürcher Versorgungsbericht 2012 im akutsomatischen Datensatz belassen werden mussten.

Eine - ihrem Anspruch nach - bedarfsgerechte Versorgungsplanung, die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen ausreichend Rechnung trägt, setzt aber eine entsprechende Differenzierung des kantonalen Versorgungsbedarfes voraus. Um den akutgeriatrischen Versorgungsbedarf bestmöglich abzuschätzen, wurden im Zürcher Versorgungsbericht drei unterschiedliche Definitionen und Lösungsansätze berücksichtigt: 1. das «modifizierte Aargauer Modell»; 2. das Vorgehen der Versorgungsplanung des Kantons Bern (2007 - 2010); 3. die deutsche Statistik der im Jahr 2007 in geriatrischen Abteilungen stationär behandelten Patienten. Die Bandbreite der daraus jeweils resultierenden Anteile der «(akut-)geriatrischen Patienten» am Total aller akutstationären Patienten reicht von 3,4 über 2,1 bis auf lediglich 1,3 Prozent. Im Kanton Zürich würden demnach (heute) zwischen 2700 und 6500 Patienten eine stationäre akutgeriatrische Behandlung benötigen. Umgelegt auf den Kanton Appenzell Ausserrhoden würde dies (im Prognosejahr 2020) zwischen 120 und 310 Patienten betreffen. Unter der Annahme einer mittleren Verweildauer von 28 Tagen würde daraus ein spezifischer Kapazitätsbedarf zwischen 10 und 24 Betten resultieren. Bei einem Bedarf von 24 Betten könnte die Einrichtung einer akutgeriatrischen Klinik/Abteilung im Kanton Appenzell Ausserrhoden allenfalls (auch) wirtschaftlich vertretbar sein. Bei einem Bedarf von nur 10 Betten wäre dies sehr wahrscheinlich aber nicht der Fall.

Im Kanton Zürich werden, unabhängig von den angesprochenen statistischen Problemen, hochbetagte Menschen heute aber auch dann in den Akutspitälern - meist in der Abteilung der Inneren Medizin - behandelt, wenn sie multimorbid und dement sind und deshalb grundsätzlich eine spezifische Behandlung benötigen. Die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten gehört nämlich zum Grundauftrag aller Zürcher Akutspitäler. Zwar besteht im Stadtzürcher Waidspital die Klinik für Akutgeriatrie und Rehabilitation. In dieser werden aber lediglich 0,4 Prozent aller Zürcher Akutsomatikpatienten behandelt (das sind rund 750 Patienten pro Jahr).

Die gegenwärtigen, oben angesprochenen Unklarheiten einer spezifisch bedarfsgerechten (akut-)geriatrischen Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden dienen aber nicht als Plädoyer dafür, diesbezüglich versorgungspolitisch passiv zu bleiben. Im Gegenteil. Praktisch-strategische Konsequenz daraus ist vielmehr die Absicht für eine Vorlage eines umsetzbaren Konzeptes für die zukünftige (akut)geriatrische Versorgung im Kanton, das dazu auch möglichst breit abgestützt sein soll. Ziel muss deshalb die Erarbeitung dieses kantonalen Geriatriekonzeptes sein, welches eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche (akut-)geriatrische Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden aufzeigt. Diese Grundlagen betreffen im Wesentlichen die versorgungsrelevanten Folgen der demografischen Alterung des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie die hier - aus einer kantonsspezifischen Perspektive - massgeblichen Definitionen und Kriterien einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen «geriatrischen Versorgung», d.h. einer allfälligen «akutgeriatrischen Versorgung» und/oder einer allfälligen «geriatrischen Rehabilitation» mit ihren jeweiligen Besonderheiten und Zielgruppen.

3 Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Patienten in Akutspitälern

Im Teilkapitel Leistungsnachfrage der Patienten und Patientinnen aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden wird folgenden Fragen nachgegangen: An welchen Spitälern innerhalb und ausserhalb ihres Wohnkantons haben sich diese Patientinnen und Patienten im Jahr 2008 behandeln lassen? Und an welchen Spitälern innerhalb und ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden wurden im Jahr 2008 demgemäss wie viele Pfl egetage durch Ausserrhoder Patientinnen und Patienten generiert?

Die Basistabelle Akut 11 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt, an welchen Spitälern innerhalb und ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden sich Patienten aus diesem Kanton im Jahr 2008 in welchen Leistungsbereichen wie häufig behandeln liessen. Die Basistabelle Akut 12 im Statistischen Anhang zeigt die daraus resultierenden Marktanteile der einzelnen Spitäler.

Weil diese Tabellen sehr umfangreich sind, können sie nicht in diesen Textteil des Versorgungsberichtes integriert werden. An den angesprochenen Informationen *spezifisch* Interessierte werden daher auf diese Tabelle im Statistischen Anhang verwiesen. Nachfolgend werden aber die wichtigsten Informationen aus diesen Tabellen kurz beschrieben.

Rund 60 Prozent der (akutsomatischen) Spitalbehandlungen bei Ausserrhoder Patienten fanden in Spitälern innerhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden statt, davon rund 38 Prozent im Spital Herisau, rund 17 Prozent im Spital Heiden und die restlichen fünf Prozent in den drei Privatkliniken, davon 4 Prozent in der Klinik am Rosenberg, Heiden.

Den grössten Anteil in sämtlichen innerkantonalen Spitälern (selbstverständlich mit Ausnahme der Augenklinik in Teufen) macht der Leistungsbereich *Orthopädie* aus. Mit 64 Prozent aller diesbezüglichen Behandlungsfälle von Ausserrhoder Patienten wurde der betreffende Behandlungsbedarf auch überdurchschnittlich häufig *innerhalb* des Wohnkantons befriedigt. In etwa gleich hoch lag der *innerkantonal* befriedigte Behandlungsanteil in den Leistungsbereichen *Viszeralchirurgie* sowie *Geburtshilfe und Neugeborene*. Bei der *Gastroenterologie* wurden sogar 72 Prozent des kantonalen Behandlungsbedarfes *innerkantonal* befriedigt, bei der *Herz-/Gefässchirurgie* und der *Kardiologie/Angiologie* immerhin noch 53 Prozent bzw. 55 Prozent.

Unter den ausserkantonal nachgefragten Spitälern dominiert selbstverständlich das Kantonsspital St. Gallen. Hier wurde 2008 jeder vierte Ausserrhoder Patient, der in diesem Jahr in ein Spital eingetreten ist, behandelt. Unter den restlichen ausserkantonalen Spitalbehandlungen dominieren die Klinik Stephanshorn und das Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen mit Anteilen von gut 5 bzw. 4 Prozent an allen 2008 bei Ausserrhoder Patienten durchgeführten Spitalbehandlungen.

Die Basistabelle Akut 13 im Statistischen Anhang zeigt, in welchen Spitälern innerhalb und ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008 für Patienten aus diesem Kanton in welchen Leistungsbereichen wie viele Pfl egetage generiert wurden. Die Basistabelle Akut 14 zeigt die daraus resultierenden pfl egetagsbezogenen Marktanteile der einzelnen Spitäler. Aus der Gesamtschau zeigt sich darin, dass der pfl egetagsbezogene Marktanteil der ausserkantonalen Spitäler leicht höher ist als ihr patienten- bzw. fallbezogener Marktanteil. Die Ursache dafür dürfte ein im Durchschnitt höherer Schweregrad der ausserkantonalen Behandlungsfälle sein. Diesbezüglich muss aber sowohl nach Spitälern als auch nach Leistungsbereichen differenziert werden.

So zeigen die Basistabellen 13 und 14 beispielsweise für das Kantonsspital St. Gallen diverse Leistungsbereiche, bei denen - hinsichtlich ihrer Ausserrhoder Patienten - der pfl egetagsbezogene Marktanteil höher ausfällt als der fallbezogene Marktanteil. Dieser Sachverhalt weist auf überdurchschnittliche Aufenthaltsdauern dieser Patienten in diesem Spital hin, was sich ja mit einer vergleichsweise höheren Fallschwere erklären lässt. Insbesondere betrifft dies die - teilweise ja auch ausgeprägt(er) spezialisierten - Leistungsbereiche Neurochirurgie,

Hämatologie, Infektiologie, (Radio-) Onkologie sowie Schwere Verletzungen, und weniger ausgeprägt auch die Leistungsbereiche Neurologie, Herz- und Gefässchirurgie, Orthopädie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Daneben gibt es aber sogar im Kantonsspital St. Gallen auch Leistungsbereiche, bei denen der fallbezogene Marktanteil den pflegetagsbezogenen Marktanteil übersteigt (so z.B. in der Ophthalmologie).

4 Leistungsangebot der Ausserrhoder akutsomatischen Spitäler

Im Teilkapitel Leistungsangebot der akutsomatischen Ausserrhoder Spitäler bzw. Kliniken werden die hier jeweils im Jahr 2008 erbrachten Leistungen, unabhängig von der Trägerschaft und der Herkunft der Patienten, sowie die jeweiligen Marktanteile berücksichtigt.

4.1 Erbrachte Leistungen 2008

In diesem ganzen Teilkapitel werden somit sämtliche stationären Patienten betrachtet, die im Jahr 2008 an einer akutsomatischen Institution im Kanton Appenzell Ausserrhoden behandelt wurden, unabhängig von ihrem Wohnort bzw. -kanton.

Die Basistabelle Akut 15 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt diverse Kennziffern für die betreffenden, im Kanton Appenzell Ausserrhoden ansässigen fünf Spitäler bzw. Kliniken. Diese beziehen sich somit auf *sämtliche*, dort jeweils im Jahr 2008 Behandelten. *Tabelle 16* gibt die wichtigsten dieser Kennziffern wieder.

Tabelle 16: Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Patientenherkunft Ausser Kanton in %	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegetage (abs.)	Anteil Total-Pflegetage in %	CMI
Spital Herisau	4 457	42%	49	44%	80%	17%	28%	6.9	30 758	45%	0.9
Spital Heiden	2 798	26%	43	37%	72%	16%	50%	6.4	17 946	26%	0.7
Klinik am Rosenberg, Heiden	2 679	25%	53	1%	0%	69%	87%	6.2	16 616	24%	0.8
Berit Klinik, Niederteufen	530	5%	53	0%	93%	38%	90%	6.2	3 285	5%	0.8
Augenklinik Dr. Scarpatetti, Teufen	157	1%	71	0%	92%	97%	85%	3.3	513	1%	0.7
Total	10 621	100%	49	28%	59%	32%	53%	6.5	69 118	100%	0.8

Die *Tabelle 16* zeigt, dass im Jahr 2008 die Patientenzahl im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 10 621 lag.⁹ Am meisten Patienten (42 Prozent) wurden am Spital Herisau behandelt, 26 Prozent am Spital Heiden und 25 Prozent in der Klinik am Rosenberg, Heiden. Der Patientenanteil aller Privatkliniken lag bei 31 Prozent.

⁹ Es ist davon auszugehen, dass es weniger Patienten waren, da einzelne Personen mehrmals in ein Spital eingetreten sind.

Bemerkenswert bei den beiden öffentlichen Spitälern ist

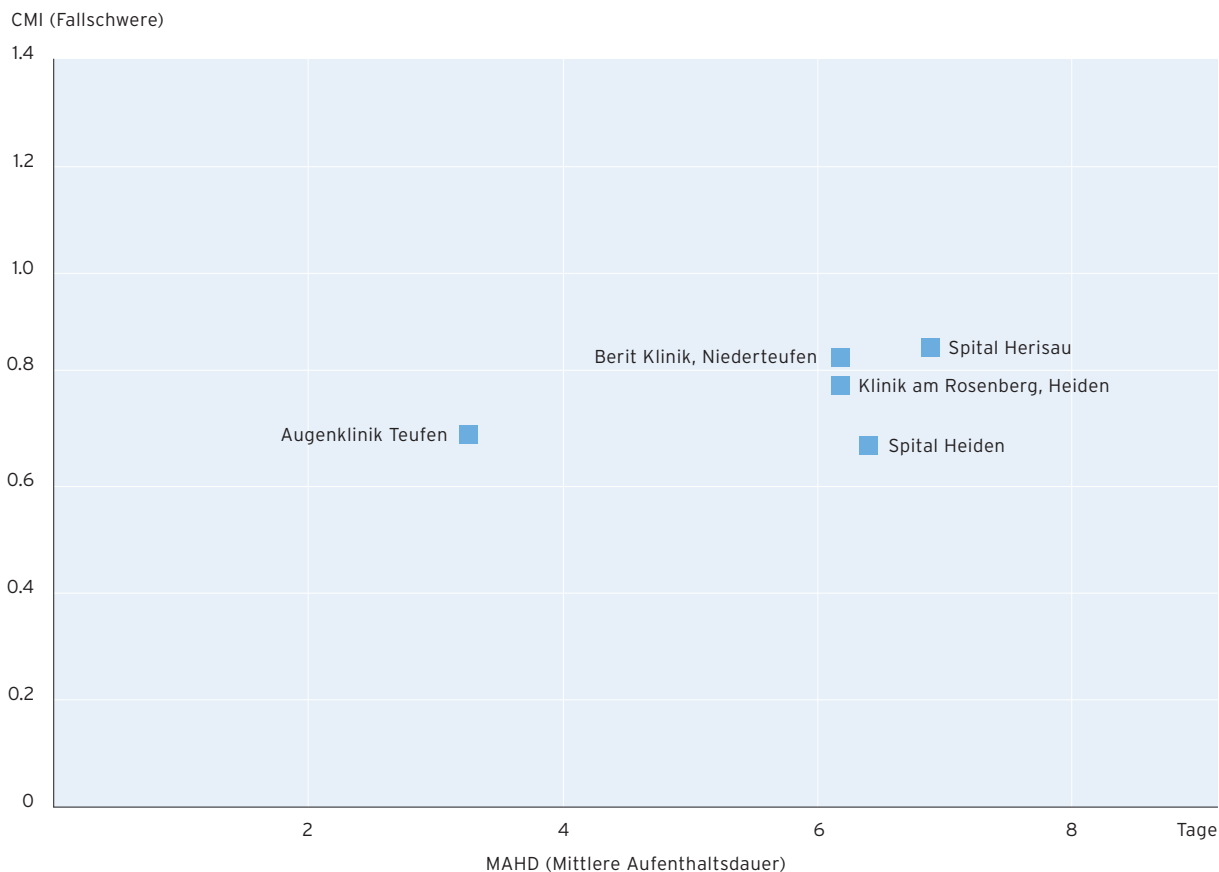
- das relativ niedrige mittlere Eintrittsalter von 49 bzw. 43 Jahren
- der hohe Anteil notfallmässiger Spitaleintritte von 44 bzw. 37 Prozent
- der weit unterdurchschnittliche Anteil Zusatzversicherter Patienten
- der deutlich höhere Anteil ausserkantonaler Patienten in Heiden, verglichen mit Herisau
- die leicht überdurchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer in Herisau (was sich aber mit der im Durchschnitt etwas leicht höheren Fallschwere (CMI) erklären lässt).

Das Merkmal *Liegeklasse* verdeutlicht die Trennung zwischen A- und B-Liste im Kanton Appenzel Ausserrhoden: An den Institutionen der Liste A beziehen nur weniger als zwanzig Prozent aller Patienten eine Behandlung mit Zusatzversicherung: Bei den Institutionen der Liste B fällt dieser Anteil dagegen mehr oder minder deutlich höher aus. Die Klinik am Rosenberg in Heiden figuriert auf der Spitalliste B des Kantons. Soweit für die betreffenden Leistungsanbieter keine ausserkantonalen Leistungsaufträge bestehen, sind diese nicht befugt, Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind, zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Im Übrigen stammt in den im Kanton Appenzel Ausserrhoden ansässigen akutsomatischen Privatkliniken insgesamt nur einer von zehn Patienten aus dem Standortkanton.

Notfallpatienten werden in der Regel in einem Spital der Liste A behandelt, da die B-Spitäler keine 24-Stunden-Notfallstation führen. Ein Notfall ist ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und eine sofortige Behandlung beziehungsweise Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb von zwölf Stunden benötigt.

Abbildung 9 zeigt den Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) pro Institution. Insgesamt sind die Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden durchschnittlich 6,5 Tage hospitalisiert. Das durchschnittliche Fallgewicht liegt bei 0,8.

Abbildung 9: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Institutionen



4.2 Marktanteile der einzelnen Spitäler

Table 17 zeigt die betreffenden Marktanteile der einzelnen Spitäler bzw. Kliniken, differenziert nach Leistungsbereichen. Je nach Leistungsbereich ist der Marktanteil, gemessen an der Anzahl Behandlungen, verschieden. In einigen Leistungsbereichen besteht aber eine gewisse Angebotszentralisierung mit dementsprechend vergleichsweise hohen Marktanteilen. Am ausgeprägtesten gilt dies für die Ophthalmologie (98% Marktanteil der Augenklinik Teufen), mit gewissen Abstrichen aber auch für die (Radio-) Onkologie (81 Prozent Marktanteil des Spitals in Herisau), Schwere Verletzungen (78 Prozent in Herisau), Endokrinologie (73 Prozent in Herisau), Viszeralchirurgie (70 Prozent in Herisau), Neurologie, Thoraxchirurgie und Kardiologie und Angiologie (jeweils 67 Prozent in Herisau). Mit 78 Prozent Marktanteil bei der Neurochirurgie und 61 Prozent bei der Orthopädie ist die Klinik am Rosenberg diesbezhuglich im Markt positioniert. In der Tendenz verfugen die Privatspitäler vor allem in den chirurgischen Bereichen iber relevante Marktanteile, und dies insbesondere dort, wo Wahleingriffe möglich sind.

Tabelle 17: Marktanteil der Appenzell Ausserrhoder Akutspitäler pro Leistungsbereich

	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg, Heiden	Berit Klinik, Niederteufen	Augenklinik Dr. Scarpatetti, Teufen	Total
Nervensystem und Sinnesorgane						
Dermatologie	63%	26%	10%	1%		100%
Hals-Nasen-Ohren	57%	35%	8%			100%
Neurochirurgie	20%		76%	5%		100%
Neurologie	67%	33%				100%
Ophthalmologie	1%	1%	1%		98%	100%
Innere Organe						
Endokrinologie	73%	27%				100%
Gastroenterologie	65%	35%				100%
Viszeralchirurgie	70%	27%		2%		100%
Hämatologie	58%	37%	5%			100%
Herz- und Gefässchirurgie	37%	11%	17%	36%		100%
Kardiologie und Angiologie	67%	33%				100%
Infektiologie	62%	30%	7%	2%		100%
Nephrologie	58%	42%				100%
Urologie	61%	38%		1%		100%
Pneumologie	61%	39%				100%
Thoraxchirurgie	67%	33%				100%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	21%	8%	61%	9%		100%
Rheumatologie	44%	26%	28%	3%		100%
Gynäkologie und Geburtshilfe						
Gynäkologie	40%	51%	5%	4%		100%
Geburtshilfe	48%	52%				100%
Neugeborene	50%	50%				100%
Übrige						
(Radio-) Onkologie	81%	19%				100%
Psychiatrie und Toxikologie	52%	48%				100%
Schwere Verletzungen	78%	22%				100%
Sonstige Behandlung	56%	34%	8%	2%		100%
Verlegungen und Todesfälle	54%	35%	9%	2%		100%
Total	42%	26%	25%	5%	1%	100%

5 Zu- und Abwanderungen des Kantons Appenzell Ausserrhoden

Vorstehend wurde in Kapitel 3 der Leistungsbedarf der spitalbedürftigen Ausserrhoder Bevölkerung dargestellt. Dieser setzt sich aus allen Behandlungen von Ausserrhoder Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie von Ausserrhoder Kantonseinwohnern, die sich ausserkantonale behandeln liessen, zusammen (Abwanderer).

Im vorstehenden Kapitel 4 ging es demgegenüber um die akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden und sämtliche, von diesen Institutionen im Jahr 2008 behandelten Patienten. Dabei handelte es sich sowohl um im Kanton Appenzell Ausserrhoden ansässige Patienten, die sich in ihrem Wohnkanton behandeln liessen, als auch um Patienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Die Basistabelle Akut 16 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt die Patienten, die in den akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008 behandelt worden sind, aufgeschlüsselt nach Wohnkanton und Leistungsbereich. Die Basistabelle Akut 17 im Statistischen Anhang schlüsselt die dabei jeweils generierten Pflgetage dementsprechend auf. Auch diese Tabellen sind sehr umfangreich und lassen sich daher nicht vollumfänglich in diesen Textteil des Versorgungsberichtes integrieren. An den angesprochenen Informationen spezifisch Interessierte werden daher auf diese Tabelle im Statistischen Anhang verwiesen. Die nachfolgenden *Tabellen 18* und *19* stellen aber die wichtigsten, daraus gewonnenen Informationen dar.

Tabelle 18 zeigt, in welchen Kantonen sich die Ausserrhoder behandeln liessen und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden kommen.

Tabelle 18: Zu- und Abwanderung von Patienten in den/aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	ZH	Ausland	Gesamt
Zuwanderung	4 161	410	524	216	154	146	5 611
Abwanderung	-2 913	-184	-22	-142	-182	?	-3 443
Nettowanderung	1 248	226	502	74	-28	146	2 168

Grundsätzlich kann auf der Grundlage von *Tabelle 18* (erneut) festgestellt werden, dass sich die Ausserrhoder Wohnbevölkerung mehrheitlich im Wohnkanton behandeln lässt (Siehe oben Kap. 4). Immerhin liessen sich aber 3 443 von insgesamt 8 453 Ausserrhoder Spitalpatienten im Jahr 2008 in anderen Kantonen behandeln.¹⁰ Das entspricht 40 Prozent der (stationären) Spitalbehandlungen und 43 Prozent der Pflgetage, welche die Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Jahr 2008 insgesamt beansprucht hat. Sehr verständlich ist der Befund, dass die Ausserrhoder für ausserkantonale Behandlungen weit überwiegend nach St. Gallen gehen.

Die Patientenzahl der Zuwanderer an den akutsomatischen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden lag im Jahr 2008 bei 4 161. Das entspricht 39 Prozent aller in diesem Kanton behandelten Patienten. Diese beanspruchten aber 49 Prozent aller Pflgetage im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Zuwanderer wohnten hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen. 370 der ausserkantonalen Patienten (9 Prozent) stammten aber auch aus anderen Kantonen; 146 (knapp 4 Prozent) hatten einen Wohnsitz im Ausland.

Tabelle 19 zeigt die Resultate der Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

¹⁰ Es stehen keine Daten bezüglich Ausserrhoder Patienten im Ausland zur Verfügung.

Tabelle 19: Nettowanderung von Patienten im Kanton AR nach Wohnkantonen und Leistungsbereichen

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	ZH	Ausland	Gesamt
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	-43	1	6	2	5		-29
Hals-Nasen-Ohren	-53	15	20	3	-3	1	-17
Neurochirurgie	-12	0	6	1	-1	1	-5
Neurologie	-191	15	4	-11	-9	2	-190
Ophthalmologie	-1	1	15	30	22	16	83
Innere Organe							
Endokrinologie	-29	4	2	0	-2	2	-23
Gastroenterologie	-91	23	3	4	10	2	-49
Viszeralchirurgie	-151	9	3	-2	-8	1	-148
Hämatologie	-48	0	2	-1	-2		-49
Herz- und Gefässchirurgie	34	7	8	15	-30	4	38
Kardiologie und Angiologie	-204	15	1	-3	-14	4	-201
Infektiologie	-21	7		-4	2	1	-15
Nephrologie	-14	4		1	1	2	-6
Urologie	-122	10	-5	-1	-3	1	-120
Pneumologie	-73	26	1	5	1	2	-38
Thoraxchirurgie	-36	6		0	-5		-35
Bewegungsapparat							
Orthopädie	1 601	22	353	35	22	97	2 130
Rheumatologie	-11	2	10	4	-1	1	5
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	68	17	7	6	0	1	99
Geburtshilfe	445	16	31	-5	0	2	489
Neugeborene	380	12	29	-4	-1	1	417
Übrige							
(Radio-) Onkologie	-48	3			-3		-48
Psychiatrie und Toxikologie	-27	0	2	2	0		-23
Schwere Verletzungen	-15	7	1	1	-1	1	-6
Transplantationen	-2			-1	-1		-4
Sonstige Behandlung	-77	0	0	-5	-8	1	-89
Verlegungen und Todesfälle	-11	4	3	2	1	3	2
Nettowanderung	1 248	226	502	74	-28	146	2 168

Danach verzeichneten folgende Leistungsbereiche ausgeprägtere **Nettoabwanderungen**: *Kardiologie und Angiologie* (201 mehr Ab- als Zuwanderer), *Neurologie* (190 mehr Abwanderer), *Viszeralchirurgie* (148 mehr Abwanderer), sowie *Urologie* (120 mehr Abwanderer).

Dagegen verzeichneten folgende zwei Leistungsbereiche besonders ausgeprägter **Nettozuwanderungen**: *Orthopädie* (2130 mehr Zu- als Abwanderer) und *Geburtshilfe und Neugeborene* (zusammen rund 500 mehr Zuwanderer). Weniger ausgeprägte Nettozuwanderungen verzeichneten auch die *Gynäkologie* (99 mehr Zuwanderer) sowie die *Ophthalmologie* (83 mehr Zuwanderer).

C

Die stationäre rehabilitative Versorgung

Nachfolgend wird die rehabilitative Versorgung analog zur akutsomatischen Versorgung analysiert. Demgemäss wird im ersten Teilkapitel von Block C die bisherige rehabilitationsbezogene Nachfrageentwicklung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 behandelt und danach die kantonale Leistungsnachfrage für das Jahr 2008 nach Leistungsbereichen und Altersgruppen ausdifferenziert. Im zweiten Teilkapitel wird die Prognose der rehabilitativen Behandlungen für das Jahr 2020 mit ihren dafür angenommenen Einflussfaktoren dargestellt. Die weiteren Teilkapitel befassen sich (für das Jahr 2008) separat mit der inner- und der ausserkantonalen Rehabilitationsnachfrage der Ausserrhoder, mit dem Leistungsangebot der Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie mit den Zu- und Abwanderungen von Rehabilitationspatienten in den bzw. aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden.

1 Die bisherigen rehabilitativen Behandlungen

Im Anschluss an einige in diesem Zusammenhang wichtige Vorbemerkungen wird zuerst die bisherige und aktuelle Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationärer Rehabilitation analysiert. Die Grundgesamtheit dafür bilden alle stationären Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden, unabhängig vom Behandlungsort.

1.1 Einleitung

Der Begriff Rehabilitation ist inhaltlich im KVG ebenfalls nicht definiert. Laut WHO umfasst der Begriff sämtliche Massnahmen zur Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit, die notwendig werden, wenn die individuelle Funktionsfähigkeit infolge einer Erkrankung oder Verletzung beeinträchtigt ist. Die vorliegende Bedarfsplanung beschränkt sich jedoch auf die medizinische Rehabilitation, für die die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit sowie des Rehabilitationspotenzials erfüllt sein müssen.

Nachfolgend werden dafür folgende rehabilitative Leistungsbereiche unterschieden:

- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurorehabilitation (inkl. Paraplegie)
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Internistisch-onkologische Rehabilitation
- Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation (inkl. Psychosomatik)
- Pulmonale Rehabilitation.

Aus den unten angegebenen Gründen muss zusätzlich noch die Kategorie übrige Rehabilitation ausgewiesen werden. Ein Gesamtbedarf an Rehabilitation wird aus der Summe des Leistungsbedarfes für diese einzelnen rehabilitativen Leistungsbereiche plus dem im Basisjahr unter der Kategorie übrige Rehabilitation ausgewiesenen Leistungsbedarf abgeleitet.

Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Folgen. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation an der Gesellschaft. Während die Leistungserbringer im Bereich der akuten Krankheiten und Verletzungen gesetzlich zur Erhebung der kurativen Leistungen mittels Diagnose- (ICD) und Operationsstatistik (CHOP) verpflichtet sind, besteht derzeit in der Schweiz keine Pflicht zur Erhebung der für die Abbildung der rehabilitativen Leistung zentralen Folgeerscheinungen von Erkrankungen (ICF). Eine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik fehlt. Damit kann derzeit der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Als Alternative werden die rehabilitativen Leistungen mittels der in der Medizinischen Statistik codierten rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung (ICD-Hauptdiagnose) abgebildet und anschliessend schwergewichtig organspezifisch den entsprechenden, oben aufgelisteten Leistungsbereichen der Rehabilitation zugeteilt. Allerdings wird aufgrund der vom BfS erlassenen Codierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine Diagnose Rehabilitationsmassnahmen (Z50) und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben. Da die so codierten Fälle von daher auch keinem der oben aufgelisteten organspezifischen Leistungsbereiche zugeordnet werden können, müssen sie in dem *unspezifischen Sammeltopf* Übrige Rehabilitation erfasst werden. Bei den darunter erfassten Fällen kann es sich somit durchaus um Patienten der neurologischen bzw. muskuloskelettalen etc. Rehabilitation handeln. Wegen ihrer diesbezüglichen unspezifischen Codierung können sie nur nicht dem jeweils zutreffenden Leistungsbereich zugewiesen werden.

1.2 Die bisherige Entwicklung der Nachfrage

In diesem Teilkapitel wird anhand einer Zeitreihe von 2003 bis 2008 die bisherige Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationärer Rehabilitation aufgezeigt. Um ein genaueres Bild zu zeigen, werden anschliessend die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen und Altersgruppen analysiert.

Die Nachfrage nach stationärer Rehabilitation wird im Wesentlichen beeinflusst von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer einer stationären Rehabilitationsbehandlung. Aufgrund der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Rehabilitationspatienten. Aufgrund der Zahl der hospitalisierten Patienten und der mittleren Aufenthaltsdauer kann die Zahl der für die rehabilitative Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung notwendigen Pflagetage ermittelt werden.

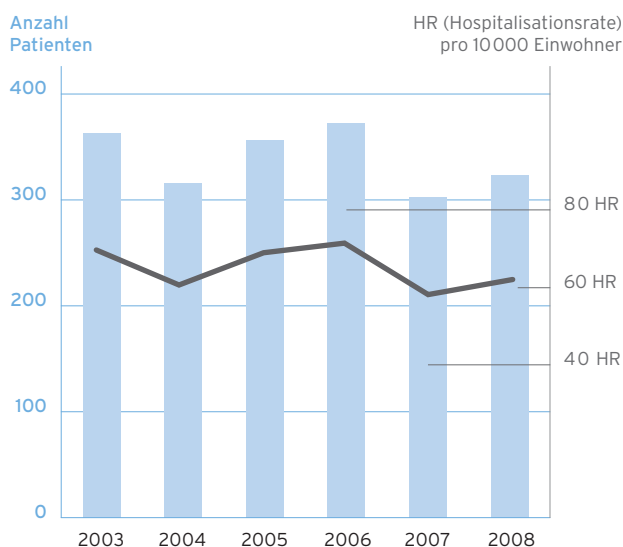
Tabelle 20 zeigt die jährliche Entwicklung der Patientenzahlen und der Pfl egetage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung im Versorgungsbereich der Rehabilitation für die Jahre 2003 bis 2008, aufgeschlüsselt nach den genannten Faktoren bzw. Kennziffern¹¹, in absoluten Zahlen sowie mit ihren jeweiligen Veränderungsraten. Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der Patientenzahl und der Pfl egetage 2003 bis 2008 in der Form von Balkendiagrammen. Abbildung 11 stellt die verschiedenen, in Tabelle 20 enthaltenen Veränderungsraten bildlich dar.

In der Gesamtschau ergibt sich daraus eine starke jährliche Schwankung sowohl der Patienten- bzw. Fallzahlen als auch der mittleren Aufenthaltsdauern, und damit zwangsläufig auch der Anzahl Pfl egetage in der Rehabilitation: Das schlägt sich selbstverständlich auch in den jeweiligen Kennziffern nieder.

Tabelle 20: Entwicklung der Patientenzahl und Pfl egetage in der Rehabilitation 2003 bis 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Wohnbevölkerung	52 976	52 841	52 561	52 509	52 654	53 054
Hospitalisationsrate (HR)	64	56	64	67	54	57
Fälle	341	298	336	351	284	304
Pfl egetage	7 877	6 708	8 014	8 356	7 008	8 271
Pfl egetagerate (PTr)	1 487	1 269	1 525	1 591	1 331	1 559
AHD	23.1	22.5	23.9	23.8	24.7	27.2
Veränderungsrate (Basisjahr 2003)						
Wohnbevölkerung	1.00	1.00	0.99	0.99	0.99	1.00
HR	1.00	0.88	0.99	1.04	0.84	0.89
Patienten	1.00	0.87	0.99	1.03	0.83	0.89
Pfl egetage	1.00	0.85	1.02	1.06	0.89	1.05
Pfl egetagerate (PTr)	1.00	0.85	1.03	1.07	0.90	1.05
MAHD	1.00	0.97	1.03	1.03	1.07	1.18

Abbildung 10a: Entwicklung der Patientenzahl in der Rehabilitation 2003 bis 2008



¹¹ Die Hospitalisationsrate bezeichnet die Anzahl Hospitalisationen, die Pfl egetagsrate die Anzahl der Pfl egetage in der Rehabilitation, jeweils pro 10 000 Einwohner.

Abbildung 10b: Entwicklung der Pfl egetage in der Rehabilitation 2003 bis 2008

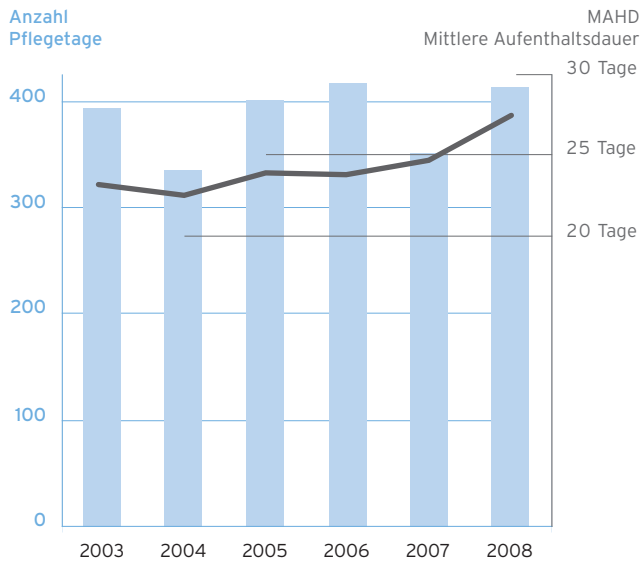
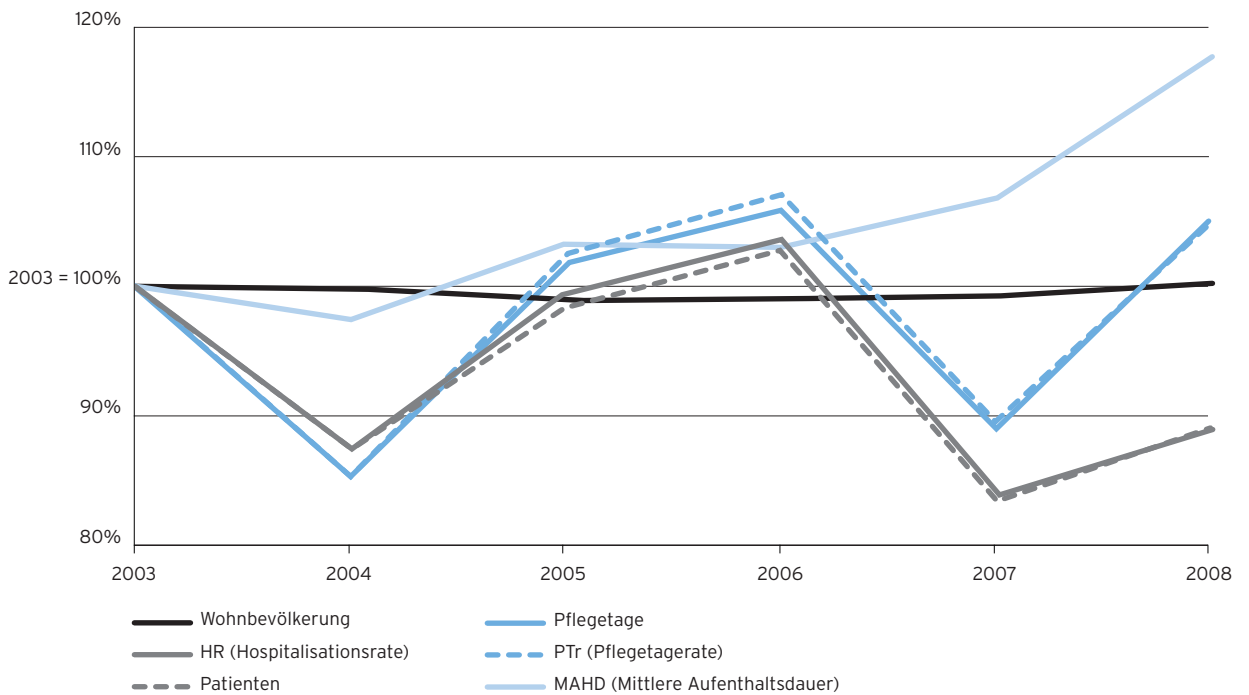


Abbildung 11: Veränderungsrate n der Rehabilitationsnachfrage 2003 bis 2008



Eine gewisse Trendentwicklung (im Sinne eines tendenziellen Anstiegs) lässt sich aus *Tabelle 20* und *Abbildung 11* somit allenfalls für die mittlere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation feststellen und dies auch nur für den Zeitraum 2006 bis 2008. Die ansonsten feststellbaren jährlichen Schwankungen sind als solche dagegen nicht interpretierbar und resultieren wahrscheinlich ausschliesslich aus den - für die Feststellung von Entwicklungstrends - zu kleinen Fallzahlen. Als nachteilig wirken sich diese (zu) kleinen Fallzahlen auch hinsichtlich der verfügbaren und interpretierbaren bzw. sinnvoll dokumentierbaren statistischen Grundlagen für die nachfolgenden, nach Leistungsbereichen oder Altersgruppen differenzierenden Analyseschritte aus.

1.3 Die Nachfragestruktur 2008

Angesichts von lediglich rund 300 stationären Ausserrhoder Rehabilitationspatienten pro Jahr war es nicht möglich, eine bedarfsplanerisch relevante, nach Leistungsbereichen und Altersgruppen differenzierte Analyse vorzunehmen und damit eine Prognose der kantonalen Rehabilitationsnachfrage mit sinnvoll auswertbaren Tabellen und Abbildungen zu erstellen. Zwar wurden auch für den Bereich der Rehabilitation Tabellen generiert, die nach Leistungsbereichen oder Altersgruppen differenzieren. Infolge der geringen Fallzahlen besitzen die betreffenden Daten jedoch keine im Detail gesicherte Aussagekraft. Deshalb werden diese Daten in der vorgelegten Form nicht publiziert, wohl aber als Hintergrundinformation genutzt.

1.3.1 Zur Verteilung der Nachfrage nach Leistungsbereichen

Von den 304 stationären Rehabilitationsbehandlungen, die im Jahre 2008 aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nachgefragt wurden, betrafen:

- 83 Fälle (27 %) die muskuloskelettale Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Erkrankungen des Bewegungsapparates)
- 60 Fälle (20 %) die neurologische Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Erkrankungen des Nervensystems)
- 40 Fälle (13 %) die psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation (im Kanton Appenzell Ausserrhoden dürfte es sich dabei faktisch um die psychosomatische Rehabilitation handeln)
- 25 Fälle (8 %) die kardiovaskuläre Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- 4 Fälle (1 %) die internistisch-onkologische Rehabilitation (die Abgrenzung dieser Indikationsgruppe ist unklar und jedenfalls diskussionsbedürftig)
- 3 Fälle (1 %) die pulmonale Rehabilitation (d.h.: Rehabilitationsbehandlungen im Falle von Atemwegserkrankungen).

Die restlichen 89 Fälle (29 %) mussten aus den oben in Kap. 1.0 genannten Gründen als Übrige kategorisiert werden. Leider handelt es sich dabei um den anteilmässig grössten Leistungsbereich in der Rehabilitation. Es liegt auf der Hand, dass auf dieser analytischen Grundlage keine einigermaßen fundierte Bedarfsplanung für den Versorgungsbereich der Rehabilitation, differenziert nach organspezifischen Leistungsbereichen, möglich ist.

Zumindest eine gewisse Aussagekraft haben aber allenfalls noch folgende Befunde:

- Das durchschnittliche Alter der Ausserrhoder Rehabilitationspatienten lag im Jahr 2008 bei 60 Jahren. Überdurchschnittlich alt waren die Patienten in der neurologischen, kardio-vaskulären, pulmonalen und übrigen Rehabilitation, während die Patienten in der muskuloskelettalen und, ausgeprägter noch, in der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation im Durchschnitt deutlich jünger waren. Dieser Eindruck lässt sich mit der unterschiedlichen altersgruppenspezifischen Betroffenheit durch die jeweiligen Erkrankungen gut erklären.
- Die beiden Geschlechter sind unter den Ausserrhoder Rehabilitationspatienten insgesamt gleich stark vertreten. In der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation sind Frauen jedoch über-, in der kardiovaskulären Rehabilitation dagegen deutlich untervertreten.
- Die Verteilung der Fälle nach innerkantonale rehabilitiert und ausserkantonale rehabilitiert spiegelt einerseits die innerkantonale angebotenen oder eben nicht angebotenen Leistungsbereiche wieder. Auffällig ist aber, dass - trotz des jeweiligen innerkantonalen Leistungsangebotes - die Mehrheit der muskuloskelettalen und auch der kardiovaskulären Rehabilitationsbehandlungen offenbar in ausserkantonalen Einrichtungen durchgeführt worden ist.
- Die deutlich längste mittlere Aufenthaltsdauer verzeichnete der Bereich der neurologischen Rehabilitation, während sich die jeweiligen Werte dieser Kennziffer unter den anderen Rehabilitationsbereichen nur wenig unterscheiden.

1.3.2 Zur Verteilung der Nachfrage nach Altersgruppen

Von den 304 stationären Rehabilitationsbehandlungen, die im Jahre 2008 aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nachgefragt wurden, betrafen:

- 5 Fälle (2 %) Patienten Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre)
- 24 Fälle (8 %) 18- bis 39-Jährige
- 111 Fälle (37 %) 40- bis 59-Jährige
- 130 Fälle (43 %) 60- bis 79-Jährige
- 34 Fälle (11 %) 80+-Jährige

Gemessen an der Kennziffer *Stationäre Rehabilitationsbehandlungen pro 1000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe* wurden in den Altersgruppen 60-79 (mit 13 Patienten) und 80+ (12 Patienten) fast doppelt so viele Rehabilitationsbehandlungen nachgefragt wie in der Altersgruppe 40-59 (knapp 7 Patienten). Mit anderen Worten werden stationäre Rehabilitationsbehandlungen somit deutlich überproportional häufig von der älteren Bevölkerung nachgefragt. Je älter die Rehabilitationspatienten sind, desto höher ist auch der Anteil der Zusatzversicherten (Halbprivat und Privat).

Dagegen besteht kein Zusammenhang zwischen Altersgruppe und Anteil derjenigen unter den Rehabilitationspatienten, die ausserkantonale rehabilitiert werden. Und auch die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation ist unabhängig vom Alter der Patienten.

Die Neurorehabilitation wird von Patienten aus allen Altersgruppen nachgefragt, gewinnt mit zunehmendem Alter aber an Bedeutung. Dagegen wird die «psychiatrische und sozialmedizinische Rehabilitation» am häufigsten im mittleren Lebensalter nachgefragt. Für die übrigen Rehabilitationsbereiche lassen sich dagegen keine altersgruppenspezifischen Häufigkeiten feststellen.

2 Die Prognose der rehabilitativen Behandlungen für 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde von der Gesundheitsdirektion Zürich, unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, die künftige Nachfrage der Ausserrhoder Wohnbevölkerung nach stationären rehabilitativen Leistungen prognostiziert. Dabei spielten neben der demografischen Entwicklung auch erwartete Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

Analog zur Methodik für die Prognose des akutsomatischen Leistungsbedarfs der Ausserrhoder Bevölkerung wird im Anhang dieses Versorgungsberichtes (in Teil D Kap. 3) auch die von der Gesundheitsdirektion Zürich für die Prognose des rehabilitativen Leistungsbedarfs der Ausserrhoder Bevölkerung angewandte Methodik beschrieben. Nachfolgend werden einzelne, für die Resultate der Bedarfsprognose besonders wichtige und diese Resultate auch relativierende Aussagen daraus zusammengefasst wiedergegeben, bevor diese Resultate selber dargestellt und interpretiert werden.

2.1 Einleitung

2.1.1 Die Einflussfaktoren der Bedarfsprognose und ihre Berücksichtigung

Gleich wie bei der Prognose des akutsomatischen Leistungsbedarfs stehen auch bei der Prognose des rehabilitativen Leistungsbedarfs in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro Leistungsbereich im Jahr 2020 im Vordergrund. Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner zukünftig eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nachfragen werden. Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen mittleren Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Bestimmung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die rehabilitationsbezogene Hospitalisationsrate in der Rehabilitation in diesem Jahr und für die Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden.

Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen somit massgeblich auch von der Entwicklung der Hospitalisationsrate (im Sinne der jeweiligen Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation) sowie von der mittleren Aufenthaltsdauer im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung bestimmt. Als wesentliche Einflussfaktoren der Entwicklung der Eintrittshäufigkeit und der Aufenthaltsdauer gelten:

- die medizintechnische und epidemiologische Entwicklung
- die Zuweisungspraxis der vorbehandelnden Spitäler und frei praktizierenden Ärzte
- die Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer
- die bestehenden Finanzierungsstrukturen
- das bestehende Angebot an ambulanter Rehabilitation
- das bestehende Angebot an geriatrischer Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie)

Hinsichtlich der *Zuweisungspraxis* als Einflussfaktor der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer geht die hiermit vorgelegte Ausserrhoder Nachfrageprognose, analog zur Nachfrageprognose für die Rehabilitation im Zürcher Versorgungsbericht, von keiner Veränderung der heutigen Zuweisungspraxis aus. Diese Annahme zu diesem Einflussfaktor sollte im Hinblick auf die zweite Planungsetappe bzw. für den daraus resultierenden Strukturbericht aber hinterfragt bzw. relativiert werden (müssen).

Hinsichtlich des Einflussfaktors *Angebotsentwicklung der ambulanten Rehabilitation* geht die vorliegende Rehabilitationsplanung für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 von alters- bzw. leistungsgruppenspezifischen fallbezogenen Substitutionspotenzialen von maxi-

mal 20 Prozent aus. Eine differenziertere Berücksichtigung dieses Einflussfaktors hätte den Rahmen der vorliegenden Bedarfsprognose gesprengt (Siehe dazu unten Kap. 2.2.1).

Hinsichtlich des Einflussfaktors *Angebotsentwicklung der geriatrischen Rehabilitation* wird davon ausgegangen, dass ein nicht unerheblicher Teil der in den Einrichtungen der spezialisierten krankheitsspezifischen Rehabilitation behandelten älteren und hochbetagten Patienten multimorbide sind und die Zugangskriterien zu einer allfälligen geriatrischen Rehabilitation erfüllen (würden). Eine allfällige Verschiebung der Klientel einer geriatrischen Rehabilitation aus den Kliniken der spezialisierten krankheitsspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot würde sich daher auf die letztere auch bedarfsmindernd auswirken – je nach zukünftiger Entwicklung einer geriatrischen Rehabilitation im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Eine differenzierte Berücksichtigung dieses Einflussfaktors hätte den Rahmen der vorliegenden Bedarfsprognose jedoch gesprengt (Siehe dazu unten Kap. 2.2.2).

2.1.2 Die drei Szenarien der Prognose und ihre unterschiedlichen Parameter

Die von der Gesundheitsdirektion Zürich für den Kanton Appenzell Ausserrhoden erarbeitete Prognose der Ausserrhoder Nachfrage nach stationären Rehabilitationsbehandlungen im Jahr 2020 erfolgt, gleich wie die Zürcher Nachfrageprognose, in der Form von drei Szenarien: einem Hauptszenario, einem Maximalszenario und einem Minimalszenario.

Beim *Hauptszenario* wird für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 von einer unveränderten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ausgegangen, jedoch – als Folge des geänderten Vergütungssystems – von einer generellen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 7,5 Prozent. Diese Annahmen gelten für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche.

Das *Maximalszenario* berücksichtigt demgegenüber sowohl tendenziell nachfragesteigernde Einflussfaktoren der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation als auch tendenziell die Aufenthaltsdauer erhöhende Einflussfaktoren.

- Hinsichtlich der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation geht das Maximalszenario für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen demgemäss von folgender Entwicklung aus: Die Morbidität der Wohnbevölkerung wird sich im Bereiche der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche weiter erhöhen. Daraus resultiert ein Wachstum der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation von 2,5 Prozent. Gleichzeitig werden sich die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie der kurativen Medizin weiter verbessern. Daraus resultiert für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche (exklusive *psychiatrisch-sozialmedizinische und übrige Rehabilitation*) eine zusätzliche Erhöhung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation um 2,5 Prozent. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.
- Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation geht das Maximalszenario für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen demgemäss von folgender Entwicklung aus: Angesichts der zu erwartenden zusätzlich verminderten Belastbarkeit und Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen wird die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten ab 60 Jahren in allen Leistungsbereichen um 2,5 Prozent zunehmen. Gleichzeitig wird – als Folge der SwissDRG-Einführung in den Akutspitälern bzw. des davon erwarteten verstärkten Trends zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation – für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche eine zusätzliche Erhöhung der mittleren Aufenthaltsdauer von 2,5 Prozent angenommen. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Das *Minimalszenario* berücksichtigt für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 eine strengere Kostengutsprachepraxis der Versicherungen, eine vermehrte Substitution in den ambulanten Bereichen sowie eine Verschiebung von geriatrischen Rehabilitationspatienten in die Akutgeriatrie. Diese Annahmen fliessen aber nur pauschal und mit einer 20 Prozent tieferen Hospitalisationsrate auch nur sehr grob in die Bedarfsprognose ein. Im Übrigen berücksichtigt dieses Szenario die Einflussfaktoren *strengere Kostengutsprachepraxis, zunehmende ambulante Rehabilitation sowie vermehrte Leistungserbringung für die betreffende Klientel im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation* als tendenziell die Aufenthaltsdauer verkürzende Einflussfaktoren. Die betreffenden Annahmen fliessen aber nur pauschal und sehr rudimentär mit einer Reduktion der Aufenthaltsdauer von 15 Prozent in die Bedarfsprognose ein.

2.2 Die später nötige Präzisierung spezifischer Einflussfaktoren

Bei der nachfolgend in Kap. 2.3 quantifizierten Prognose des Ausserrhoder Bedarfs an Rehabilitationsbehandlungen im Jahre 2020 werden die Einflussfaktoren Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation somit nur pauschal und dazu auch nur äusserst rudimentär berücksichtigt. Aus den nachfolgend in den beiden Unterkapiteln jeweils angesprochenen Gründen war dies im Rahmen der ersten Planungsetappe und damit für diesen Versorgungsbericht auch gar nicht anders möglich. Damit zusammenhängend wurde bei der vorliegenden Prognose auch davon ausgegangen, dass sich auch das Zuweisungsverhalten in die stationäre Rehabilitation bis 2020 nicht verändert (haben wird), und ebenso auch nicht das Kostengutsprache-Verhalten der Krankenkassen bzw. ihrer Vertrauensärzte. Dass diese Annahmen (zu) wenig realistisch sind, liegt auf der Hand. Die praktischen Konsequenzen aus dieser Aussage können aber (erst) in der zweiten Etappe der Ausserrhoder Spitalplanung 2012 gezogen werden – was dann aber auch der Fall sein sollte.

2.2.1 Zum kantonalen stationären Substitutionspotenzial als Einflussfaktor

Rechtlich vorgegebener Gegenstand der kantonalen Spital(bedarfs)planung ist nur der *stationäre* Versorgungsbedarf und damit im Rehabilitationsbereich auch nur der *stationäre* Rehabilitationsbedarf. In den deutschsprachigen Ländern wird die medizinische Rehabilitation traditionell als stationäre Behandlung durchgeführt (Entwicklung aus der traditionellen Kur- und Höhenklinikbehandlung). Dagegen kennen die angelsächsischen Länder fast nur die ambulante Rehabilitation. Von daher ist davon auszugehen, dass ein mehr oder minder grosser Anteil der Rehabilitationsbehandlungen auch als ambulante Behandlung durchgeführt werden könnte, sofern das dafür nötige qualitätsgerechte Angebot in zumutbarer Distanz verfügbar ist. Individuell muss zudem die häusliche Versorgung sichergestellt sein.

Grundsätzlich gelten in der ambulanten Rehabilitation die gleichen Ziele und Behandlungsmethoden wie in der stationären Rehabilitation. Die ambulante Rehabilitation hat in der Regel aber wirtschaftliche Vorteile. Weitere Vorteile – bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität wie in der stationären Rehabilitation – sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

Je grösser das kantonale bzw. regionale Potenzial zur Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitationsbehandlungen ist (bzw. angenommen wird), desto kleiner ist – unter ansonsten gleichen Bedingungen – der jeweilige *stationäre* Rehabilitationsbedarf. Dieses Substitutionspotenzial ist aber in ländlichen Kantonen bzw. Regionen in der Regel niedriger als in verstäderten Regionen – und somit auch von der kantonalen Siedlungsstruktur abhängig.

Wie gross ist das für den Kanton Appenzell Ausserrhoden als realistisch anzunehmende Potenzial der (zukünftigen) Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitationsbehandlungen? Diese Frage kann erst im Rahmen der zweiten Planungsetappe beantwortet werden. Bei ihrer Beantwortung muss nämlich zwischen den einzelnen, oben aufgelisteten Fachbereichen der Rehabilitation unterschieden werden. Und ein zentraler diesbezüglicher Einflussfaktor ist auch, ob im Kanton Appenzell Ausserrhoden zukünftig bedarfs- und angebotsseitig zwischen einer nicht-geriatrischen und einer geriatrischen Rehabilitation unterschieden wird bzw. werden soll.

2.2.2 Zur kantonalen geriatrischen Rehabilitation als Einflussfaktor

Um der wachsenden Anzahl älterer und insbesondere auch hoch betagter Einwohner infolge der demografischen Alterung auch bei der rehabilitativen Versorgung Rechnung tragen zu können, wird heute (auch) in der Schweiz bzw. in immer mehr Kantonen eine geriatrische Rehabilitation von der spezialisierten krankheitsspezifischen Rehabilitation (als nicht-geriatrischer Rehabilitation) unterschieden. Grundsätzlich sind die Massnahmen der geriatrischen Rehabilitation an den gleichen Zielen ausgerichtet wie die krankheitsspezifische Rehabilitation bzw. die Rehabilitation jüngerer Erwachsener. Überall dort, wo eine geriatrische Rehabilitation als *spezifischer* Teilbereich der rehabilitativen Versorgung angeboten wird, muss diese Rehabilitationsform aber von der spezialisierten krankheitsspezifischen Rehabilitation abgegrenzt werden. Für diese Abgrenzung können die nachfolgend zusammengefassten altersspezifischen Besonderheiten *geriatrischer* Patienten dienlich sein.

Geriatrische Patienten sind in der Regel über 65-jährig, meist über 80-jährig, polymorbid und gebrechlich, weisen spezielle, meist atypische Krankheitssymptome auf, sind medizinisch instabiler und komplikationsanfälliger, verfügen über knappe körperliche Reserven, weisen eine verminderte beziehungsweise stark schwankende Belastbarkeit auf und bedürfen in der Therapieplanung besonders ausgeprägt des Einbezugs ihres sozialen Umfeldes. Geriatrische Rehabilitation bezweckt somit die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Fähigkeiten zur möglichst selbständigen Alltagsbewältigung im angestammten Wohnumfeld sowie die Kompensation allfälliger sozialer Defizite. Es besteht eine enge Beziehung zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Akutgeriatrie. Die Übergänge sind allerdings fließend und werden auch durch das bestehende geriatrische Angebot in einem Kanton bzw. einer Region bestimmt.

Bis heute bestehen in der Schweiz keine bundesweit einheitlich angewandten Abgrenzungskriterien für die Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation von der nicht-geriatrischen Rehabilitation. Rechtlicher Hintergrund dafür ist, dass Art. 39 KVG den einzelnen Kantonen im Rahmen ihrer Verpflichtung zur (einzel-)kantonalen Spitalplanung auch die regionale Deutungshoheit für die betreffenden Abgrenzungskriterien zuweist. Deshalb muss der einzelne Kanton - auf der Grundlage seines jeweiligen kantonalen Rehabilitationskonzeptes - zuerst seine individuell massgeblichen Abgrenzungskriterien festlegen, bevor ein (zunächst) unspezifisch prognostizierter kantonaler Rehabilitationsbedarf nach dem jeweiligen spezifischen Leistungsbedarf an geriatrischer und nicht-geriatrischer Rehabilitation differenziert werden kann. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden besteht bis heute kein geriatrisches Versorgungsangebot. Deshalb steht auch diese Differenzierung in diesem Kanton noch aus.

Die Frage, ob (auch) der Kanton Appenzell Ausserrhoden zukünftig definitorisch, bedarfsplanerisch und versorgungsstrukturell - sinnvollerweise - zwischen einer geriatrischen Rehabilitation und einer nicht-geriatrischen Rehabilitation seiner Einwohner unterscheiden soll, muss besonders geprüft werden. Deshalb wird bei der Prognose des Ausserrhoder Bedarfs an Rehabilitationsbehandlungen für das Jahr 2020 im Rahmen dieses Versorgungsberichtes - als Ergebnis der ersten Planungsetappe - auch (allenfalls *noch*) nicht unterschieden zwischen spezialisierter krankheitsspezifischer Rehabilitation und geriatrischer Rehabilitation. Angesichts der besonders ausgeprägten demografischen Alterung des Kantons (Siehe dazu Teil A Kap. 7) gibt es aber gute Gründe dafür, diese Unterscheidung im

Rahmen der zweiten Planungsetappe vorzunehmen und dann – im Sinne einer Rückkopplung – auch die Auswirkungen auf den jeweiligen Rehabilitationsbedarf sowie die praktisch-planerischen Konsequenzen für das jeweilige Rehabilitationsangebot zu berücksichtigen.

2.3 Die prognostizierte Nachfrage nach stationärer Rehabilitation

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat für den Kanton Appenzell Ausserrhoden, basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008, die künftige kantonale Nachfrage nach stationärer Rehabilitation prognostiziert und dabei die oben in Kap. 2.1 angesprochenen Einflussfaktoren berücksichtigt. Dabei spielten, neben der demografischen Entwicklung, erwartete Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

2.3.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2020

Table 21 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der rehabilitationsbezogenen kantonalen Hospitalisationsrate, der betreffenden Patientenzahl, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis 2020. Die absoluten Zahlen in der Tabelle berücksichtigen das Jahr 2008 und für das Jahr 2020 (zur besseren Übersicht) nur das Hauptszenario. Die zusätzlich jeweils angegebenen Veränderungsrate berücksichtigen dagegen alle drei Szenarien (Siehe dazu oben Kap. 2.1.2) und bringen so die unterschiedlichen Auswirkungen der einzelnen Szenarien im Quervergleich sehr deutlich zum Ausdruck.

Table 21: Prognostizierter Bedarf der Appenzell Ausserrhoder Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020			
		Hauptszenario	max.	min.	
Hospitalisation / 10 000 EW	57	65	+12.7%	+18.3%	-9.9%
Patienten	304	350	+15.1%	+20.9%	-7.9%
Mittlere Aufenthaltsdauer	27.2	25.0	-8.3%	+3.1%	-15.7%
Pflage tage	8 271	8 732	+5.6%	+24.6%	-22.4%
Pflage tage / 10 000 EW	1 559	1 611	+3.3%	+22.0%	-24.0%

Hinsichtlich der Entwicklung der rehabilitationsbezogenen Hospitalisationsrate im Zeitraum 2008 bis 2020 rechnet das *Hauptszenario* somit mit einer deutlichen Zunahme von 13 Prozent und das *Maximalszenario* sogar mit einer Zunahme von 18 Prozent, das *Minimalszenario* dagegen mit einer Abnahme von 10 Prozent:

- Im Falle des *Hauptszenarios*, das *ceteris paribus* von einer unveränderten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ausgeht, ist dessen Zunahme in erster Linie ein Effekt der demografischen Alterung der Ausserrhoder Wohnbevölkerung.
- Die Differenz zum *Maximalszenario* erklärt sich damit, dass dieses Szenario diverse, die stationäre Rehabilitationsnachfrage tendenziell *steigernde* Einflussfaktoren der Eintrittshäufigkeit berücksichtigt (Siehe dazu Kap. 2.1.2), woraus hier *insgesamt* ein Wachstum dieser Eintrittshäufigkeit von 5 Prozent resultiert.
- Dagegen berücksichtigt das *Minimalszenario* diverse, die stationäre und organspezifisch spezialisierte Rehabilitationsnachfrage tendenziell *verringende* Einflussfaktoren der Eintrittshäufigkeit, darunter eine vermehrte Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen sowie eine gewisse Nicht-Berücksichtigung geriatrischer Rehabilitationspatienten (durch deren Verschiebung in die Akutgeriatrie), woraus hier *insgesamt* - pauschal - eine 20 Prozent tiefere Eintrittshäufigkeit resultiert.

Konsequenz aus diesen drei Szenarien bzw. ihrer unterschiedlichen Parameter für die per 2020 prognostizierten stationären Fallzahlen ist eine Bandbreite zwischen 280 prognostizierten Ausserrhoder Rehabilitationspatienten im *Minimalszenario*, 350 im *Hauptszenario* und 367 im *Maximalszenario* (2008 lag diese Zahl bei 304). Vor diesem Hintergrund erscheint eine Fallzahl im Jahr 2020 in der Grössenordnung der Fallzahl des Jahres 2008 aus heutiger Sicht als relativ wahrscheinlich. Voraussetzung dafür sind aber bestimmte versorgungsstrukturelle Rahmenbedingungen, die Gegenstand der zweiten Planungsetappe sein werden.

Hinsichtlich der Entwicklung der rehabilitationsbezogenen mittleren Aufenthaltsdauern im Zeitraum 2008 bis 2020 rechnet das *Hauptszenario* mit einer Abnahme von 8 Prozent und das *Minimalszenario* mit einer Abnahme von 16 Prozent, während das *Maximalszenario* von einer Zunahme von 3 Prozent ausgeht.

- Das *Hauptszenario* geht *ceteris paribus* von einer generellen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 7,5 Prozent aus.
- Die Differenz zum *Maximalszenario* erklärt sich damit, dass dieses Szenario auch diverse, die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation tendenziell *steigernde* Einflussfaktoren berücksichtigt (Siehe dazu Kap. 2.1.2), woraus hier *insgesamt* ein Wachstum dieser Aufenthaltsdauer von ebenfalls 5 Prozent resultiert.
- Dagegen berücksichtigt das *Minimalszenario* auch diverse, die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation tendenziell *verringende* Einflussfaktoren, woraus hier *insgesamt* - pauschal - eine um 15 Prozent tiefere mittlere Aufenthaltsdauer resultiert.

Konsequenz aus diesen drei Szenarien bzw. ihrer unterschiedlichen Parameter für die per 2020 prognostizierten mittleren Aufenthaltsdauern ist eine Bandbreite zwischen rund 6 400 prognostizierten Ausserrhoder rehabilitationsbezogenen Pflēgetagen im *Minimalszenario*, rund 8 700 im *Hauptszenario* und rund 10 300 im *Maximalszenario* (2008 lag diese Zahl bei rund 8'300). Vor diesem Hintergrund erscheint auch eine Anzahl rehabilitationsbezogener Pflēgetage im Jahr 2020 in der Grössenordnung der Anzahl der Pflēgetage des Jahres 2008 aus heutiger Sicht als relativ wahrscheinlich.

2.3.2 Prognose nach Leistungsbereichen und Altersgruppen

Eigentlich sollten die Prognosen auch nach den Merkmalen Leistungsbereich und Alter analysiert werden. Aus den oben - in der Vorbemerkung zu diesem Hauptkapitel - genannten Gründen (dafür zu kleine kantonale Fallzahlen) hat die Gesundheitsdirektion Zürich dem Kanton Appenzell Ausserrhoden jedoch keine *dokumentierbaren* statistischen Grundlagen für einen *fundierte interpretierbaren* Einfluss kantonaler Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer auf die zukünftige kantonale Rehabilitationsnachfrage zur Verfügung stellen können. Insbesondere betrifft dies die - grundsätzlich angestrebte - Differenzierung des prognostizierten kantonalen Versorgungsbedarfs nach Leistungsbereichen und Altersgruppen (bzw. die jeweilige Bedarfsquantifizierung auf der Grundlage bereichs- und altersgruppenspezifischer Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern).

Immerhin lassen sich aus den vorliegenden, nach Altersgruppen differenzierten Prognosen der rehabilitationsbezogenen Hospitalisationsraten und mittleren Aufenthaltsdauern aber folgende Aussagen ableiten:

- Für sämtliche Altersgruppen unterhalb von 60 Jahren ist per 2020 mit mehr oder minder ausgeprägten Verringerungen der rehabilitationsbezogenen Hospitalisationsraten (Fallzahlen stationärer Rehabilitation) sowie der rehabilitationsbezogenen Pflēgetage zu rechnen.
- Dagegen ist für die beiden Altersgruppen oberhalb von 59 Jahren per 2020 mit einem ausgeprägten Anstieg der rehabilitationsbezogenen Hospitalisationsraten bzw. Fallzahlen sowie der rehabilitationsbezogenen Pflēgetage zu rechnen. Dabei wird auch für die ältere Bevölkerung eine ausgeprägte Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation prognostiziert.

Auch dafür müssen jeweils aber bestimmte versorgungsstrukturelle Voraussetzungen erfüllt sein, die ebenfalls Gegenstand der zweiten Planungsetappe sein werden.

3 Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Patienten in Rehakliniken

Im Teilkapitel Rehabilitationsbezogene Leistungsnachfrage der Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden sollte folgenden Fragen nachgegangen werden: In welchem Ausmass haben sich diese Patienten im Jahr 2008, differenziert nach den unterschiedlichen Rehabilitationsbereichen, jeweils innerhalb und ausserhalb ihres Wohnkantons behandeln lassen? Und wie viele Pflēgetage wurden demgemäss jeweils im Jahr 2008 durch Ausserrhoder Patienten innerhalb und ausserhalb des Kantons Appenzell Ausserrhoden generiert?

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat dem Kanton Appenzell Ausserrhoden jedoch keine *dokumentierbaren* statistischen Grundlagen für eine fundierte *interpretierbare* Differenzierung der inner- und ausserkantonalen Leistungsnachfrage der Ausserrhoder Patienten nach Rehabilitationsbereichen zur Verfügung stellen können. Ein Grund dafür

sind die (zu) kleinen kantonalen Fallzahlen. Ein noch wichtigerer Grund dafür ist aber der zu grosse Anteil unter den Ausserrhoder Rehabilitationspatienten, die im Jahr 2008 mit der allgemeinen Diagnose Rehabilitationsmassnahmen (Z50) codiert wurden (Siehe dazu Kap. 1.1).

Mit einer gewissen Vorsicht lässt sich aus den vorliegenden diesbezüglichen Daten aber ableiten, dass der (stationäre) neurologische Rehabilitationsbedarf sowie - mehr noch - der (stationäre) psychosomatische Rehabilitationsbedarf offenbar ganz überwiegend innerkantonal befriedigt werden. Dagegen werden der (stationäre) kardiovaskuläre Rehabilitationsbedarf sowie - mehr noch - der (stationäre) muskuloskelettale Rehabilitationsbedarf offenbar in ausgeprägtem Ausmass (auch) ausserkantonal befriedigt. Zu jeweils 100 Prozent trifft dies aber für den pulmonalen Rehabilitationsbedarf sowie für den internistisch-onkologischen Rehabilitationsbedarf zu.

4 Leistungsangebot der Ausserrhoder Rehabilitationskliniken

Im Teilkapitel Leistungsangebot der drei Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden werden die hier jeweils im Jahr 2008 erbrachten Leistungen, unabhängig von der Trägerschaft und der Herkunft der Patienten, sowie die jeweiligen Marktanteile berücksichtigt. Bei den betreffenden Institutionen handelt es sich um die Klinik Gais AG in Gais, die Rheinburg-Klinik in Walzenhausen sowie um die Berit Paracelsus-Klinik AG in Niederteufen (beschränkt auf deren Rehabilitationsangebot).

4.1 Erbrachte Leistungen 2008

In diesem ganzen Teilkapitel werden somit sämtliche stationären Patienten betrachtet, die im Jahr 2008 in einer dieser drei Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden behandelt wurden, unabhängig von ihrem Wohnort bzw. -kanton.

Die Basistabelle Reha 1 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt diverse Kennziffern für die drei genannten Rehabilitationskliniken. Diese beziehen sich somit auf *sämtliche*, dort jeweils im Jahr 2008 behandelten Patienten. *Tabelle 22* gibt die wichtigsten dieser Kennziffern wieder.

Tabelle 22: Stationäre Leistungen pro Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Patientenherkunft Ausser Kanton in %	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegertage (abs.)	Anteil Total-Pflegertage in %
Berit Paracelsus-Klinik	106	4%	73	70%	83%	16.2	1 712	3%
Klinik Gais	1 840	71%	56	30%	96%	23.7	43 584	69%
Rheinburg-Klinik	629	24%	66	59%	86%	28.8	18 128	29%
Total	2 575	100%	59	39%	93%	24.6	63 424	100%

Die *Tabelle 22* zeigt, dass im Jahr 2008 die Zahl der stationären Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 2'575 lag. Am meisten Patienten (71 Prozent) wurden in der Klinik Gais behandelt, 24 Prozent in der Rheinburg-Klinik und lediglich 4 Prozent in der Berit Paracelsus-Klinik.

Im Quervergleich der drei Kliniken bemerkenswert ist

- das relativ heterogene mittlere Eintrittsalter sowie die heterogene mittlere Aufenthaltsdauer (was sich jeweils aber mit den unterschiedlichen Bereichen der angebotenen Rehabilitationsleistungen erklären lässt)
- der heterogene Anteil an Halbprivat- und Privatpatienten (was aber wiederum - zumindest auch - mit der unterschiedlichen Altersstruktur zusammenhängt)
- die in allen Kliniken sehr hohe Abhängigkeit von ausserkantonalen Patienten (aus der kantonalen Perspektive ist die regionalwirtschaftliche Bedeutung der drei Kliniken offensichtlich deutlich höher als ihre versorgungspolitische Bedeutung).

Letzteres betrifft in erster Linie die Klinik Gais und erst in zweiter Linie die Rheinburg-Klinik.

4.2 Leistungsspektrum der betreffenden Rehabilitationskliniken

Die Basistabelle Reha 2 im Statistischen Anhang dieses Versorgungsberichtes (Teil F) zeigt die Herkunft der *Patienten*, die im Jahr 2008 in den drei Ausserrhoder Rehabilitationskliniken rehabilitiert worden sind, differenziert nach den jeweils angebotenen Rehabilitationsbereichen. Die Basistabelle Reha 3 im Statistischen Anhang zeigt, in der gleichen Aufschlüsselung, die daraus jeweils resultierende Anzahl Pflage tage.

Weil diese Tabellen dafür zu umfangreich sind, können sie nicht in diesen Textteil des Versorgungsberichtes integriert werden. An den angesprochenen Informationen *spezifisch* Interessierte werden daher auf diese Tabelle im Statistischen Anhang verwiesen. Nachfolgend werden aber die wichtigsten Informationen, die diese Tabellen über die drei Kliniken enthalten, kurz beschrieben.

Das Leistungsangebot der *Klinik Gais* betrifft die kardiovaskuläre und die psychosomatische Rehabilitation. Knapp 4 Prozent der hier im Jahr 2008 stationär rehabilitierten Patienten wohnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden. 27 Prozent kamen aus dem Kanton St. Gallen, 23 Prozent aus dem Kanton Zürich, 12 Prozent aus dem Kanton Thurgau und 30 Prozent aus anderen Kantonen. Hinsichtlich der Klinik Gais bzw. für die Bereiche der kardiovaskulären und der psychosomatischen Rehabilitation besteht für den Kanton Appenzell Ausserrhoden in der zweiten Etappe seiner Spitalplanung 2012 (Angebotsplanung) daher ein spezieller hoher Koordinationsbedarf mit den benachbarten Kantonen sowie mit dem Kanton Zürich.

Das Leistungsangebot der *Rheinburg-Klinik* betrifft die neurologische und die muskuloskelettale Rehabilitation (im Verhältnis 3 zu 2, gemessen am jeweiligen Patientenanteil). Knapp 14 Prozent aller hier im Jahr 2008 stationär rehabilitierten Patienten wohnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden. 50 Prozent kamen aus dem Kanton St. Gallen, 16 Prozent aus dem Kanton Zürich, 4 Prozent aus dem Kanton Thurgau sowie jeweils rund 8 Prozent aus anderen Kantonen und aus dem Ausland. Hinsichtlich der Rheinburgklinik bzw. für die Bereiche der neurologischen und der muskuloskelettalen Rehabilitation besteht in der zweiten Etappe der Spitalplanung 2012 somit ebenfalls ein spezieller hoher Koordinationsbedarf des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit den benachbarten Kantonen sowie mit dem Kanton Zürich.

Weil die *Berit Paracelsus-Klinik* ihre Rehabilitationspatienten offensichtlich sämtlich mit der allgemeinen Diagnose Rehabilitationsmassnahmen (Z50) codiert (Siehe dazu Kap. 1.1), lässt sich das rehabilitative Leistungsangebot dieser Klinik nicht aus den Basistabellen Reha 2 und Reha 3 im Statistischen Anhang ableiten. Aus dem Internet-Auftritt der Klinik geht jedoch hervor, dass diese Klinik - in Ergänzung ihres chirurgischen Leistungsangebotes - in beschränktem Ausmass auch stationäre Leistungen im Bereich der orthopädischen und neurochirurgischen Rehabilitation anbietet. Mit insgesamt lediglich 106 Patienten (davon 17 Prozent aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und 75 Prozent aus dem Kanton St. Gallen) bzw. total nur rund 1700 Pflage tagen (was einem diesbezüglichen Kapazitätsbedarf

von rund 5 Betten entspricht) ist das Rehabilitationsangebot dieser Klinik aber nur von relativ geringer Bedeutung. Dies gilt sowohl aus der versorgungspolitischen als auch aus der regionalwirtschaftlichen Perspektive.

5 Zu- und Abwanderungen des Kantons Appenzell Ausserrhoden

In Kapitel 3 ging es um den stationären Rehabilitationsbedarf der Ausserrhoder Bevölkerung. Dieser setzt sich aus allen stationären Rehabilitationsbehandlungen von Ausserrhoder Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie von Ausserrhoder Kantonseinwohnern, die sich ausserkantonale rehabilitieren liessen, zusammen (Abwanderer).

Im vorstehenden Kapitel 4 ging es demgegenüber um die Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden und sämtliche, in diesen Kliniken im Jahr 2008 rehabilitierte Patienten. Dabei handelte es sich sowohl um im Kanton Appenzell Ausserrhoden ansässige Patienten, die sich in ihrem Wohnkanton rehabilitieren liessen, als auch um Rehabilitationspatienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Tabelle 23 zeigt, in welchen Kantonen sich die Ausserrhoder im Jahr 2008 stationär rehabilitieren liessen und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden kamen.

Tabelle 23: Zu- und Abwanderung von Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Zuwanderung	900	525	447	251	170	108	2 401
Abwanderung	-38	-6	-31	-36	-19		-130
Nettowanderung	862	519	416	215	151	108	2 271

Grundsätzlich kann auf der Grundlage von *Tabelle 23* festgestellt werden, dass sich 43 Prozent der Ausserrhoder Rehabilitationspatienten in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken behandeln liessen. Dabei verteilen sich die ausserkantonalen Rehabilitationsbehandlungen der Ausserrhoder Patienten relativ breit auf die verschiedenen Kantone, wenn auch mit einer gewissen Bevorzugung der angrenzenden Kantone St. Gallen und Thurgau.

Die Patientenzahl der Zuwanderer in die Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden lag im Jahr 2008 bei rund 2'400. Das entspricht 93 Prozent aller in diesem Kanton stationär rehabilitierten Patienten. Diese beanspruchten aber nur 87 Prozent aller rehabilitationsbezogenen Pflage tage im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Knapp die Hälfte der Zuwanderer wohnten in den angrenzenden Kantonen St. Gallen und Thurgau. Sehr viele stammten aber auch aus anderen Kantonen, darunter besonders viele aus dem Kanton Zürich. Gut 4 Prozent der im Kanton Appenzell Ausserrhoden rehabilitierten Patienten hatten einen Wohnsitz im Ausland.

Tabelle 24 zeigt, wie sich die 2008 im Kanton Appenzell Ausserrhoden stationär rehabilitierten und ausserhalb des Kantons wohnhaften Patienten (die 2 400 Zuwanderer) nach Rehabilitationsbereichen und den Herkunftskantonen verteilen.

Tabelle 24: Zuwanderung von Rehabilitationspatienten in den Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	163	87	38	13	1	19	321
Muskuloskelettal	139	7	10	6	3	27	192
Kardiovaskulär	144	138	102	52	64	16	516
Pulmonal	1		1				2
Internistisch-onkologisch	10	1		2			13
Psychiatrisch-sozialmed.	208	150	215	106	78	32	789
Übrige	235	142	81	72	24	14	568
Zuwanderung	900	525	447	251	170	108	2 401

Weil fast ein Viertel dieser zugewanderten Rehabilitationspatienten unter die (unspezifisch codierten) Übrigen fallen, lassen sich die von den Zuwanderern im Kanton Appenzell Ausserrhoden präferierten Rehabilitationsbereiche aus dieser Tabelle nur mit entsprechenden Vorbehalten ableiten. Anscheinend gilt diesbezüglich aber die folgende Rangfolge (mit abnehmender Präferenz): 1. psychosomatische Rehabilitation; 2. kardiovaskuläre Rehabilitation; 3. neurologische Rehabilitation; 4. muskuloskelettale Rehabilitation.

Tabelle 25 zeigt, wie sich die Ausserrhoder Patienten, die 2008 ausserhalb ihres Wohnkantons stationär rehabilitiert worden sind (die 130 Abwanderer) nach Rehabilitationsbereichen und den Zielkantonen verteilen.

Tabelle 25: Abwanderung von Rehabilitationspatienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	-6		-1		-1		-8
Muskuloskelettal	-20		-22	-1	-7		-50
Kardiovaskulär		-2	-7	-4			-13
Pulmonal	-1	-1			-1		-3
Internistisch-onkologisch	-1	-1		-2			-4
Psychiatrisch-sozialmed.			-1				-1
Übrige	-10	-2		-29	-10		-51
Abwanderung	-38	-6	-31	-36	-19	0	-130

Weil 40 Prozent dieser abgewanderten Rehabilitationspatienten unter die (unspezifisch codierten) Übrigen fallen, lassen sich die von der Abwanderung am stärksten betroffenen Rehabilitationsbereiche aus dieser Tabelle nur mit entsprechenden Vorbehalten ableiten. Anscheinend ist der Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation aber am stärksten von der Abwanderung von Rehabilitationsnachfrage aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden betroffen. Bemerkenswert ist aber auch das Ausmass der Nachfrageabwanderung im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation.

Der Vollständigkeit halber zeigt *Tabelle 26* schliesslich noch die Resultate der Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2008.

Tabelle 26: Nettowanderung von Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	157	87	37	13	0	19	313
Muskuloskelettal	119	7	-12	5	-4	27	142
Kardiovaskulär	144	136	95	48	64	16	503
Pulmonal	0	-1	1		-1		-1
Internistisch-onkologisch	9	0		0			9
Psychiatrisch-sozialmed.	208	150	214	106	78	32	788
Übrige	225	140	81	43	14	14	517
Nettowanderung	862	519	416	215	151	108	2271

Diese Tabelle zeigt abschliessend nochmals das spezifische Ausmass und die mehr oder weniger breite Streuung der interkantonalen Patientenströme für die darin aufgeführten Rehabilitationsbereiche. Für die bevorstehende Versorgungsplanung des Kantons Appenzell Ausserrhoden - d.h.: hinsichtlich der nunmehr anstehenden zweiten Planungsetappe der Spitalplanung 2012 - ergibt sich daraus ein interkantonaler Koordinationsbedarf in erster Linie für die Planungsbereiche der psychosomatischen und der kardiovaskulären Rehabilitation, in zweiter Linie aber auch für die Bereiche der neurologischen und muskuloskelettalen Rehabilitation.

D

Anhang - Methodische Grundlagen und Einflussfaktoren gemäss dem Zürcher Versorgungsbericht

Grundsätzlich hat die Spitalplanung die stationäre Behandlung akuter Krankheiten im Spital und Geburtshaus sowie die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen.

Während die Planung in der Akutsomatik gemäss Art. 58c KVV zwingend leistungsorientiert erfolgen muss, kann in der Psychiatrie und der Rehabilitation zwischen einer leistungs- und kapazitätsorientierten Planung gewählt werden. Überdies kommen in der Leistungsplanung in den Bereichen der Akutsomatik und Psychiatrie einerseits und der Rehabilitation andererseits unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Anwendung. Während der akutsomatische Fall anhand einer DRG-basierten Klassifikation abgebildet wird, muss die Rehabilitationsplanung näherungsweise auf die ICD-Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung abstellen.¹² Aufgrund dieser Sachlage wurde für die Rehabilitation eine eigenständige Planung konzipiert.

Dieser Anhang beschreibt das theoretische Fundament des vorliegenden Ausserrhoder Versorgungsberichts, soweit es sich mit dem theoretischen Fundament des - dafür grundlegenden - Zürcher Versorgungsberichts deckt. Dabei werden im ersten Unterkapitel die Datengrundlagen wiedergegeben. Anschliessend werden die für den Zürcher Versorgungsbericht als massgeblich angenommenen Einflussfaktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf und das Prognosemodell in den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation beschrieben. Im letzten Unterkapitel wird die Methodik zur Prognose dieser Einflussfaktoren erläutert.

1 Datengrundlagen

Da die Spitalplanung mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 leistungsorientiert erfolgen muss (Siehe dazu A Kap.1), wurden detaillierte medizinische Daten auf Einzellebene benötigt. Nachfolgend werden zuerst die gemäss dem Zürcher Versorgungsbericht verwendeten Datenquellen beschrieben. Danach wird die Generierung der Datensätze, die verwen-

¹² Im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG muss die Leistungsvergütung künftig auch im Bereiche der Rehabilitation anhand leistungsbezogener, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung der künftig im Bereich der Rehabilitation anzuwendenden Tarifstrukturen ist derzeit aber noch offen, weshalb die rehabilitativen Leistungen in der vorliegenden Planung wie in der Akutsomatik sowohl fall- als auch pflegetagsbezogen ermittelt werden.

deten Variablen sowie die für die Darstellung und Analyse gezeigten Ebenen beschrieben. Schliesslich wird die Qualität und die Konsistenz der Daten thematisiert.

1.1 Datenquellen

Für die Analyse der demografischen Daten wurde die Bevölkerungsstatistik und -prognose des Bundesamtes für Statistik (BfS) für den Kanton Appenzell Ausserrhoden verwendet.

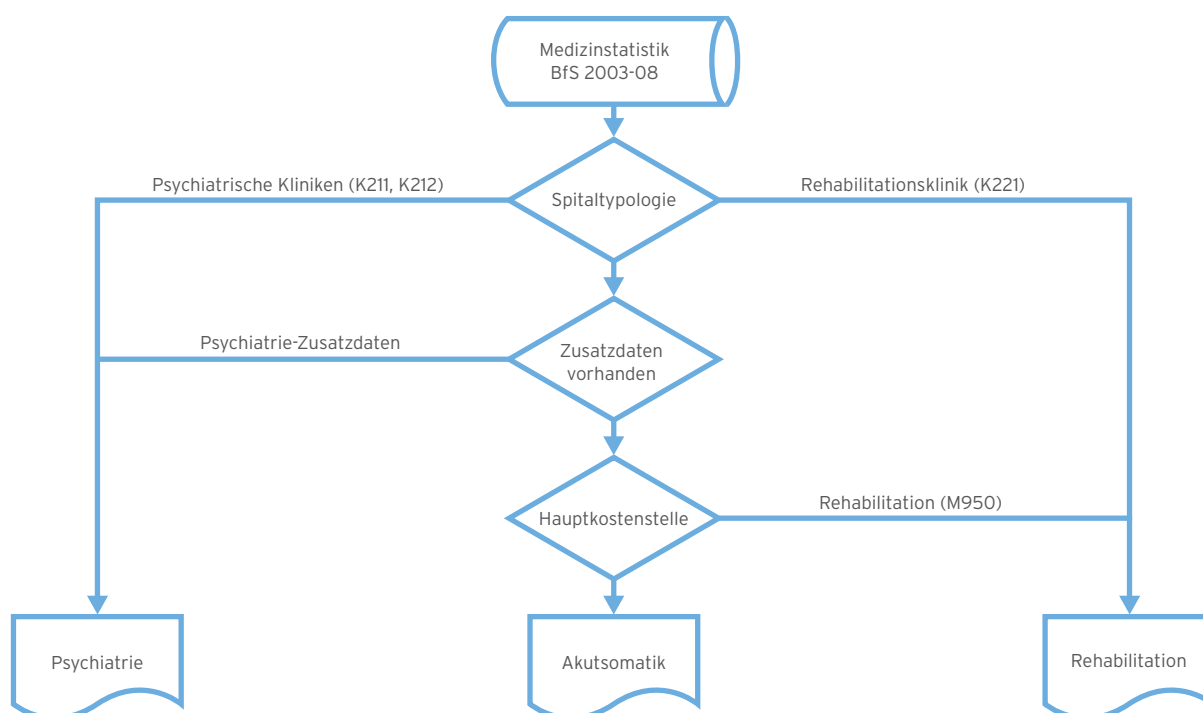
Für die Analyse der stationären Behandlungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation wurde die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik verwendet. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung.

Im Bereich der Rehabilitation gibt es im Kanton Appenzell Ausserrhoden aber nur rund 400 Fälle pro Jahr. Bei einer Differenzierung der betreffenden Tabellen nach Leistungsbereichen oder Altersgruppen besitzen die Daten infolge der geringen Fallzahlen wenig gesicherte Aussagekraft. Diese Daten werden daher in diesem Versorgungsbericht auch nicht dargestellt. Sie wurden bei der für den Bericht grundlegenden Auswertung aller verfügbaren statistischen Informationen aber als Hintergrundinformation genutzt.

1.2 Generierung der Datensätze

Die stationären Fälle aus der Medizinischen Statistik¹³ wurden in die drei Datensätze *Akutsomatik*, *Psychiatrie* und *Rehabilitation* aufgeteilt. Für die Selektion wurden die drei Variablen Spitaltypologie (BfS 0.0.v11), Klinik (BUR-Nummer¹⁴) und Hauptkostenstelle (BfS 1.3.v04) verwendet.

Abbildung 12: Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation



¹³ Voraus werden nicht-akutsomatische und nicht-stationäre Fälle gelöscht. Die Fälle der Medizinischen Statistik müssen folgende Kriterien erfüllen, um berücksichtigt zu werden: Behandlungsart (1.2.V03) = 3, Psychiatrie-Zusatzdaten (0.3.V01) = 0, Statistikfall (0.1.V011) = A. Dies bedeutet eine Reduktion der BfS-2007-Daten von 1,5 Mio. auf 1,2 Mio. Fälle.

¹⁴ Das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) beinhaltet u.a. alle Institutionen im Gesundheitswesen. Die BUR-Nummer ist eine eindeutige, anonymisierte Identifikationsnummer.

Die Zuteilung der Fälle in den Datensatz *Akutsomatik* erfolgte nach dem Ausschlussprinzip, indem die Psychiatrie- und Rehabilitationsfälle jeweils separiert und dem Datensatz *Psychiatrie* bzw. *Rehabilitation* zugewiesen wurden. Dabei wurden zuerst alle Fälle der Psychiatrischen Kliniken (Spitaltypologie K211, K212) selektiert und danach alle Rehabilitationskliniken (Spitaltypologie K221), und schliesslich alle Fälle mit der Hauptkostenstelle Rehabilitation (M950). Die verbleibenden Fälle bilden den Datensatz *Akutsomatik*.

1.3 Darstellungsebenen

Die medizinischen Leistungen wurden in diesem Bericht in den folgenden Ebenen dargestellt:

- *Leistungsbereiche*: In der Akutsomatik wurden die DRG zu 27 medizinisch sinnvollen Leistungsbereichen aggregiert. In der Rehabilitation wurden die ICD zu sieben medizinisch sinnvollen Bereichen zusammengefasst.

- *Altersgruppen*: Die Variable ALTER wurde zu fünf Gruppen aggregiert: 0-17, 18-39, 40-59, 60-79, 80+ Jahren. Da es gewisse DRG nur für Kinder- und Jugendliche bis und mit 17 Jahren gibt, wurde die Altersgruppe 0-17 Jahre gewählt.

1.4 Datenqualität und -konsistenz

Jede Institution erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Konsistenz der Daten hängt primär davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. In den letzten Jahren veränderte sich die medizinische Statistik jedoch von Jahr zu Jahr, sei es durch spitalinterne Optimierungen in der Datenerfassung oder durch externe Richtlinien des Bundesamts für Statistik. Durch diese Veränderungen ist die Konsistenz der Daten im Zeitvergleich teilweise in Frage gestellt. Je detaillierter die Daten verglichen werden, desto grösser wird das Konsistenzproblem. Medizinische Leistungen über die Jahre lassen sich daher nur auf hoher Aggregationsstufe vergleichen und allfällige Trends sind vorsichtig zu interpretieren beziehungsweise kritisch zu hinterfragen. Insbesondere gilt dies bei kleinen Fallzahlen (zur praktischen Relevanz dieser Aussage für den Kanton Appenzell Ausserrhoden siehe oben Kap. 1.1).

2 Methodik bei der Akutsomatik

Im Teilkapitel Methodik Akutsomatik wird zuerst die Bildung der Leistungsbereiche der Akutsomatik erläutert. Im zweiten Teil wird das Vorgehen für die Prognose des akutsomatischen Leistungsbedarfs der Ausserrhoder Bevölkerung beschrieben.

Der Begriff Akutsomatik ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird im vorliegenden Bericht die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden, die aufgrund einer medizinischen Indikation einer Behandlung und Pflege in einem Spital bedürfen. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose und eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist.

Bei der Analyse und Prognose der Leistungsnachfrage im Bereich Akutsomatik werden die psychischen Krankheiten sowie Massnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht berücksichtigt. Die diesbezügliche Nachfrageentwicklung wird nachfolgend separat analysiert und prognostiziert.

2.1 Leistungsbereiche Akutsomatik

Die Berechnungen in der Akutsomatik basieren auf den DRG (APDRG, Fallgewichtsversion 6.0). Da es in der verwendeten Version rund 800 DRG gibt, wäre eine Darstellung auf dieser Leistungsebene unübersichtlich. Deshalb wurden die DRG für die Darstellung im vorliegenden Versorgungsbericht zusammengefasst.

Eine gute Ausgangslage für eine sinnvolle Gruppierung der DRG bietet die bereits in anderen Spitalplanungen verwendete GAA-Systematik¹⁵. Angelehnt an diese bereits bestehende Systematik wurden im Rahmen der Zürcher Spitalplanung 2012 die DRG in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Auf einer weiteren Aggregationsebene wurden die Leistungsbereiche organspezifisch zu fünf Hauptbereichen zusammengefasst. Die folgende Tabelle zeigt die Struktur der Haupt- und Leistungsbereiche:

Tabelle 27: Darstellungsebenen der Leistungen

Hauptbereiche	Leistungsbereiche
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Herz- und Gefässchirurgie
	Kardiologie und Angiologie
	Infektiologie
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
	Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat	Orthopädie
	Rheumatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie
	Geburtshilfe
	Neugeborene
Übrige	(Radio-) Onkologie
	Psychiatrie und Toxikologie
	Schwere Verletzungen
	Transplantationen
	Sonstige Behandlungen
	Verlegungen und Todesfälle

¹⁵ Chale, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH - Groupes pour l'Analyse de l'Activité - Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Diese Leistungsbereiche und Darstellungsebenen der Leistungen, die sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den klinischen Fachgebieten orientieren, wurden für die Ausserrhoder Spitalplanung übernommen.

Nachfolgend werden die Leistungsbereiche in allen Tabellen primär nach den organspezifischen Hauptbereichen und sekundär alphabetisch sortiert. Verwandte Leistungsbereiche (*Gastroenterologie und Viszeralchirurgie, Herz- und Gefässchirurgie und Kardiologie und Angiologie sowie Nephrologie und Urologie*) werden immer direkt nacheinander dargestellt.

2.2 Prognose Akutsomatik

Im folgenden Teilkapitel wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik und des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell und die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben sowie die Entwicklung der Einflussfaktoren thematisiert. Zum Abschluss werden die drei in der Prognose verwendeten Szenarien dargestellt.

2.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Häufig wird eine Prognoserechnung mit einer Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung berechnet. Dieses Vorgehen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegt. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft konstant bleiben. Beide Bedingungen sind bei den stationären Spitalleistungen nicht erfüllt. Zum einen steht die Medizinische Statistik erst seit wenigen Jahren zur Verfügung und wurde durch mehrere Änderungen, unter anderem durch die verschiedenen DRG-Versionen, merklich geprägt. Zum anderen steht 2012 mit der Einführung von SwissDRG ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung bevor, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt würde.

Aus diesem Grund wurde bei der Zürcher Spitalplanung 2012 für die Prognose der stationären Spitalleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung der Einflussfaktoren gewählt. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren den medizinischen Leistungsbedarf beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Zürcher Wohnbevölkerung, basierend auf der aktuellen Nachfrage, unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren, prognostiziert. Die gleiche Methodik wurde auch für die akutsomatische Nachfrageprognose der Ausserrhoder Wohnbevölkerung gewählt.

Bei der Wahl des Prognosezeitraums ist es einerseits wünschenswert, den zukünftigen Bedarf möglichst weit voraus einschätzen zu können. Andererseits nimmt die Genauigkeit der Prognose mit zunehmender Prognosedauer ab. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt, da dies als der maximale Zeitraum für eine plausible Bedarfsprognose eingeschätzt wurde.

2.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Im Vordergrund der Prognose stehen in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro medizinischer Leistung in 2020. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Ermittlung der Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden:

Abbildung 13: Herleitung der Patientenzahlen und Pfl egetage 2020

$$\text{Einwohnerzahl}_{2020} \times \text{Hospitalisationsrate}_{2020} = \text{Patientenzahl}_{2020}$$

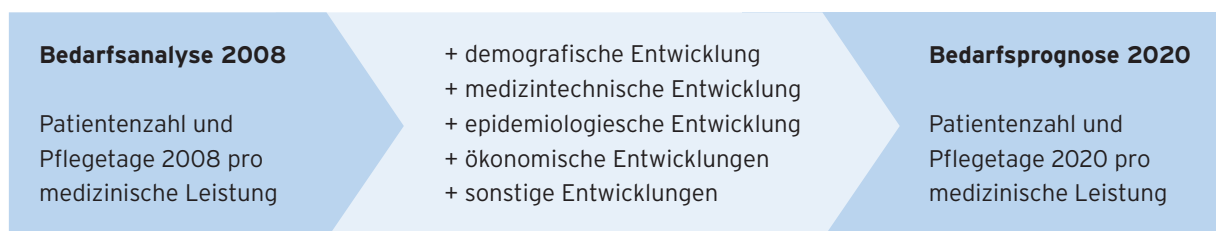
$$\text{Patientenzahl}_{2020} \times \text{Aufenthaltsdauer}_{2020} = \text{Pfl egetage}_{2020}$$

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst.

- Die Hospitalisationsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Entwicklungen eine Rolle. Ob z.B. eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, kann auch davon beeinflusst sein, ob der ambulante oder der stationäre Tarif höher ist.
- Die Aufenthaltsdauer wird neben der medizintechnischen Entwicklung auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie z.B. der Einführung von Fallpauschalen, beeinflusst.

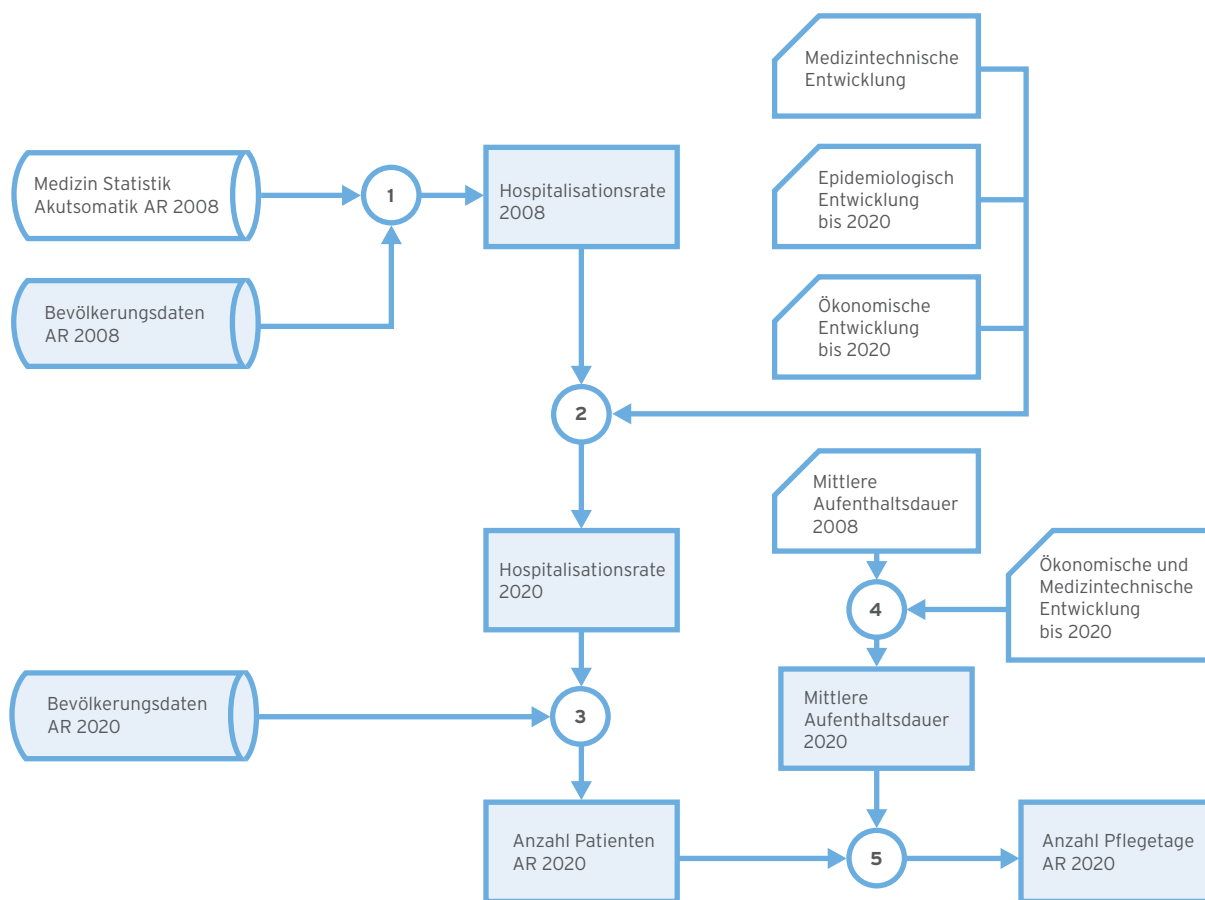
Im Übrigen üben verschiedene weitere - insbesondere nur schwer quantifizierbare - gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf im Jahr 2020 aus.

Abbildung 14: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Prognosemodell Akutsomatik



Die Prognose der Patientenzahlen und Pfl egetage 2020 erfolgt in den folgenden 5 Schritten:

- (1) Die Hospitalisationsraten des Jahres 2008 wurden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Behandlung stark unterscheiden, wurden die Hospitalisationsraten pro DRG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter des Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden zusätzlich die fünf Altersgruppen berücksichtigt.¹⁶
- (2) Basierend auf diesen DRG- und altersspezifischen Hospitalisationsraten 2008 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen prognostiziert.

¹⁶ Insgesamt resultieren daraus rund 4'000 Gruppen. Es gibt ca. 800 verschiedene Fallgruppen (APDRG, Fallversion 6.0) und pro Fallgruppe wurden fünf Altersgruppen berücksichtigt.

- (3) Für die Prognose der Patientenzahlen im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden multipliziert. Die Patientenzahl wird dabei nicht nur durch Veränderungen der Bevölkerungsgrösse, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.
- (4) Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2008 wurden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen geschätzt. Da die Aufenthaltsdauer je nach Behandlung und Alter des Patienten stark variiert, wurden die Aufenthaltsdauern pro DRG und mit Berücksichtigung des Alters prognostiziert.
- (5) Für die Berechnung der Pflage tage im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 multipliziert.

2.2.3 Entwicklung der nicht-demografischen Einflussfaktoren bis 2020

2.2.3.1 Medizintechnologie¹⁷

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften hat eine breite Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung durchgeführt. Ergänzend dazu wurde eine strukturierte schriftliche Expertenbefragung durchgeführt.

Ergebnisse des medizintechnischen Gutachtens

Sowohl bei der Literatursuche als auch bei der Expertenbefragung dominieren Entwicklungen im Bereich *Herz/Kreislauf*. Daneben werden vor allem Entwicklungen im Bereich Bewegungsapparat erwartet. Zudem existieren Studien zur (*Radio-*) *Onkologie* und zum Bereich der *Verdauungsorgane*, in denen allerdings keine quantitative Entwicklung prognostiziert wird. Im Bereich *Herz/Kreislauf* wird insbesondere für die Katheterablationstherapie bei paroxysmale m Vorhofflimmern, die Implantation von ICDs (Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator) und die Cardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie für den perkutanen Herzklappenersatz mittels Katheter eine starke Entwicklung prognostiziert. Im Bereich *Orthopädie* wird eine Zunahme für die Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen prognostiziert. Zudem werden im Bereich der Verdauungsorgane eine Ausweitung der laparoskopischen Chirurgie und im Bereich der (*Radio-*) *Onkologie* diverse neue Therapiemöglichkeiten erwartet.

¹⁷ Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel Bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

2.2.3.2 Epidemiologie¹⁸

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern führte eine breite Literatursuche über die Trend-Informationen zu Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz durch. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums berücksichtigt (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht usw.).

Ergebnisse des epidemiologischen Gutachtens

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 Geburten aus. Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass die prognostizierten Veränderungsdaten in der Epidemiologie relativ gering sind.

2.2.3.3 Ökonomische Einflussfaktoren

Für den vorliegenden Bericht wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (1) Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (2) Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von SwissDRG.

(1) Substitution

Inwieweit gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den zukünftigen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter Leistungen (TarMed¹⁹). Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.

¹⁸ Epidemiologie wurde definiert als Krankheitshäufigkeit. Ziel war das Formulieren von Aussagen, inwiefern zeitliche Trends vorliegen, welche dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen oder Interventionen über die nächsten zehn Jahre objektiv verändern wird. Ausgeklammert wurden hier allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein aufgrund der sich verändernden Altersstruktur (zum Beispiel Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren).

¹⁹ TarMed steht für Tarifmedizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.

Analyse des Substitutionspotenzials

Für die Beurteilung des Substitutionspotenzials wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche Behandlungen aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass die ambulanten Behandlungen finanziell attraktiver werden gegenüber den stationären Behandlungen und deshalb bei den zuvor identifizierten potenziell ambulanten Behandlungen ein gewisser Prozentsatz der bisher stationären Patienten zukünftig ambulant behandelt wird. Vor allem die Leistungsbereiche Ophthalmologie, (Radio-) Onkologie und Herz- und Gefässchirurgie weisen ein grosses Substitutionspotenzial auf. Bei der Ophthalmologie stehen vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen und in der Herz- und Gefässchirurgie insbesondere die Eingriffe Venenligatur und -stripping im Zentrum.

(2) Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Neben dem medizintechnischen Fortschritt führen auch veränderte finanzielle Anreize zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wird wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, dies muss geschätzt werden.

2.2.4 Prognose mit drei Szenarien

Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann, beziehungsweise verschiedene Meinungen über deren Entwicklung vertreten werden, wurden Prognosen für drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario, als plausibelstes Szenario, steht im Zentrum des Berichts. Die beiden anderen Szenarien zeigen die Bandbreite des möglichen Bedarfs. Dabei werden im Maximalszenario diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zum maximalen zukünftigen Leistungsbedarf führen und im Minimalszenario diejenigen Annahmen, die zum minimalen zukünftigen Leistungsbedarf führen (vgl. O).

Tabelle 28: Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien

	Hauptszenario	Maximalszenario	Minimalszenario
Demografie	Szenario Trend	Szenario Trend	Szenario Trend
Medizintechnik	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Epidemiologie	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Substitution	50% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG	Keine Substitution	90% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG
Verkürzung MAHD	40. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH	45. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH	35. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH

Die Details zur Bestimmung der Einflussfaktoren und zu den Annahmen in den drei Szenarien werden in Kap. 4 beschrieben.

3 Methodik bei der Prognose der Rehabilitation

Im Kapitel Methodik Prognose Rehabilitation wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik sowie des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben und die Entwicklung der Einflussfaktoren aufgezeigt. Zum Abschluss wird dargestellt, wie der prognostizierte Leistungsbedarf unter Berücksichtigung von drei Szenarien berechnet wird.

3.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Grundsätzlich ist bei der Bedarfsermittlung auf den epidemiologischen Rehabilitationsbedarf abzustellen. Er basiert auf einer objektivierbaren, therapeutischen Indikation. Danach ist ein Rehabilitationsbedarf ausgewiesen, wenn eine Krankheit oder Behinderung besteht, diese die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden erheblich einschränkt und eine konkrete medizinische Intervention (Rehabilitationsmassnahme) im Einzelfall zweckmässig und wirksam zu sein verspricht.

Für die Bedarfsplanung wären deshalb von der Epidemiologie entsprechende Bedarfsrichtwerte in Form indikationsspezifischer Rehabilitationshäufigkeiten (spezifische Massnahmen je 10 000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts) bereitzustellen. Angesichts des geringen Ausbaugrades der versorgungsepidemiologischen Forschung in der Schweiz stehen die zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes erforderlichen Richtwerte derzeit aber nicht zur Verfügung.

Mangels objektivierbarer, auf einer therapeutischen Indikation basierter Bedarfsrichtwerte für die einzelnen rehabilitativen Grunderkrankungen muss die Planung von der effektiven leistungsbereichsspezifischen Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen (IST-Inanspruchnahme) ausgehen. Die erhobene Nachfrage stimmt aber mit dem epidemiologischen Rehabilitationsbedarf nicht überein. Sie kann sowohl Elemente der Über- als auch Unterversorgung beinhalten.

Aus diesem Grund wurde analog der Akutsomatik für die Prognose der stationären Rehabilitationsleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren gewählt. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf die Bedarfsdeterminanten (Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer) haben und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Ausserrhoder Bevölkerung basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren prognostiziert.

Wie in der Akutsomatik wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt.

3.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Analog der Akutsomatik stehen auch bei der Rehabilitation in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro Leistungsbereich im Jahr 2020 im Vordergrund der Prognose. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden. Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden.

Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen massgeblich von der Entwicklung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation und der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt.

Die Entwicklung der Eintrittshäufigkeit und der Aufenthaltsdauer ist abhängig von:

- der medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung
- der Zuweisungspraxis der vorbehandelnden Spitäler und frei praktizierenden Ärzte
- der Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer
- den bestehenden Finanzierungsstrukturen
- dem bestehenden Angebot an ambulanter Rehabilitation
- dem bestehenden Angebot an geriatrischer Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie).
- Diese Einflussfaktoren werden im folgenden Kapitel bezüglich der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer ausführlich beschrieben.

3.3 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

3.3.1 Einflussfaktoren der Hospitalisationsrate

Im Prognosezeitraum 2008 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren der Hospitalisationsrate zur stationären Rehabilitation im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie

Die in der Akutsomatik erläuterte und prognostizierte zunehmende Entwicklung der Medizintechnik und Epidemiologie dürfte auch zu einer vermehrten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation führen.

Zuweisungspraxis

Die Ausserrhoder Nachfrageprognose geht im vorliegenden Versorgungsbericht von keiner Veränderung der heutigen Zuweisungspraxis aus. Diese Annahme zu diesem Einflussfaktor sollte im Hinblick auf die zweite Planungsetappe bzw. für den daraus resultierenden Strukturbericht aber hinterfragt bzw. relativiert werden.

Kostengutsprachepraxis

Rehabilitationsleistungen werden heute sowohl von der Unfall- und Invalidenversicherung als auch von der Krankenversicherung finanziert. Während bei den Unfall- und Invalidenversicherern die Wiedereingliederung der erkrankten beziehungsweise verunfallten Person nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente im Vordergrund steht, ist die Krankenversicherung auf die Erstattung medizinischer Rehabilitationsleistungen beschränkt. Aus den unterschiedlichen Zielen der Kostenträger resultieren unterschiedliche Anreize zur Kostengutsprache²⁰ rehabilitativer Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass bei einer weiterhin ungebremsten Kostenentwicklung generell eine restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer erfolgt.

²⁰ Gemäss Anhang 1, Ziffer 18 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht für die Krankenversicherer eine grundsätzliche Leistungspflicht im Bereich der stationären Rehabilitation. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Zusätzlich wird die Indikation zur Rehabilitation für die Leistungsgruppen der kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation näher spezifiziert und auf die ambulante Rehabilitation erweitert. Dagegen werden die übrigen Leistungsbereiche nicht weiter spezifiziert.

Finanzierungsstrukturen

Künftig muss die Leistungsvergütung auch im Bereiche der Rehabilitation auf der Basis schweizweit einheitlicher leistungsbezogener Tarifstrukturen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und die terminliche Inkraftsetzung der künftigen Tarifstrukturen für den Bereich der Rehabilitation sind derzeit noch offen. Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize Verlagerungen von der stationären zur ambulanten Rehabilitation bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Das leistungsbereichsspezifische Potenzial zur Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitation wird in der Literatur auf 20 bis 60 Prozent geschätzt. Diese Schätzungen gelten nur unter den jeweiligen versicherungsrechtlichen und/oder siedlungsstrukturellen Rahmenbedingungen. Angesichts der unverstärkten, eher ländlich geprägten Siedlungsstruktur des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit seinem entsprechend geringeren Potenzial der Substitution von stationärer durch ambulante Rehabilitation geht die vorliegende Rehabilitationsplanung für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 von alters- bzw. leistungsgruppenspezifischen fallbezogenen Substitutionspotenzialen von maximal 20 Prozent aus.

Geriatrische Rehabilitation

Ein nicht unerheblicher Teil der in den Einrichtungen der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation behandelten älteren und hochbetagten sowie vielfach multimorbiden Patienten leidet unter neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie chronischen Erkrankungen des Atmungssystems und bedarf einer Rehabilitation. Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot beziehungsweise die Akutgeriatrie würde sich je nach zukünftiger Entwicklung bedarfsmindernd auswirken.

3.3.2 Einflussfaktoren auf die Aufenthaltsdauer

Im Prognosezeitraum 2008 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren auf die mittlere Aufenthaltsdauer zur stationären Rehabilitation im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie

Die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren sowie neue Heilmittel können zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer beitragen. Mittelfristig ist in allen rehabilitativen Leistungsgruppen mit keinen wesentlichen Neuerungen im therapeutischen Angebot zu rechnen. Neben einer steigenden Morbidität ist bei Patienten ab 60 Jahren zusätzlich eine verminderte Belastbarkeit und eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen zu erwarten.

Zuweisungspraxis

Ohne ein einheitliches Übertrittsmanagement mit entsprechender vorgängiger Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit anhand vordefinierter Kriterien wird die für das Jahr 2012 geplante Einführung der SwissDRG den bestehenden Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation weiter verstärken. Die Patienten würden demzufolge beim Eintritt in die Rehabilitation einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und einen höheren Behandlungsaufwand erfordern.

Kostengutsprachepraxis

Die restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer wird sich auch in einer Verkürzung der Dauer des bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthaltes auswirken.

Finanzierungsstrukturen

Analog zur Akutsomatik sieht das KVG auch im Bereiche der medizinischen Rehabilitation die Einführung eines leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerischen Strukturen basierten Vergütungssystems vor. Dessen konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung ist derzeit aber noch offen. Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize generell eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Als Folge des fortgesetzten Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote werden von den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein steigender Anteil an höheren Altersgruppen und vermehrt schwierigere Fälle zu übernehmen sein. Dagegen kann der Aufenthalt in stationären Rehabilitationszentren auf das medizinisch notwendige Mass verkürzt und die Rehabilitation wohnortnah im ambulanten Rahmen in enger Koordination mit der vorgängigen stationären Rehabilitationsphase weitergeführt und abgeschlossen werden. Insgesamt ist von einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer auszugehen.

Geriatrische Rehabilitation

Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot beziehungsweise die Akutgeriatrie würde sich je nach zukünftiger Entwicklung verkürzend auf die Rehabilitationsdauer der Einrichtungen mit spezialisiertem organspezifischem Rehabilitationsangebot auswirken.

3.4 Prognose mit drei Szenarien

3.4.1 Hospitalisationsrate

Die oben genannten Entwicklungstendenzen der Einflussgrössen werden in den Szenarien wie folgt berücksichtigt:

Hauptszenario

Für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 wird für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche von einer unveränderten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ausgegangen.

Maximalszenario

Das Maximalszenario berücksichtigt die tendenziell nachfragesteigernden Einflussfaktoren. Es geht für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen von folgender Entwicklung aus:

Die Morbidität der Wohnbevölkerung wird sich im Bereiche der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche weiter erhöhen. Daraus resultiert ein Wachstum der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation von 2,5 Prozent. Gleichzeitig werden sich die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie der kurativen Medizin weiter verbessern. Daraus resultiert für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche (exklusive *psychiatrisch-sozialmedizinische* und übrige *Rehabilitation*) eine zusätzliche Erhöhung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation um 2,5 Prozent. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Minimalszenario

Das Minimalszenario berücksichtigt für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 eine strengere Kostengutsprachepraxis der Versicherungen, eine vermehrte Substitution in den ambulanten Bereich sowie eine Verschiebung von geriatrischen Rehabilitationspatienten in die Akutgeriatrie. Diese Annahmen werden pauschal mit einer 20% tieferen Hospitalisationsrate ins Modell einfließen.

3.4.2 Aufenthaltsdauer

Hauptszenario

Als Folge des geänderten Vergütungssystems wird für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche von einer generellen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 7,5 Prozent ausgegangen.

Maximalszenario

Das Maximalszenario berücksichtigt tendenziell die Aufenthaltsdauer erhöhenden Einflussfaktoren. Es geht für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen von folgender Entwicklung aus:

Angesichts der zu erwartenden zusätzlich verminderten Belastbarkeit und Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen geht das Maximalszenario für die Patienten ab 60 Jahren in allen Leistungsbereichen von einer Zunahme der mittleren Aufenthaltsdauer um 2,5 Prozent aus. Daneben geht das Maximalszenario als Folge der für das Jahr 2012 geplanten Einführung der SwissDRG an den Akutspitälern und dem daraus resultierenden verstärkten Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation in allen Altersgruppen und Leistungsbereichen von einer zusätzlichen Erhöhung der mittleren Aufenthaltsdauer von 2,5 Prozent aus. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Minimalszenario

Das Minimalszenario berücksichtigt tendenziell die Aufenthaltsdauer verkürzenden Einflussfaktoren (strengere Kostengutsprachepraxis, zunehmende ambulante Rehabilitation sowie eine vermehrte Leistungserbringung für die betreffende Klientel im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation) und fliesst pauschal mit einer Reduktion der Aufenthaltsdauer von 15 Prozent ins Modell ein.

4 Methodik bei der Prognose der Einflussfaktoren

Nachfolgend wird das für den Zürcher Versorgungsbericht gewählte methodische Vorgehen bei der Prognose der einzelnen Einflussfaktoren detailliert erläutert. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Vorgehensweise zu geben und diese argumentativ zu begründen, weil diese Vorgehensweise (aus den in A Kap. 5 genannten Gründen) ja auch für den vorliegenden Ausserrhoder Versorgungsbericht von grundlegender Bedeutung ist.

4.1 Demografie

Die demografischen Datengrundlagen sind gegeben durch die Bevölkerungsstatistik und -prognose (ESOP) des Bundesamtes für Statistik. Die Bevölkerungsprognose entspricht dem Szenario Trend. Das bedeutet, dass die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht darin fortgeführt werden. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrscheinlichste künftige Entwicklung beschreibt.

Für die Spitalplanung interessiert vor allem die generelle Entwicklung der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden und überdies die besondere Entwicklung unter Berücksichtigung des Alters.

4.2 Medizintechnische Entwicklung

Die medizintechnische Entwicklung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer. Doch welche medizintechnischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 sind für die akutsomatische Spitalplanung relevant?

Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) und die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften gemeinsam beauftragt, den Einfluss der Entwicklung der Medizintechnik für die Bedarfsprognose im Hinblick auf die stationäre Spitalplanung der somatischen Akutversorgung für die Kantone Bern und Zürich in einem Gutachten zu erarbeiten. Das vollständige Expertengutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ist im Internet²¹ abrufbar.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie wählte ein mehrstufiges Vorgehen:

- (1) Initiale Befragung von Experten aus medizinischen Schlüsselfeldern zur Grobsondierung wichtiger medizintechnologischer Entwicklungen.
- (2) Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung. Eingeschlossene Studien/Berichte mussten Prognosen mit quantitativen (ersatzweise qualitativen) Angaben zur Leistungsmenge von medizintechnischen Massnahmen enthalten, welche einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden konnten. Reine Evidenzberichte (zum Beispiel zur Wirksamkeit von Massnahmen) ohne Angabe von quantitativen Prognosen zu Leistungsmengen wurden nicht berücksichtigt.
- (3) Strukturierte schriftliche Expertenbefragung: 53 Fachexperten (mehrheitlich medizinische Professoren aus den Universitätsspitalern Bern und Zürich) wurde ein Fragebogen zugesandt. Der Fragebogen fokussierte die erwarteten medizintechnischen Entwicklungen und Leistungsmengen im jeweiligen Fachgebiet.

Bei der Literatursuche wurden von insgesamt 1627 Studien entsprechend den Einschlusskriterien 27 Studien ausgewertet. Daraus wurden 34 Prognosen zu Leistungsmengen verschiedener Medizintechniken (17/34 [50%] quantitative Prognosen; 17/34 [50%] qualitative Prognosen) extrahiert.

Aus der schriftlichen Expertenbefragung wurden 27 Prognosen zu Leistungsmengen für verschiedene Technologien extrahiert. Die Experten definierten für alle von ihnen aufgelisteten Medizintechniken eine geschätzte prognostizierte Leistungsmenge.

Eine Gegenüberstellung der Prognosen aus wissenschaftlicher Literatur und Berichten der Health-Technology-Assessment-Agenturen mit den Aussagen der klinischen Experten aus der Schweiz zeigte Folgendes: Die von den Experten angegebenen Brennpunkte der medizintechnischen Entwicklung wurden von den gefundenen Daten aus der Literatur mehrheit-

²¹ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital12012/aktuell.html>

lich abgedeckt. Hinsichtlich der gemachten Prognosen gibt es eine grobe Übereinstimmung zwischen Experten und Literatur.

Die Literatur- und Expertenangaben wurden zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie interpretiert und als Prognosefaktor für die Fallzahlen einzelner DRG berechnet. Wo unterschiedliche Angaben zu finden waren, wurde zusätzlich eine minimale und maximale Variante festgelegt. Schliesslich wurden die Prognosefaktoren für die medizintechnische Entwicklung ins Prognosemodell einberechnet.

Anders als bei Evidenzberichten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten von innovativen medizintechnischen Entwicklungen, die für viele Bereiche vorliegen, gibt es wenig publizierte Daten zu zukünftigen Leistungsmengen.

Die Prognose der Entwicklung der Medizintechnik beruht deshalb auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen. Das heisst auch, dass in diversen Leistungsbereichen in der vorliegenden Bedarfsprognose keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert wird. Trotzdem und im Bewusstsein dieser Problematik wurde das gewählte Vorgehen für zweckmässig erachtet, weil davon ausgegangen wurde, dass die relevanten Innovationen auch in der Literatur wiedergegeben werden.

Sämtliche Innovationen führten in dem für den Zürcher Versorgungsbericht angewandten Prognosemodell zu einer Zunahme an Fällen. Grund dafür war, dass es sich tatsächlich um neue Therapien handelt, die bisher nicht behandelt wurden oder weil Mengenangaben zur Substitution von alten Technologien nicht vorhanden waren.

Qualitative Prognosen konnten aufgrund fehlender Mengenangaben nicht quantifiziert werden und wurden deshalb im Rechenmodell nicht berücksichtigt.

4.3 Epidemiologische Entwicklung

Auch die Epidemiologie wird sich bis zum Jahr 2020 verändern und die Hospitalisationsrate beeinflussen. Deshalb war auch zu klären, welche epidemiologischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 für die akutsomatische Spitalplanung relevant sind.

Ziel war das Identifizieren von Trends, die dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen über die nächsten zehn Jahre verändern wird. Ausgeklammert wurden allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein aufgrund der sich verändernden Altersstruktur (zum Beispiel Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren). Dementsprechend ging es darum einzuschätzen, ob sich eine altersgruppen-spezifische Veränderung des Bedarfs abzeichnet.

Die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) hat zusammen mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) beauftragt, ein Gutachten betreffend mögliche epidemiologische Veränderungsraten der Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen (somatische Versorgung und Rehabilitation) bis 2020 zu erstellen. Das vollständige Expertengutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ist im Internet²² abrufbar.

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) wählte ein mehrstufiges Vorgehen. Zu Beginn wurde eine Literatursuche zu Trend-Informationen bezüglich Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren gewisser Krankheiten für die Schweiz durchgeführt. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums konsultiert (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht etc.).

Anschliessend wurde die gefundene Literatur auf die mit den für die stationäre Belegung der Spitäler (somatische Versorgung und Rehabilitation) 2015-2020 massgebenden DRG mit den insgesamt höchsten Kosten (Angaben der relevanten DRG durch GEF BE und GD Zürich)

²² <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>

bezogen und eine quantitative Schätzung der epidemiologischen Trends auf Ebene der DRG mit entsprechender Begründung erarbeitet.

Bei der quantitativen Festlegung der Prognoseszenarien für den Bedarf wurde vorsichtig vorgegangen. Da das Alter für viele Gesundheitsbelastungen und Krankheiten der stärkste bekannte Risikofaktor ist, wurden die numerischen Angaben für mögliche zukünftige altersspezifische Trends relativ niedrig und für alle Altersgruppen als identisch angesetzt. Im Zweifelsfall wurde ein stabiler Trend als Hauptszenario postuliert. Nur in Ausnahmefällen und bei guter Informationslage wurden Veränderungen von bis zu zehn Prozent bis ins Jahr 2020 als mögliches Szenario postuliert.

Die Literatursuche führte zu einer Liste von 24 Artikeln mit möglicherweise relevanten Trendinformationen. Das ISPM interpretierte diese Trendinformationen und extrahierte daraus Prognosefaktoren, teilweise mit einer minimalen und maximalen Variante. Die Prognosefaktoren für die epidemiologische Entwicklung wurden ins Prognosemodell einberechnet.

Die prognostizierten Veränderungsdaten in der Epidemiologie bewegen sich alle im tiefen einstelligen Prozentbereich. Insgesamt sind keine grossen Veränderungen zu erwarten. Die Prognose der Entwicklung der Epidemiologie beruht wie die Medizintechnik auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen.

4.4 Ökonomische Entwicklung

In der Prognose wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (1) Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (2) Verkürzung der Aufenthaltsdauern infolge der Einführung von SwissDRG.

4.4.1 Substitutionspotenzial

Im Zentrum steht die Frage, welche bisherigen stationären Leistungen im Jahr 2020 ambulant erbracht werden. Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlungen geschaffen. Ob diese Behandlungen aber tatsächlich ambulant erbracht werden, hängt auch von ökonomischen Entwicklungen ab. Tarifliche Veränderungen und Anreize können den Verlagerungsprozess in den ambulanten Bereich beschleunigen oder verlangsamen. Auch Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich sind grundsätzlich möglich. Allerdings wurde in der vorliegenden Planung angenommen, dass sich das Verhältnis zwischen den ambulanten und stationären Tarifen eher zugunsten der ambulanten Behandlungen verändern wird und deshalb keine Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich stattfinden werden.

Für die Beurteilung des möglichen Substitutionspotenzials wäre die Analyse des Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Fällen pro Behandlung zweckmässig. Da jedoch keine vollständigen und zuverlässigen Angaben über ambulante und teilstationäre Leistungen zur Verfügung stehen, musste eine andere Vorgehensweise gewählt werden.

Dazu wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche DRG aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In dieser medizinischen Prüfung wurden 48 DRG selektiert.²³ Die Selektion erfolgte tendenziell eher konservativ und ist nicht als Zielvorgabe, sondern als Prognose zu verstehen. Die vollständige Liste der zukünftigen ambulanten DRG ist im Internet²⁴ abrufbar.

In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass bei diesen Behandlungen die stationären Tarife gegenüber den ambulanten Tarifen unattraktiver werden. Ob die selektierten DRG in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den jeweiligen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter Leistungen (TarMed). Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Da unklar ist, wie sich die Tarife bis 2020 entwickeln werden, wurden für die Abschätzung des Substitutionspotenzials drei verschiedene Szenarien angenommen. Für einen Versorgungswechsel wurden ausschliesslich Kurzlieger²⁵ als substituierbar eingestuft. Behandlungen mit einer längeren Aufenthaltsdauer können sich verkürzen, wurden jedoch nicht als substituierbar angesehen. Die drei Szenarien unterscheiden sich darin, dass der Anteil der substituierbaren Kurzlieger unterschiedlich hoch eingeschätzt wird.

Tabelle 29: Szenarienübersicht Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen

Szenario-Name	Anteil der Kurzlieger-Substitution
Hauptszenario	50% der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen
Maximalszenario	Keine Substitution
Minimalszenario	90% der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen

Im Hauptszenario wurde die Annahme getroffen, dass die Kurzlieger der potentiell ambulanten DRG zukünftig je hälftig stationär beziehungsweise ambulant behandelt werden. Das Maximalszenario bildete die Annahme ab, dass keine Substitution stattfindet, die Leistungen also im gleichen Umfeld wie im Jahr 2008 erbracht werden.

Im Minimalszenario wurde davon ausgegangen, dass 90 Prozent der stationären Kurzlieger zukünftig ambulant behandelt werden. Die restlichen zehn Prozent der Kurzlieger verbleiben aufgrund medizinischer Faktoren wie zum Beispiel Gebrechlichkeit und Multimorbidität weiterhin im stationären Bereich.

²³ Für die Prognose wurden immer ganze DRG selektiert, auch wenn einzelne Leistungen darin in Zukunft nicht ambulant erbracht werden können.

²⁴ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/Spital2012/aktuell.html>

²⁵ Fälle werden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner als vier Tage ist. Die Aufenthaltstage werden heute folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum zuzüglich ein Tag.

Als stationäre Behandlungen nach Art. 3 der VKL²⁶ gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung. Demzufolge gelten heute Leistungen als stationär, auch wenn die Patienten weniger als 24 Stunden, jedoch über Nacht, betreut werden.

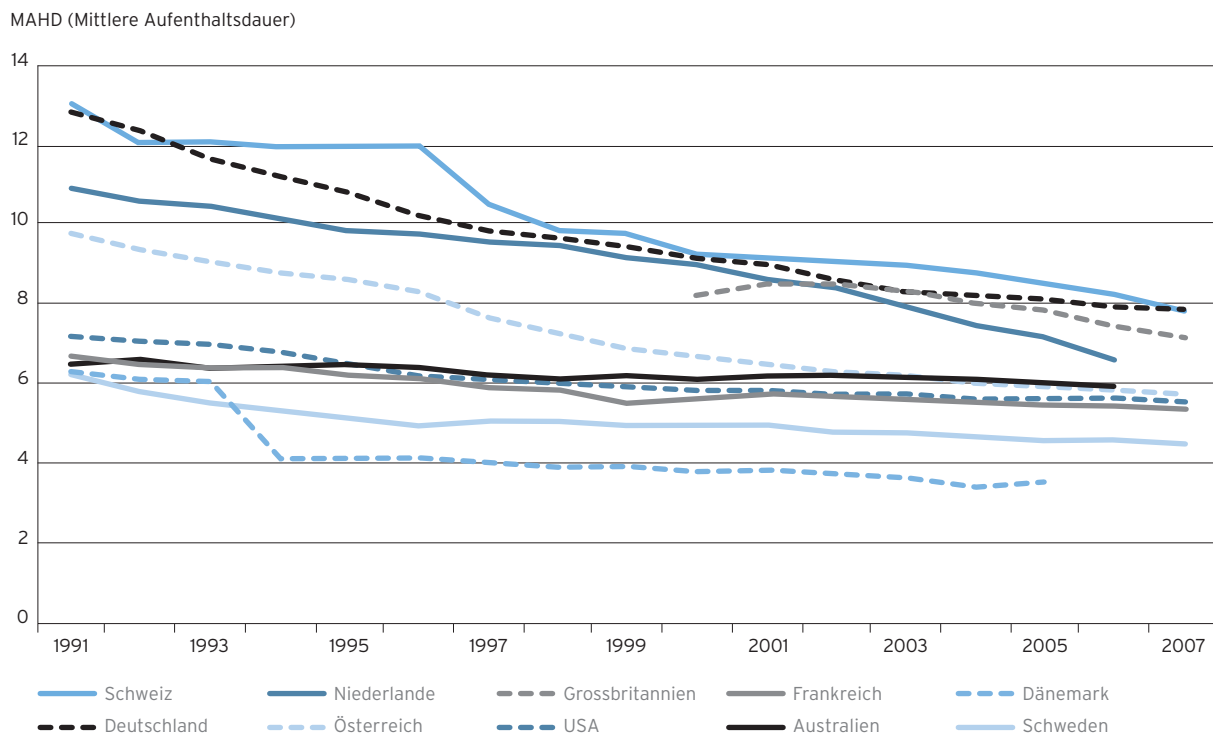
4.4.2 Verkürzung der Aufenthaltsdauern

Wesentliche Voraussetzungen für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern sind der medizintechnische Fortschritt, verbesserte Prozesse innerhalb des Spitals oder ein Ausbau der Nachversorgung. Welche Anstrengungen für eine Reduktion der Aufenthaltsdauern tatsächlich unternommen werden, hängt auch von den finanziellen Anreizen ab. Wird beispielsweise nicht jeder Aufenthaltstag einzeln, sondern jeder Fall pauschal (Fallpauschalen) vergütet, profitiert das Spital von kurzen Aufenthaltsdauern seiner Patienten. Insofern wird die Einführung der Fallpauschalen in den Schweizer Spitälern im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, sondern musste geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

Bereits seit vielen Jahren ist in den Industrieländern ein Trend zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern festzustellen (vgl. *Abbildung 17*). Betrachtet man die Entwicklung in der Schweiz, fällt auf, dass die Aufenthaltsdauern in den letzten Jahren ebenfalls stark abgenommen haben, im Vergleich zu anderen Industriestaaten aber nach wie vor relativ hoch sind. Dabei gilt es zu beachten, dass Unterschiede zwischen den Aufenthaltsdauern verschiedener Länder vorsichtig zu interpretieren sind. Zum einen wird der Bereich Akutsomatik nicht überall gleich definiert und abgegrenzt. Zum anderen spielt die Struktur des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle, beispielsweise welche Nachversorgung nach dem Aufenthalt im Akutspital zur Verfügung steht. Insofern ist es unplausibel, dass die Aufenthaltsdauern in der Schweiz bald auf dem Niveau Dänemarks oder Schwedens sein werden, da die Nachversorgung in diesen Ländern viel stärker ausgebaut ist. Allerdings sind die Schweizer Aufenthaltsdauern im internationalen Vergleich, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Nachversorgungsstrukturen, nach wie vor als lang zu beurteilen. Eine weitere Verkürzung in den nächsten Jahren ist dementsprechend wahrscheinlich.

²⁶ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

Abbildung 16: Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich



Quelle: OECD Health Data 2009

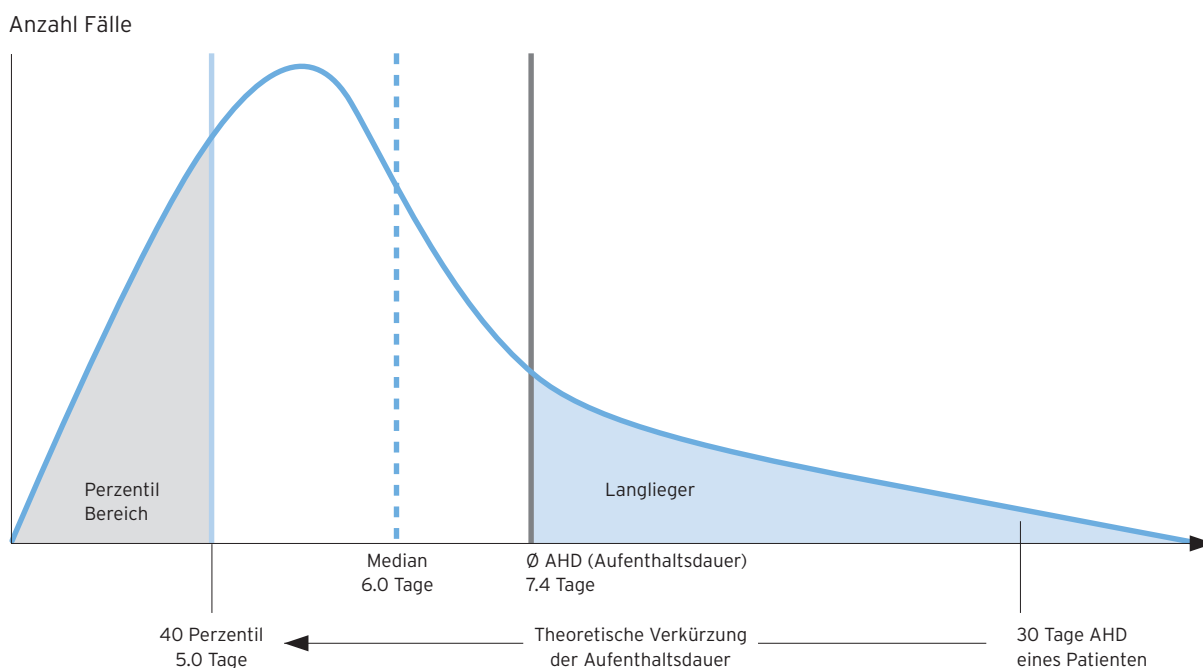
Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre sinken werden, wurden bei der Prognose der Aufenthaltsdauern 2020 als Vergleichswert nicht der heutige Durchschnitt oder der Median, sondern niedrigere Perzentile herangezogen. Im Hauptszenario wurde das 40. Perzentil, im Maximalszenario das 45. und im Minimalszenario das 35. Perzentil gewählt. Im Hauptszenario wurde somit postuliert, dass die Ausserrhoder Aufenthaltsdauern in zehn Jahren gleich lang sind, wie dies bereits heute in den 40 Prozent der Schweizer Spitäler mit den kürzesten Aufenthaltsdauern der Fall ist. Bei Behandlungen mit Aufenthaltsdauern, die bei Ausserrhoder Patienten bereits heute unterhalb des jeweiligen Perzentils der Schweizer Aufenthaltsdauern lagen, wurden keine Anpassungen vorgenommen. Die angenommene Verkürzung der Aufenthaltsdauern auf das 45., 40. oder 35. Perzentil ist eher konservativ, aber im Einklang mit den Erfahrungen in Deutschland.²⁷

²⁷ In Deutschland war für die Zeit nach der verbindlichen Einführung der German-DRG zwar ein weiterer Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer festzustellen, dieser Rückgang war aber nicht höher als in den Jahren vor der DRG-Einführung (vgl. hierzu www.gesundheitspolitik.net/03_krankenhaus/finanzierung/Sachverstaendigenrat-Gesundheitswesen/Langfassung-2007.pdf).

Für den Vergleich der Aufenthaltsdauern pro DRG wurde zusätzlich eine Kategorisierung nach Alter vorgenommen, da sich die Aufenthaltsdauern je nach Altersgruppe deutlich unterscheiden. Dabei wurden die bestehenden fünf Alterskategorien zu maximal drei Alterskategorien zusammengefasst, um eine Mindestanzahl Fälle pro Alterskategorie zu gewährleisten. Konkret wurden die Fälle mit den Lebensjahren 0 bis 59, 60 bis 79 und ab 80+ gruppiert. Falls innerhalb einer DRG die Fallzahl kleiner 30 war, wurden nur zwei Alterskategorien verwendet: 0 bis 59 Jahre und älter als 59 Jahre. Sofern die Fallzahl 30 immer noch unterschritten wurde, fand keine Alterskategorisierung statt. Auf diese Weise wurde bei über 85 Prozent der DRG ein dreifacher und bei rund neun Prozent der DRG ein zweifacher Alterssplit durchgeführt.

Schliesslich wurden Patienten mit besonders langen Aufenthaltsdauern (Langlieger) separat berücksichtigt, da es unplausibel ist, dass Langlieger mit einer Aufenthaltsdauer von beispielsweise 30 Tagen in Zukunft ebenfalls nur mehr eine dem 40. Perzentil entsprechende Aufenthaltsdauer von beispielsweise fünf Tagen aufweisen werden (vgl. nachstehende Abbildung).

Abbildung 17: Unplausibel starke Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern



Aus diesem Grund wurde in jeder DRG das Verhältnis der Langlieger zu den übrigen Patienten, beziehungsweise die Verteilung der Aufenthaltsdauern pro DRG konstant gehalten: Eine DRG mit bisher hohem Anteil an Langliegern wurde auch als DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern prognostiziert und eine rechtsschiefe Verteilung wurde wiederum rechtsschief prognostiziert.

Dazu wurde das Verhältnis zwischen der Median- und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro DRG als Korrekturfaktor berechnet:

$$\text{Korrekturfaktor}_{\text{DRG}} = \frac{\text{durchschnittl. AHD}}{\text{Median AHD}}$$

und die Aufenthaltsdauer jeder DRG mit diesem Korrekturfaktor multipliziert.

Ist der Korrekturfaktor grösser als eins, so ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer grösser als die Median-Aufenthaltsdauer (vgl. *Abbildung 18*, 7,4 versus 6 Tage), die Verteilung rechtsschief (beziehungsweise linkssteil), und die DRG weist einen gewissen Anteil an Langliegern auf. Durch die Berücksichtigung des Korrekturfaktors wurden somit vor allem die Aufenthaltsdauern von DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern nach oben korrigiert. Die Aufenthaltsdauern von DRG ohne grosse Anteile an Langliegern wurden hingegen kaum korrigiert, da deren Korrekturfaktor nahe eins liegt (Median \approx Durchschnitt).

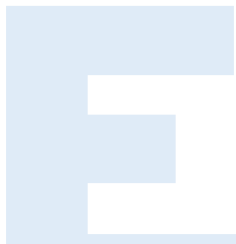
Details zur Datenbasis für den Vergleich der Aufenthaltsdauern

Für die Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauern wurde die Medizinische Statistik zweier Jahre (2006 und 2007) verwendet, um eine möglichst breite Datenbasis zur Verfügung zu haben. Um zu plausiblen Ergebnissen zu kommen, wurden die Daten zudem um Spezialfälle und Ausreisser bereinigt.

Spezialkliniken, Psychiatrie- und Spezialfachgebiete wie beispielsweise Rehabilitationsfälle wurden ausgeschlossen. Weiterhin wurden *Verlegungen und Todesfälle* sowie DRG, die ausschliesslich nur Verstorbene beinhalten, eliminiert. Ausserdem wurden Patienten, die entgegen ärztlichen Rats Spitäler verlassen haben, nicht berücksichtigt. Schliesslich wurden Fälle mit mehrjährigen Aufenthaltsdauern korrigiert, da sonst einige wenige atypische Fälle die mittlere Aufenthaltsdauer zu stark beeinflusst hätten. Alle Fälle mit einer mehrjährigen Aufenthaltsdauer wurden auf 365 Tage gekürzt.

Die Medizinische Statistik wurde für die ausgewählten Jahre mit dem Fallgewicht 5,1 erfasst. Für die gesamte Prognoserechnung wurde jedoch das Fallgewicht 6,0 angewendet. Aus diesem Grund mussten die Zürcher Daten von der Version 6,0 auf die Version 5,1 zurückgerechnet werden. Im Rahmen dieser Rückrechnung war es für rund drei Prozent der Fälle nicht möglich, die DRG der Version 6,0 auf die DRG Version 5,1 zurückzuführen. Bei diesen DRG wurde die mittlere Aufenthaltsdauer nicht verändert (Aufenthaltsdauer 2020 = Zürcher Aufenthaltsdauer 2008).

Im Übrigen wurden die im Kapitel Substitution definierten, zukünftigen ambulanten Fälle aus dem Datensatz entfernt. Dabei wurden jeweils diejenigen Fälle mit der kürzesten Aufenthaltsdauer entfernt.



Glossar und Verzeichnisse

1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ADMIN	Administrative Datenbank in der Gesundheitsdirektion Zürich
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen.
Angiologie	Die Angiologie beschäftigt sich mit Gefässerkrankungen.
APDRG	APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern codiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Assessment	Umfassende Bestimmung über die Situation und Rehabilitationspotenzial und -prognose des Patienten mit Verwendung spezifischer standardisierter Testverfahren. Durch ein interdisziplinäres Team wird eine vollständige Abklärung der körperlichen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen Ressourcen vorgenommen und ein Plan für die Therapie und Nachbetreuung des Patienten erstellt.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird. Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
Auslandsspitäler	Auslandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
BfS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog. Der CHOP beinhaltet über 4000 medizinische Prozeduren.
Case Mix (Index) (CMI)	Fallschwere-Index, d.h. durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle, dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle).
CRT	Steht für Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
Endokrinologie	Die Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen und den hormonbildenden Organen.
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10 000 Einwohner ausgewiesen).
Extremlieger	Langlieger, die über 365 Pfléetage hinaus kontinuierlich stationär behandelt werden.
(Stationärer) Fall	Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts - ohne Unterbrechung - als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als Patienten und Behandlungen bezeichnet. Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen.
Fallgewicht	Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
GAA	Abkürzung für Groupes pour l'Analyse de l'Activité. Ist eine Möglichkeit, DRG zu gruppieren. ²⁸
Gastroenterologie	Die Gastroenterologie befasst sich mit Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
German-DRG	Die Bezeichnung steht für das deutsche DRG-System (G-DRG) (vgl. DRG)
GIS	Geografisches Informationssystem
Grouper	Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuweist.

²⁸ vgl. Chalé, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH - Groupes pour l'Analyse de l'Activité - Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Hauptbereiche	Die 27 Leistungsbereiche in der Akutsomatik werden zu fünf Hauptgruppen zusammengefasst. Die fünf Hauptgruppen sind gegliedert in: <ul style="list-style-type: none"> - Nervensystem und Sinnesorgane - Innere Organe - Bewegungsapparat - Gynäkologie und Geburtshilfe - Übrige
Hauptzenario (Hauptsz.)	Hauptzenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung.
Hospitalisationsrate (HR)	Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit. Im Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10 000 Einwohner ausgewiesen.
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HTP (1 oder 2)	High Trim Point (1 oder 2) steht für obere Grenzverweildauer (oGVWD), welche pro DRG statistisch im jeweiligen länderspezifischen Grouper festgelegt/definiert wird.
ICD-10	Internationale Codier-Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision). Die ICD-10-Codes sind eine Codierung gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss. ICD-10-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.
ICD	Intraventrikularer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Cardioverter/Defibrillator

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Sie dient zur Klassifizierung der Folgeerscheinungen von Behandlungen und beschreibt Phänomene wie Funktionsfähigkeit und Behinderung. Das ICF-Modell bietet die Möglichkeit, deren verschiedene Dimensionen und Bereiche sowie ihre Zusammenhänge abzubilden. So werden Funktionsfähigkeit und Behinderung als eine komplexe Beziehung zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.
Integrierte Versorgung	Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
k. A.	Keine Angaben
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.9.1995 (Systematische Sammlung des Bundes (SR) 832.112.31)
KOSIS	Kommunales Statistisches Informationssystem (Prognosesoftware) zur Bevölkerungsprognose
Kostenträger	Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.
Kurhaus/Kuranstalt	Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Kurzaufenthalter	Kurzaufenthalter (Ausweis L) sind ausländische Staatsangehörige, die sich befristet, in der Regel für weniger als ein Jahr, für einen bestimmten Aufenthaltswitz mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten. Als Kurzaufenthalte werden auch Au-pair-Anstellungen und Aufenthalte als Stagiaire betrachtet. ²⁹
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner als vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
KVG	Bundesgesetz vom 18.3.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27.6.1995 über die Krankenversicherung (ST 832.102)
Langlieger	Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP (vgl. HTP). Häufig werden solche Patienten auch als Outlier bezeichnet.
Laparoskopische Chirurgie	Die laparoskopische Chirurgie ist ein Teilgebiet der Chirurgie, bei der mit Hilfe eines optischen Instruments Eingriffe innerhalb der Bauchhöhle vorgenommen werden. Sie wird dem Komplex minimal-invasive Chirurgie (MIC) zugeordnet. ³⁰
Leistungsbereiche	Die Gesundheitsdirektion Zürich hat die DRG, angelehnt an die GAA-Systematik (vgl. GAA), in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den Fachgebieten. Im Rehabilitationsbereich wurden die den rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen zugrunde liegenden ICD-Hauptdiagnosen sieben Leistungsbereiche zugewiesen.
Liegeklasse	Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.

²⁹ vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/ausl/presentation.Document.116848.pdf

³⁰ vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Laparoskopische_Chirurgie

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.).
Maximalszenario (Max.)	Im Maximalszenario wurden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf 2020 führen.
MDC	Major Diagnostic Category / Hauptkategorien im DRG-System
Minimalszenario (Min.)	Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf 2020 führen.
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Berechnet sich aus allen Pflgetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Mitternachtszensus	Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).
Nephrologie	Die Nephrologie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören der Bluthochdruck, die Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes zum Fachgebiet.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb von zwölf Stunden unabdingbar sind.
OECD	Organisation for Economic, Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Ophthalmologie	Beinhaltet die Erkrankungen und Funktionsstörungen des Sehorgans und des Sehsinnes und deren medizinische Behandlung.
Palliative Care	Die Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
PATREC	Fallbezogene Statistik der Gesundheitsdirektion Zürich (gültige Erhebung bis einschliesslich 2008), welche die medizinische Statistik und die Kostenträgerrechnung beinhaltet.
PRISMA	Fallbezogene medizinische Statistik der Gesundheitsdirektion Zürich (gültig ab Erhebungsperiode 2009)
Perzentil (prc)	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Bei einem 35. Perzentil heisst das, dass unterhalb dieses Wertes 35 Prozent aller Fälle der Verteilung liegen.
Pneumologie	Die Pneumologie (Synonyme: Pneumonologie, Pulmonologie, Pulmologie) ist die Lehre, welche sich mit Lungenerkrankungen beschäftigt.
Pflegetage (PT)	Die Summe der in einem Spital während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Pflegetagerate (Ptr)	Sie bezeichnet die Anzahl der Pflegetage einer Region bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Im Bericht wird die Pflegetagerate pro 10 000 Einwohner ausgewiesen.
Radioonkologie	Der Begriff steht für Strahlentherapie, Strahlenheilkunde und ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt.
Reha	Steht für Rehabilitation und beinhaltet medizinische, erzieherische, schulische und fürsorgliche Massnahmen, welche der bestmöglichen Selbständigkeit und (Wieder-)Eingliederung jener Personen dienen, die in ihrer Gesundheit von Geburt auf oder durch die Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit beeinträchtigt sind. Je nach Art der Krankheit oder Behinderung sind spezialisierte Rehabilitationsmassnahmen erforderlich.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn - als Folge einer Schädigung - bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme erforderliche somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit).
Rehabilitationspotenzial/ -prognose	Grundsätzlich besteht ein Rehabilitationspotenzial immer dann, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich tatsächlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit. Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmassnahme in einem notwendigen Zeitraum auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschliesslich psychosozialer Faktoren).
rev.	revidiert
SIKURS	SIKURS ist eine Prognosesoftware.
SPG	Steht für Swiss Payment Group und ist eine schweizspezifische Erweiterung der APDRG (vgl. APDRG). Um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung tragen zu können, wurden die APDRG um spezielle Fallgruppen (SPG) ergänzt.
Spitalliste A und B	Seit ihrer erstmaligen Festsetzung ist die Ausserrhoder Spitalliste bis heute zweigeteilt und in eine Liste A und B gegliedert. Die Spitalliste A enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
STAYD	Im Patrec/Prisma-Datensatz (vgl. Patrec/Prisma) wird die IST-Aufenthaltsdauer pro Fall STAYD bezeichnet. Stay steht für Aufenthaltsdauer und D (=Day) steht für die Einheit in Tagen.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Sonstige Behandlungen	Unter sonstige Behandlungen fallen vor allem nachfolgende Behandlungsfälle: Überwachungen aufgrund eines Eingriffes, Verletzungen, Allergische Reaktionen, Vergiftungen, Behandlungskomplikationen, Kongenitale Anomalien, die den Gesundheitszustand beeinflussen.
Sozialmed.	Sozialmedizinisch
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
SwissDRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.
TarMed	Tarifmedizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.
Thoraxchirurgie	Als Thoraxchirurgie werden die operativen Eingriffe im Brustkorb, insbesondere an der Lunge, bezeichnet.
Verlegungen und Todesfälle	Im Leistungsbereich Verlegungen und Todesfälle werden die Fälle zusammengefasst, die innerhalb 24 Stunden nach Spitaleintritt verlegt wurden, verstorben sind oder nicht im DRG-System klassierbar waren.
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
Viszeralchirurgie	Die Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauchorgane, das heisst des gesamten Verdauungstraktes. Weiterhin zählen die operative Behandlung der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und die Behandlung des Leistenbruchs zur Viszeralchirurgie.
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3.7.2002.
WHO	World Health Organisation beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation

2 Abkürzungen und Symbole in Tabellen

Zeichen	Bedeutung
abs.	absolut
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
CMI	Case Mix Index
Δ	Delta steht für Abweichung bzw. Veränderungsrate
\emptyset -Alter	Durchschnittliches Alter
EW	Einwohner
>	grösser als ...
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HR	Hospitalisationsrate
in Mio.	In Millionen steht für eine Einheit, zum Beispiel Pfllegetage
in T	In Tausend steht für eine Einheit, zum Beispiel Fallzahlen
k. A.	Keine Angaben
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<	kleiner als ...
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
§	Paragraph
p.a.	per annum beziehungsweise pro Jahr
PT	Pfllegetage
PTr	Pfllegetagerate
%	Prozent
Σ	Summe

3 Definition der einzelnen Rehabilitations-Leistungsbereiche

Begriffe	Erläuterungen
Internistisch-onkologische Rehabilitation	In der internistischen Rehabilitation werden insbesondere die Folgen chronischer, häufig verhaltensabhängiger Erkrankungen des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates behandelt. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Behandlung der Folgen von Krebserkrankungen ³¹ .
Kardiovaskuläre Rehabilitation	In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.
Muskuloskelettale Rehabilitation	In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.
Neurologische Rehabilitation	In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt.
Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation	In der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden Patienten aufgrund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände (z.B. Burnout), psychischer Störungen (z.B. Depressionen), psychosomatischer Krankheiten sowie Suchtkrankheiten rehabilitiert.
Pulmonale Rehabilitation	Die pulmonale Rehabilitation ist vorwiegend bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem, nach Lungentransplantation sowie bei anderen, mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten indiziert.
Übrige Rehabilitation	Patienten mit Hauptdiagnosen, die nicht einer der oben aufgeführten Leistungsgruppen zugewiesen wurden.

³¹ Diese Leistungsgruppe enthält lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen.

4 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellenverzeichnis

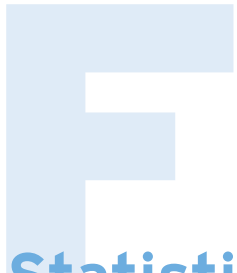
Tabelle 1	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2000 bis 2020
Tabelle 2	Bevölkerungsentwicklung unter Einbezug der Altersgruppen
Tabelle 3	Entwicklung der Patientenzahl und der Pflage tage 2003 bis 2008
Tabelle 4	Veränderungsraten 2003 bis 2008
Tabelle 5	Patienten nach Leistungsbereichen 2008
Tabelle 6	Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppen
Tabelle 7	Wohnbevölkerung, Patienten und Pflage tage nach Altersgruppen 2008
Tabelle 8	Einfluss der demografischen Entwicklung 2020
Tabelle 9	Einfluss der medizintechnischen Entwicklung auf die Patientenzahl 2020
Tabelle 10	Einfluss der epidemiologischen Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020
Tabelle 11	Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Patientenzahl 2020
Tabelle 12	Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Verweildauer auf die Fallzahl 2020
Tabelle 13	Prognostizierter Bedarf der Appenzell Ausserrhoder Wohnbevölkerung 2020
Tabelle 14	Prognostizierte Fallzahlen, mittlere Aufenthaltsdauer und Pflage tage nach Leistungsbereichen
Tabelle 15	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen
Tabelle 16	Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008
Tabelle 17	Marktanteil der Appenzell Ausserrhoder Akutspitäler pro Leistungsbereich
Tabelle 18	Zu- und Abwanderung von Patienten in den/aus dem Kanton AR 2008
Tabelle 19	Nettowanderung von Patienten im Kanton AR nach Wohnkantonen und Leistungsbereichen
Tabelle 20	Entwicklung der Patientenzahl und Pflage tage in der Rehabilitation 2003 bis 2008
Tabelle 21	Prognostizierter Bedarf der Appenzell Ausserrhoder Wohnbevölkerung 2020
Tabelle 22	Stationäre Leistungen pro Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008
Tabelle 23	Zu- und Abwanderung von Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008
Tabelle 24	Zuwanderung von Rehabilitationspatienten in den Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle 25	Abwanderung von Rehabilitationspatienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle 26	Nettowanderung von Rehabilitationspatienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle 27	Darstellungsebenen der akutsomatischen Leistungen
Tabelle 28	Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien
Tabelle 29	Szenarienübersicht Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2000 und 2008
- Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2008 und 2020 nach Altersgruppen
- Abbildung 3a Entwicklung der Patientenzahl und Hospitalisationsrate 2003 bis 2008
- Abbildung 3b Entwicklung der Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer 2003 bis 2008
- Abbildung 4 Veränderungsdaten 2003 bis 2008
- Abbildung 5 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI)
- Abbildung 6 Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen
- Abbildung 7 Wohnbevölkerung, Patienten und Pflegetage nach Altersgruppen
- Abbildung 8 Prognostizierte Veränderung der Pflegetage pro Leistungsbereich
- Abbildung 9 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Institutionen
- Abbildung 10a Entwicklung der Patientenzahl in der Rehabilitation 2003 bis 2008
- Abbildung 10b Entwicklung der Pflegetage in der Rehabilitation 2003 bis 2008
- Abbildung 11 Veränderungsdaten der Rehabilitationsnachfrage 2003 bis 2008
- Abbildung 12 Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation
- Abbildung 13 Herleitung der Patientenzahlen und Pflegetage 2020
- Abbildung 14 Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen
- Abbildung 15 Prognosemodell Akutsomatik
- Abbildung 16 Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich
- Abbildung 17 Unplausibel starke Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern

Tabellenverzeichnis für den Statistischen Anhang F

Tabelle Akut 1	Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen 2008
Tabelle Akut 2	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen 2008
Tabelle Akut 3	Patienten aus dem Kanton AR nach Altersgruppen 2008
Tabelle Akut 4	Patienten des Kantons AR nach Leistungsbereichen und Altersgruppen 2008
Tabelle Akut 5	Einfluss der demografischen Entwicklung 2020
Tabelle Akut 6	Einfluss der medizintechnischen Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020
Tabelle Akut 7	Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020
Tabelle Akut 8	Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Patientenzahl 2020
Tabelle Akut 9	Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern
Tabelle Akut 10	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereichen
Tabelle Akut 11	Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen und behandelndem Akutspital 2008
Tabelle Akut 12	Marktanteil der Patienten aus dem Kanton AR in den Akutspitälern pro Leistungsbereich 2008
Tabelle Akut 13	Pflegetage von Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen und Akutspital 2008
Tabelle Akut 14	Marktanteil der Pflegetage von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in den Akutspitälern pro Leistungsbereich 2008
Tabelle Akut 15	Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008
Tabelle Akut 16	Patienten in Akutspitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkanton und Leistungsbereich
Tabelle Akut 17	Pflegetage in Akutspitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkanton und Leistungsbereich
Tabelle Akut 18	Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Akut 19	Zuwanderung von Patienten in den Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Akut 20	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Reha 1	Stationäre Leistungen pro Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008
Tabelle Reha 2	Patienten in Kliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkanton und Leistungsbereich
Tabelle Reha 3	Pflegetage in Kliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Wohnkanton und Leistungsbereich
Tabelle Reha 4	Zuwanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Reha 5	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Psy 1	Patienten nach Leistungsbereichen 2008
Tabelle Psy 2	Zuwanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen
Tabelle Psy 3	Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen



Statistischer Anhang

Tabelle Akut 1: Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen 2008

	Patienten (abs.)	Patienten in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Gender, Frauen in %	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Behandlungsort Ausser-Kanton in %	Hospitalisation pro 10 000 EW	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegertage (abs.)	Anteil Total-Pflegertage in %	CMU	Anteil Total-Ressourcen in %
Nervensystem und Sinnesorgane														
Dermatologie	259	3%	52	49%	81%	77%	23%	38%	48.8	6.0	1,548	2%	0.664	2%
Hals-Nasen-Ohren	286	3%	37	48%	38%	93%	12%	50%	53.9	4.5	1,285	2%	0.661	2%
Neurochirurgie	46	1%	56	61%	46%	89%	33%	85%	8.7	10.8	499	1%	2.055	1%
Neurologie	406	5%	52	43%	78%	88%	19%	58%	76.5	6.6	2,663	4%	0.778	4%
Ophtalmologie	78	1%	68	55%	17%	92%	58%	67%	14.7	3.2	252	0%	0.676	1%
Innere Organe														
Endokrinologie	87	1%	52	61%	54%	98%	21%	47%	16.4	11.5	1,001	2%	1.060	1%
Gastroenterologie	544	6%	57	49%	81%	99%	20%	28%	102.5	6.7	3,670	6%	0.682	5%
Viszeralchirurgie	670	8%	52	41%	38%	98%	24%	37%	126.3	8.6	5,795	9%	1.179	10%
Hämatologie	109	1%	60	38%	43%	91%	25%	52%	20.5	11.1	1,206	2%	1.380	2%
Herz- und Gefässchirurgie	294	3%	61	48%	22%	93%	31%	47%	55.4	7.6	2,234	4%	1.717	6%
Kardiologie und Angiologie	575	7%	70	39%	69%	99%	27%	45%	108.4	6.7	3,849	6%	1.052	8%
Infektiologie	130	2%	54	52%	79%	93%	19%	38%	24.5	11.0	1,424	2%	1.276	2%
Nephrologie	79	1%	58	59%	87%	100%	23%	33%	14.9	7.0	555	1%	0.714	1%
Urologie	369	4%	60	21%	35%	98%	26%	46%	69.6	6.7	2,460	4%	0.793	4%
Pneumologie	348	4%	59	45%	90%	97%	24%	31%	65.6	9.0	3,146	5%	0.927	4%
Thoraxchirurgie	74	1%	59	42%	57%	91%	23%	57%	13.9	17.8	1,314	2%	4.328	4%
Bewegungsapparat														
Orthopädie	1 819	22%	56	52%	24%	63%	33%	36%	342.9	7.9	14,400	23%	0.995	23%
Rheumatologie	250	3%	59	58%	68%	87%	25%	38%	47.1	7.8	1,961	3%	0.690	2%
Gynäkologie und Geburtshilfe														
Gynäkologie	315	4%	52	99%	11%	98%	27%	42%	59.4	6.0	1,898	3%	0.876	3%
Geburtshilfe	543	6%	31	100%	23%	99%	13%	34%	102.3	6.2	3,393	5%	0.589	4%
Neugeborene	508	6%	0	47%	7%	95%	0%	36%	95.8	7.1	3,604	6%	0.617	4%
Übrige														
(Radio-) Onkologie	85	1%	58	38%	1%	100%	41%	62%	16.0	3.7	313	1%	0.625	1%
Psychiatrie und Toxikologie	106	1%	49	58%	70%	96%	11%	41%	20.0	8.1	862	1%	0.746	1%
Schwere Verletzungen	83	1%	44	43%	93%	84%	12%	33%	15.6	8.9	738	1%	1.161	1%
Transplantationen	4	0%	48	25%	50%	75%	0%	100%	0.8	17.3	69	0%	7.392	0%
Sonstige Behandlung	214	3%	53	49%	34%	91%	24%	61%	40.3	8.1	1,723	3%	0.851	2%
Verlegungen und Todesfälle	172	2%	51	44%	88%	88%	13%	44%	32.4	1.8	305	0%	0.378	1%
Total	8 453	100%	51	52%	44%	88%	23%	41%	1593.3	7.4	62,167	100%	0.934	100%

Tabelle Akut 2a: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen 2008

	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	CMI	
1 Dermatologie	6.0	0.7	
2 Hals-Nasen-Ohren	4.5	0.7	
3 Neurochirurgie	10.8	2.1	
4 Neurologie	6.6	0.8	
5 Ophthalmologie	3.2	0.7	
6 Endokrinologie	11.5	1.1	
7 Gastroenterologie	6.7	0.7	
8 Viszeralchirurgie	8.6	1.2	
9 Hämatologie	11.1	1.4	
10 Herz- und Gefässchirurgie	7.6	1.7	
11 Kardiologie und Angiologie	6.7	1.1	
12 Infektiologie	11.0	1.3	
13 Nephrologie	7.0	0.7	
14 Urologie	6.7	0.8	
15 Pneumologie	9.0	0.9	
16 Thoraxchirurgie	17.8	4.3	Liegt ausserhalb Darstellungsbereich
17 Orthopädie	7.9	1.0	
18 Rheumatologie	7.8	0.7	
19 Gynäkologie	6.0	0.9	
20 Geburtshilfe	6.2	0.6	
21 Neugeborene	7.1	0.6	
22 (Radio-) Onkologie	3.7	0.6	
23 Psychiatrie und Toxikologie	8.1	0.7	
24 Schwere Verletzungen	8.9	1.2	
26 Transplantationen	17.3	7.4	Liegt ausserhalb Darstellungsbereich
27 Sonstige Behandlung	8.1	0.9	
28 Verlegungen und Todesfälle	1.8	0.4	
Total	7.4	0.9	

Abbildung Akut 2b: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen

CMI (Fallschwere)

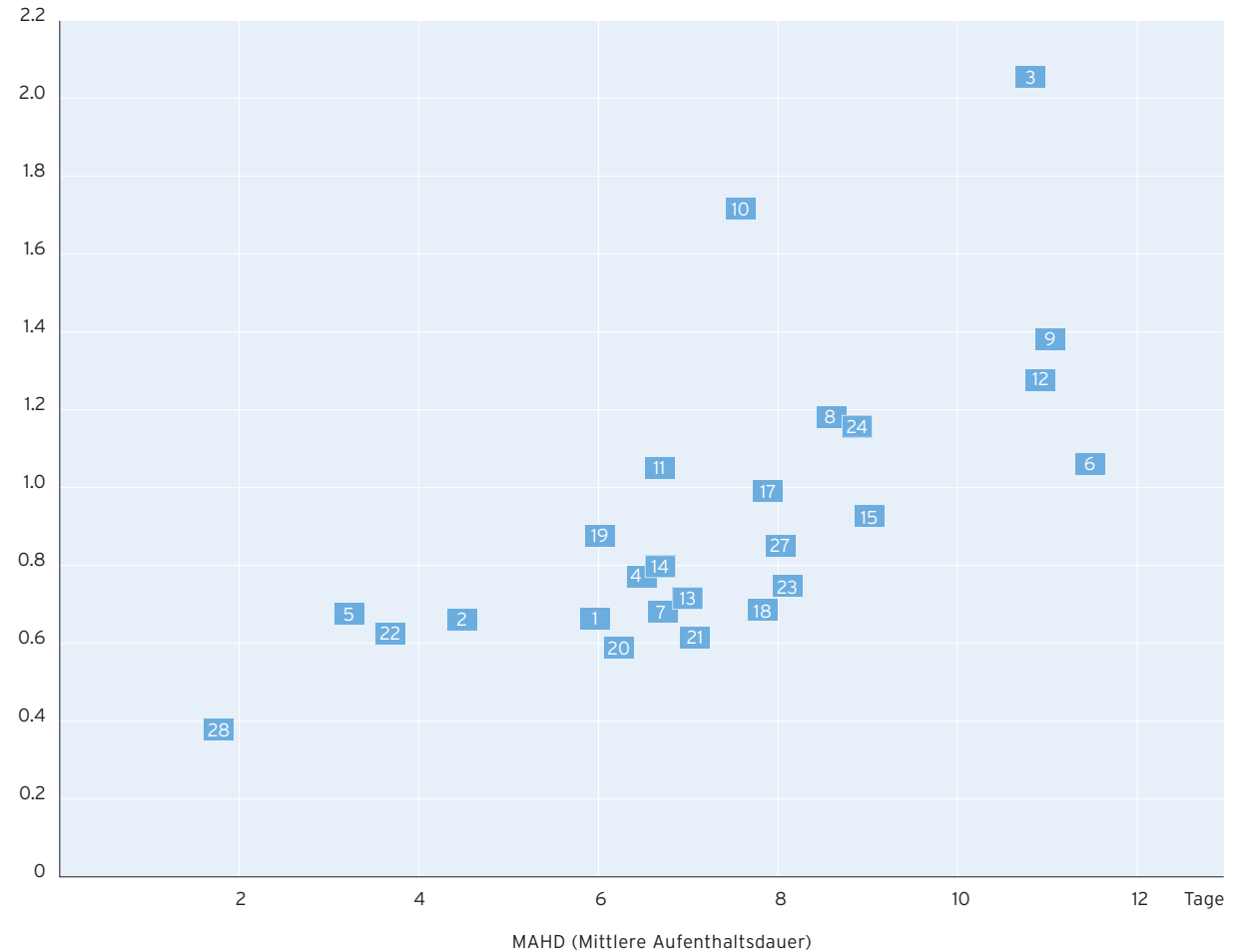


Tabelle Akut 3: Patienten aus dem Kanton AR nach Altersgruppen 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Gender Frauen in %	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Behandlungsort Ausser Kanton in %	Hospitalisation pro 10000EW	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegetage (abs.)	Anteil Total-Pflegetage in %	CMI	Anteil Total-Ressourcen in %
Alter														
0-17	1060	13%	5	44%	39%	89%	2%	51%	1006	6.2	6586	11%	0.64	9%
18-39	1648	19%	29	66%	42%	81%	10%	40%	1216	5.3	8760	14%	0.66	14%
40-59	2045	24%	50	49%	38%	80%	26%	44%	1262	6.5	13284	21%	0.91	23%
60-79	2582	31%	69	45%	42%	93%	35%	39%	2619	8.7	22351	36%	1.17	38%
80+	1118	13%	85	59%	71%	98%	32%	30%	3859	10.0	11186	18%	1.13	16%
Total	8453	100%	51	52%	44%	88%	23%	41%	1593	7.4	62167	100%	0.93	100%

Tabelle Akut 4: Patienten des Kantons AR nach Leistungsbereichen und Altersgruppen 2008

Alter	0-17		18-39		40-59		60-79		80+		Total	
	Fälle (abs.)	Fälle in %	Fälle (abs.)	Fälle in %	Fälle (abs.)	Fälle in %	Fälle (abs.)	Fälle in %	Fälle (abs.)	Fälle in %	Fälle (abs.)	Fälle in %
Nervensystem und Sinnesorgane												
Dermatologie	32	3%	58	4%	58	3%	67	3%	44	4%	259	3%
Hals-Nasen-Ohren	81	8%	85	5%	49	2%	46	2%	25	2%	286	3%
Neurochirurgie	1	0%	7	0%	16	1%	18	1%	4	0%	46	1%
Neurologie	72	7%	49	3%	98	5%	118	5%	69	6%	406	5%
Ophthalmologie	2	0%	3	0%	9	0%	50	2%	14	1%	78	1%
Innere Organe												
Endokrinologie	11	1%	14	1%	22	1%	29	1%	11	1%	87	1%
Gastroenterologie	52	5%	81	5%	123	6%	174	7%	114	10%	544	6%
Viszeralchirurgie	35	3%	146	9%	229	11%	197	8%	63	6%	670	8%
Hämatologie	6	1%	18	1%	17	1%	41	2%	27	2%	109	1%
Herz- und Gefässchirurgie	5	0%	33	2%	80	4%	130	5%	46	4%	294	3%
Kardiologie und Angiologie	4	0%	19	1%	102	5%	262	10%	188	17%	575	7%
Infektiologie	17	2%	20	1%	24	1%	49	2%	20	2%	130	2%
Nephrologie	6	1%	15	1%	12	1%	25	1%	21	2%	79	1%
Urologie	12	1%	44	3%	83	4%	187	7%	43	4%	369	4%
Pneumologie	43	4%	33	2%	47	2%	147	6%	78	7%	348	4%
Thoraxchirurgie	3	0%	4	0%	28	1%	34	1%	5	0%	74	1%
Bewegungsapparat												
Orthopädie	92	9%	257	16%	611	30%	658	25%	201	18%	1 819	22%
Rheumatologie	11	1%	36	2%	71	3%	86	3%	46	4%	250	3%
Gynäkologie und Geburtshilfe												
Gynäkologie	4	0%	75	5%	130	6%	84	3%	22	2%	315	4%
Geburtshilfe	2	0%	522	32%	19	1%	0	0%	0	0%	543	6%
Neugeborene	508	48%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	508	6%
Übrige												
(Radio-) Onkologie	1	0%	3	0%	38	2%	39	2%	4	0%	85	1%
Psychiatrie und Toxikologie	9	1%	25	2%	41	2%	19	1%	12	1%	106	1%
Schwere Verletzungen	13	1%	24	1%	24	1%	16	1%	6	1%	83	1%
Transplantationen	0	0%	0	0%	4	0%	0	0%	0	0%	4	0%
Sonstige Behandlung	25	2%	30	2%	69	3%	62	2%	28	3%	214	3%
Verlegungen und Todesfälle	13	1%	47	3%	41	2%	44	2%	27	2%	172	2%
Total	1 060	100%	1 648	100%	2 045	100%	2 582	100%	1 118	100%	8 453	100%

Tabelle Akut 5: Einfluss der demografischen Entwicklung 2020

	2008			2020			Veränderung in %	
	Fälle	Pflegetage	MAHD	Fälle	Pflegetage	MAHD	Fälle	Pflegetage
Nervensystem und Sinnesorgane								
Dermatologie	259	1 548	6.0	282	1 802	6.4	+9.0%	+16.4%
Hals-Nasen-Ohren	286	1 285	4.5	290	1 336	4.6	+1.3%	+4.0%
Neurochirurgie	46	499	10.8	52	577	11.1	+12.7%	+15.6%
Neurologie	406	2 663	6.6	447	3 052	6.8	+10.0%	+14.6%
Ophthalmologie	78	252	3.2	98	314	3.2	+25.2%	+24.8%
Innere Organe								
Endokrinologie	87	1 001	11.5	96	1 031	10.7	+10.7%	+3.0%
Gastroenterologie	544	3 670	6.7	614	4 307	7.0	+12.9%	+17.4%
Viszeralchirurgie	670	5 795	8.6	729	6 678	9.2	+8.8%	+15.2%
Hämatologie	109	1 206	11.1	127	1 418	11.2	+16.4%	+17.6%
Herz- und Gefässchirurgie	294	2 234	7.6	343	2 731	8.0	+16.8%	+22.2%
Kardiologie und Angiologie	575	3 849	6.7	705	4 760	6.8	+22.5%	+23.7%
Infektiologie	130	1 424	11.0	147	1 672	11.4	+13.1%	+17.4%
Nephrologie	79	555	7.0	90	655	7.2	+14.4%	+18.1%
Urologie	369	2 460	6.7	435	2 985	6.9	+18.0%	+21.4%
Pneumologie	348	3 146	9.0	408	3 776	9.3	+17.1%	+20.0%
Thoraxchirurgie	74	1 314	17.8	85	1 521	17.9	+14.9%	+15.8%
Bewegungsapparat								
Orthopädie	1 819	14 400	7.9	2 039	16 826	8.3	+12.1%	+16.8%
Rheumatologie	250	1 961	7.8	284	2 293	8.1	+13.6%	+16.9%
Gynäkologie und Geburtshilfe								
Gynäkologie	315	1 898	6.0	338	2 110	6.2	+7.3%	+11.2%
Geburtshilfe	543	3 393	6.2	505	3 154	6.2	-7.0%	-7.0%
Neugeborene	508	3 604	7.1	444	3 150	7.1	-12.6%	-12.6%
Übrige								
(Radio-) Onkologie	85	313	3.7	97	356	3.7	+14.6%	+13.7%
Psychiatrie und Toxikologie	106	862	8.1	111	914	8.2	+4.6%	+6.0%
Schwere Verletzungen	83	738	8.9	86	797	9.3	+3.2%	+8.0%
Transplantationen	4	69	17.3	4	66	17.3	-3.8%	-3.8%
Sonstige Behandlung	214	1 723	8.1	234	1 935	8.3	+9.4%	+12.3%
Verlegungen und Todesfälle	172	305	1.8	187	338	1.8	+8.7%	+10.9%
Total	8 453	62 167	7.4	9 276	70 556	7.6	+9.7%	+13.5%

Tabelle Akut 6: Einfluss der medizintechnischen Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
	Fälle	Fälle	Hauptszenario	Max.	Min.
Nervensystem und Sinnesorgane					
Dermatologie	259	259	0%	0%	0%
Hals-Nasen-Ohren	286	286	0%	0%	0%
Neurochirurgie	46	46	0%	0%	0%
Neurologie	406	406	0%	0%	0%
Ophthalmologie	78	78	0%	0%	0%
Innere Organe					
Endokrinologie	87	87	0%	0%	0%
Gastroenterologie	544	544	0%	0%	0%
Viszeralchirurgie	670	670	0%	0%	0%
Hämatologie	109	109	0%	0%	0%
Herz- und Gefässchirurgie	294	333	+13.3%	+26.8%	+4.6%
Kardiologie und Angiologie	575	616	+7.2%	+7.2%	+7.2%
Infektiologie	130	130	0%	0%	0%
Nephrologie	79	79	0%	0%	0%
Urologie	369	369	0%	0%	0%
Pneumologie	348	348	0%	0%	0%
Thoraxchirurgie	74	74	0%	0%	0%
Bewegungsapparat					
Orthopädie	1 819	1 867	+2.6%	+2.6%	+2.6%
Rheumatologie	250	250	0%	0%	0%
Gynäkologie und Geburtshilfe					
Gynäkologie	315	315	0%	0%	0%
Geburtshilfe	543	543	0%	0%	0%
Neugeborene	508	508	0%	0%	0%
Übrige					
(Radio-) Onkologie	85	85	0%	0%	0%
Psychiatrie und Toxikologie	106	106	0%	0%	0%
Schwere Verletzungen	83	83	0%	0%	0%
Transplantationen	4	4	0%	0%	0%
Sonstige Behandlung	214	214	0%	0%	0%
Verlegungen und Todesfälle	172	172	0%	0%	0%
Total	8 453	8 581	+1.5%	+2.0%	+1.2%

Tabelle Akut 7: Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
	Fälle	Fälle	Hauptszenario	Max.	Min.
Nervensystem und Sinnesorgane					
Dermatologie	259	259	0%	0%	0%
Hals-Nasen-Ohren	286	286	0%	0%	0%
Neurochirurgie	46	46	0%	0%	0%
Neurologie	406	407	+0.2%	+1.2%	-0.5%
Ophthalmologie	78	78	0%	0%	0%
Innere Organe					
Endokrinologie	87	87	0%	0%	0%
Gastroenterologie	544	544	0%	0%	0%
Viszeralchirurgie	670	668	-0.3%	-0.4%	-0.5%
Hämatologie	109	109	0%	0%	0%
Herz- und Gefässchirurgie	294	296	+0.6%	+1.3%	+0.1%
Kardiologie und Angiologie	575	578	+0.5%	+2.3%	-0.9%
Infektiologie	130	130	0%	0%	0%
Nephrologie	79	79	0%	0%	0%
Urologie	369	369	0%	0%	0%
Pneumologie	348	347	-0.4%	-0.3%	-0.6%
Thoraxchirurgie	74	74	0%	0%	0%
Bewegungsapparat					
Orthopädie	1 819	1 820	+0.0%	+0.7%	-0.9%
Rheumatologie	250	250	0%	0%	0%
Gynäkologie und Geburtshilfe					
Gynäkologie	315	314	-0.4%	-0.4%	-0.4%
Geburtshilfe	543	551	+1.5%	+3.8%	0%
Neugeborene	508	508	0%	0%	0%
Übrige					
(Radio-) Onkologie	85	87	+1.8%	+1.8%	+1.8%
Psychiatrie und Toxikologie	106	106	0%	0%	0%
Schwere Verletzungen	83	83	0%	0%	0%
Transplantationen	4	4	0%	0%	0%
Sonstige Behandlung	214	214	0%	0%	0%
Verlegungen und Todesfälle	172	172	0%	0%	0%
Total	8 453	8 465	+0.1%	+0.6%	-0.3%

Tabelle Akut 8: Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Patientenzahl 2020

	2008	2020			
	Fälle	Fälle	Hauptszenario	Max.	Min.
Nervensystem und Sinnesorgane					
Dermatologie	259	259	0%	0%	0%
Hals-Nasen-Ohren	286	286	0%	0%	0%
Neurochirurgie	46	46	0%	0%	0%
Neurologie	406	406	0%	0%	0%
Ophthalmologie	78	78	0%	0%	0%
Innere Organe					
Endokrinologie	87	87	0%	0%	0%
Gastroenterologie	544	544	0%	0%	0%
Viszeralchirurgie	670	670	0%	0%	0%
Hämatologie	109	109	0%	0%	0%
Herz- und Gefässchirurgie	294	267	-9.2%	0%	-16.5%
Kardiologie und Angiologie	575	523	-9.1%	0%	-16.4%
Infektiologie	130	130	0%	0%	0%
Nephrologie	79	79	0%	0%	0%
Urologie	369	355	-3.8%	0%	-6.8%
Pneumologie	348	348	0%	0%	0%
Thoraxchirurgie	74	74	0%	0%	0%
Bewegungsapparat					
Orthopädie	1 819	1 753	-3.6%	0%	-6.5%
Rheumatologie	250	250	0%	0%	0%
Gynäkologie und Geburtshilfe					
Gynäkologie	315	315	0%	0%	0%
Geburtshilfe	543	543	0%	0%	0%
Neugeborene	508	508	0%	0%	0%
Übrige					
(Radio-) Onkologie	85	57	-33.5%	0%	-60.4%
Psychiatrie und Toxikologie	106	106	0%	0%	0%
Schwere Verletzungen	83	83	0%	0%	0%
Transplantationen	4	4	0%	0%	0%
Sonstige Behandlung	214	214	0%	0%	0%
Verlegungen und Todesfälle	172	172	0%	0%	0%
Total	8 453	8 265	-2.2%	0%	-4.0%

Tabelle Akut 9: Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern

	2008		2020			
	Fälle	MAHD	MAHD Hauptszenario	Max.	Min.	
Nervensystem und Sinnesorgane						
Dermatologie	259	6.0	5.0	-16%	-10%	-19%
Hals-Nasen-Ohren	286	4.5	3.9	-14%	-13%	-16%
Neurochirurgie	46	10.8	8.6	-21%	-16%	-24%
Neurologie	406	6.6	5.6	-15%	-11%	-18%
Ophthalmologie	78	3.2	3.1	-3%	-6%	-4%
Innere Organe						
Endokrinologie	87	11.5	7.7	-33%	-29%	-38%
Gastroenterologie	544	6.7	5.8	-14%	-9%	-18%
Viszeralchirurgie	670	8.6	6.6	-24%	-20%	-28%
Hämatologie	109	11.1	8.2	-26%	-22%	-31%
Herz- und Gefässchirurgie	294	7.6	6.3	-18%	-16%	-20%
Kardiologie und Angiologie	575	6.7	5.9	-12%	-10%	-14%
Infektiologie	130	11.0	8.4	-24%	-19%	-26%
Nephrologie	79	7.0	6.4	-9%	-7%	-16%
Urologie	369	6.7	5.1	-24%	-21%	-24%
Pneumologie	348	9.0	7.9	-12%	-9%	-16%
Thoraxchirurgie	74	17.8	12.1	-32%	-28%	-40%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	1 819	7.9	6.5	-18%	-15%	-20%
Rheumatologie	250	7.8	6.9	-11%	-7%	-14%
Gynäkologie und Geburtshilfe						
Gynäkologie	315	6.0	5.0	-17%	-11%	-21%
Geburtshilfe	543	6.2	5.7	-8%	-8%	-10%
Neugeborene	508	7.1	6.1	-14%	-14%	-17%
Übrige						
(Radio-) Onkologie	85	3.7	3.7	-1%	-1%	-1%
Psychiatrie und Toxikologie	106	8.1	6.4	-21%	-18%	-25%
Schwere Verletzungen	83	8.9	5.8	-34%	-31%	-40%
Transplantationen	4	17.3	16.5	-5%	0%	-5%
Sonstige Behandlung	214	8.1	7.4	-8%	-5%	-10%
Verlegungen und Todesfälle	172	1.8	1.8	0%	0%	0%
Total	8 453	7.4	6.1	-17%	-14%	-20%

Tabelle Akut 10: Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereichen

	Fall			MAHD			Pflegetage		
	2008	2020	2020	2008	2020		2008	2020	
Nervensystem und Sinnesorgane									
Dermatologie	259	282	+9%	6.0	5.4	-10%	1 548	1 519	-2%
Hals-Nasen-Ohren	286	290	+1%	4.5	4.0	-12%	1 285	1 150	-11%
Neurochirurgie	46	52	+13%	10.8	8.8	-19%	499	458	-8%
Neurologie	406	448	+10%	6.6	5.9	-10%	2 663	2 648	-1%
Ophthalmologie	78	98	+25%	3.2	3.1	-4%	252	304	+21%
Innere Organe									
Endokrinologie	87	96	+11%	11.5	7.5	-35%	1 001	722	-28%
Gastroenterologie	544	614	+13%	6.7	6.0	-11%	3 670	3 693	+1%
Viszeralchirurgie	670	727	+8%	8.6	7.0	-19%	5 795	5 063	-13%
Hämatologie	109	127	+16%	11.1	8.3	-25%	1 206	1 053	-13%
Herz- und Gefässchirurgie	294	361	+23%	7.6	6.6	-13%	2 234	2 382	+7%
Kardiologie und Angiologie	575	672	+17%	6.7	6.2	-8%	3 849	4 134	+7%
Infektiologie	130	147	+13%	11.0	8.8	-20%	1 424	1 289	-10%
Nephrologie	79	90	+14%	7.0	6.6	-6%	555	596	+7%
Urologie	369	420	+14%	6.7	5.3	-21%	2 460	2 219	-10%
Pneumologie	348	406	+17%	9.0	8.2	-9%	3 146	3 349	+6%
Thoraxchirurgie	74	85	+15%	17.8	12.4	-30%	1 314	1 050	-20%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	1 819	2 020	+11%	7.9	7.0	-12%	14 400	14 055	-2%
Rheumatologie	250	284	+14%	7.8	7.1	-9%	1 961	2 030	+3%
Gynäkologie und Geburtshilfe									
Gynäkologie	315	337	+7%	6.0	5.2	-14%	1 898	1 749	-8%
Geburtshilfe	543	512	-6%	6.2	5.7	-8%	3 393	2 936	-13%
Neugeborene	508	444	-13%	7.1	6.1	-14%	3 604	2 694	-25%
Übrige									
(Radio-) Onkologie	85	66	-23%	3.7	3.8	+2%	313	246	-21%
Psychiatrie und Toxikologie	106	111	+5%	8.1	6.7	-18%	862	742	-14%
Schwere Verletzungen	83	86	+3%	8.9	6.1	-31%	738	524	-29%
Transplantationen	4	4	-4%	17.3	16.5	-5%	69	63	-8%
Sonstige Behandlung	214	234	+9%	8.1	7.6	-5%	1 723	1 786	+4%
Verlegungen und Todesfälle	172	187	+9%	1.8	1.8	+2%	305	338	+11%
Total	8 453	9 200	+9%	7.4	6.4	-13%	62 167	58 794	-5%

Tabelle Akut 11: Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen und behandelndem Akutspital 2008

	Appenzell Ausserrhoden					AI Spital Appenzell	SG				andere Kantone Andere Spitäler <100 Pat.	Total
	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg Heiden	Berit-Klinik Niederteufen	Augenklinik Teufen		Kantonsspital St. Gallen	Andere Spitäler <100 Pat.	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen		
Nervensystem und Sinnesorgane												
Dermatologie	121	37	2			5	64	5	6	12	7	259
Hals-Nasen-Ohren	102	37	5			5	89	11	6	21	10	286
Neurochirurgie	4		3			1	33	1	2		2	46
Neurologie	115	56				2	160	6		44	23	406
Ophtalmologie	2	1			23		46				6	78
Innere Organe												
Endokrinologie	37	9				1	27			9	4	87
Gastroenterologie	270	122				4	100	6	3	28	11	544
Viszeralchirurgie	306	113		1		14	156	7	40	13	20	670
Hämatologie	31	21				1	39	1	2	11	3	109
Herz- und Gefässchirurgie	99	29	11	17		6	78	1	5		48	294
Kardiologie und Angiologie	220	98				3	221	3		4	26	575
Infektiologie	60	20	1				32	2	1	7	7	130
Nephrologie	33	20					19			5	2	79
Urologie	135	62		1		6	109	5	33	5	13	369
Pneumologie	154	85				1	57	6		39	6	348
Thoraxchirurgie	19	13					33			3	6	74
Bewegungsapparat												
Orthopädie	582	247	301	31		75	331	21	140	27	64	1819
Rheumatologie	89	53	13			5	68	3	3	8	8	250
Gynäkologie und Geburtshilfe												
Gynäkologie	117	63		2		3	63	2	55		10	315
Geburtshilfe	240	119				22	88	3	61		10	543
Neugeborene	229	98				19	70	1	50	31	10	508
Übrige												
(Radio-) Onkologie	26	6					49			1	3	85
Psychiatrie und Toxikologie	32	31				2	23	4		9	5	106
Schwere Verletzungen	46	10				1	14	1		6	5	83
Transplantationen							2				2	4
Sonstige Behandlung	52	30		1		5	64	15	13	15	19	214
Verlegungen und Todesfälle	67	29	1			3	41	5	8	2	16	172
Total	3 188	1 409	337	53	23	184	2 076	109	428	300	346	8 453

Tabelle Akut 12: Marktanteil der Patienten aus dem Kanton AR in den Akutspitälern pro Leistungsbereich 2008

	Appenzell Ausserrhoden					AI Spital Appenzell	SG				andere Kantone Andere Spitäler <100 Pat.	Total
	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg Heiden	Berit-Klinik Niederteufen	Augenklinik Teufen		Kantonsspital St. Gallen	Andere Spitäler <100 Pat.	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen		
Nervensystem und Sinnesorgane												
Dermatologie	47%	14%	1%			2%	25%	2%	2%	5%	3%	100%
Hals-Nasen-Ohren	36%	13%	2%			2%	31%	4%	2%	7%	3%	100%
Neurochirurgie	9%	0%	7%			2%	72%	2%	4%		4%	100%
Neurologie	28%	14%					39%	1%		11%	6%	100%
Ophtalmologie	3%	1%			29%		59%				8%	100%
Innere Organe												
Endokrinologie	43%	10%				1%	31%			10%	5%	100%
Gastroenterologie	50%	22%				1%	18%	1%	1%	5%	2%	100%
Viszeralchirurgie	46%	17%				2%	23%	1%	6%	2%	3%	100%
Hematologie	28%	19%				1%	36%	1%	2%	10%	3%	100%
Herz- und Gefässchirurgie	34%	10%	4%	6%		2%	27%		2%		16%	100%
Kardiologie und Angiologie	38%	17%				1%	38%	1%		1%	5%	100%
Infektiologie	46%	15%	1%				25%	2%	1%	5%	5%	100%
Nephrologie	42%	25%					24%			6%	3%	100%
Urologie	37%	17%				2%	30%	1%	9%	1%	4%	100%
Pneumologie	44%	24%					16%	2%		11%	2%	100%
Thoraxchirurgie	26%	18%					45%			4%	8%	100%
Bewegungsapparat												
Orthopädie	32%	14%	17%	2%		4%	18%	1%	8%	1%	4%	100%
Rheumatologie	36%	21%	5%			2%	27%	1%	1%	3%	3%	100%
Gynäkologie und Geburtshilfe												
Gynäkologie	37%	20%		1%		1%	20%	1%	17%		3%	100%
Geburtshilfe	44%	22%				4%	16%	1%	11%		2%	100%
Neugeborene	45%	19%				4%	14%	0%	10%	6%	2%	100%
übrige												
(Radio-) Onkologie	31%	7%					58%			1%	4%	100%
Psychiatrie und Toxikologie	30%	29%				2%	22%	4%		8%	5%	100%
Schwere Verletzungen	55%	12%				1%	17%	1%		7%	6%	100%
Transplantationen							50%				50%	100%
Sonstige Behandlung	24%	14%				2%	30%	7%	6%	7%	9%	100%
Verlegungen und Todesfälle	39%	17%	1%			2%	24%	3%	5%	1%	9%	100%
Total	38%	17%	4%	1%	0%	2%	25%	1%	5%	4%	4%	100%

Tabelle Akut 13: Pfl egetage von Patienten aus dem Kanton AR nach Leistungsbereichen und Akutspital 2008

	Appenzell Ausserrhoden				AI	Kantonsspital St. Gallen	SG			andere Kantone Andere Spitäler <100 Pat.	Total
	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg Heiden	Berit-Klinik Niederteufen			Augenklinik Teufen	Andere Spitäler <100 Pat.	Klinik Stephanshorn, St. Gallen		
Nervensystem und Sinnesorgane											
Dermatologie	761	172	9		16	483	26	22	40	19	1 548
Hals-Nasen-Ohren	451	149	24		24	442	33	24	83	55	1 285
Neurochirurgie	26		11		11	428	11	5		7	499
Neurologie	695	365			4	1 137	91		125	246	2 663
Ophtalmologie	5	2			81	142				22	252
Innere Organe											
Endokrinologie	282	107			17	177			293	125	1 001
Gastroenterologie	1 655	853			16	908	72	12	106	48	3 670
Viszeralchirurgie	2 460	877		3	62	1 939	45	211	74	124	5 795
Hämatologie	297	161			3	618	4	6	96	21	1 206
Herz- und Gefässchirurgie	776	137	42	35	22	693	2	18		509	2 234
Kardiologie und Angiologie	1 701	887			25	1 071	14		57	94	3 849
Infektiologie	550	213	8			525	24	6	40	58	1 424
Nephrologie	231	164				133			18	9	555
Urologie	885	430		2	24	754	25	213	27	100	2 460
Pneumologie	1 423	815			7	531	57		250	63	3 146
Thoraxchirurgie	386	153				648			25	102	1 314
Bewegungsapparat											
Orthopädie	5 030	1 953	2 064	346	454	2 984	144	882	145	398	14 400
Rheumatologie	679	519	76		24	523	30	9	53	48	1 961
Gynäkologie und Geburtshilfe											
Gynäkologie	744	340		13	7	412	5	322		55	1 898
Geburtshilfe	1 374	669			116	650	13	510		61	3 393
Neugeborene	1 283	534			103	658	7	315	583	121	3 604
Übrige											
(Radio-) Onkologie	72	20				213			2	6	313
Psychiatrie und Toxikologie	196	186			13	152	79		117	119	862
Schwere Verletzungen	286	63			2	220	57		40	70	738
Transplantationen						31				38	69
Sonstige Behandlung	372	283		17	24	468	323	59	75	102	1 723
Verlegungen und Todesfälle	92	64	3		5	51	8	46	5	31	305
Total	22 712	10 116	2 237	416	81	979	16 991	1 070	2 660	2 254	62 167

Tabelle Akut 14: Marktanteil der Pflegetage von Patienten aus dem Kanton AR in den Akutspitälern pro Leistungsbereich 2008

	Appenzell Ausserrhoden					AI Spital Appenzell	SG				andere Kantone Andere Spitäler <100 Pat.	Total
	Spital Herisau	Spital Heiden	Klinik am Rosenberg Heiden	Berit-Klinik Niederteufen	Augenklinik Teufen		Kantonsspital St. Gallen	Andere Spitäler <100 Pat.	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen		
Nervensystem und Sinnesorgane												
Dermatologie	49%	11%	1%			1%	31%	2%	1%	3%	1%	100%
Hals-Nasen-Ohren	35%	12%	2%			2%	34%	3%	2%	6%	4%	100%
Neurochirurgie	5%	0%	2%			2%	86%	2%	1%		1%	100%
Neurologie	26%	14%					43%	3%		5%	9%	100%
Ophtalmologie	2%	1%			32%		56%				9%	100%
Innere Organe												
Endokrinologie	28%	11%				2%	18%			29%	12%	100%
Gastroenterologie	45%	23%					25%	2%		3%	1%	100%
Viszeralchirurgie	42%	15%				1%	33%	1%	4%	1%	2%	100%
Hematologie	25%	13%					51%			8%	2%	100%
Herz- und Gefässchirurgie	35%	6%	2%	2%		1%	31%		1%		23%	100%
Kardiologie und Angiologie	44%	23%				1%	28%			1%	2%	100%
Infektiologie	39%	15%	1%				37%	2%		3%	4%	100%
Nephrologie	42%	30%					24%			3%	2%	100%
Urologie	36%	17%				1%	31%	1%	9%	1%	4%	100%
Pneumologie	45%	26%					17%	2%		8%	2%	100%
Thoraxchirurgie	29%	12%					49%			2%	8%	100%
Bewegungsapparat												
Orthopädie	35%	14%	14%	2%		3%	21%	1%	6%	1%	3%	100%
Rheumatologie	35%	26%	4%			1%	27%	2%		3%	2%	100%
Gynäkologie und Geburtshilfe												
Gynäkologie	39%	18%		1%			22%		17%		3%	100%
Geburtshilfe	40%	20%				3%	19%		15%		2%	100%
Neugeborene	36%	15%				3%	18%		9%	16%	3%	100%
übrige												
(Radio-) Onkologie	23%	6%					68%			1%	2%	100%
Psychiatrie und Toxikologie	23%	22%				2%	18%	9%		14%	14%	100%
Schwere Verletzungen	39%	9%					30%	8%		5%	9%	100%
Transplantationen							45%				55%	100%
Sonstige Behandlung	22%	16%		1%		1%	27%	19%	3%	4%	6%	100%
Verlegungen und Todesfälle	30%	21%	1%			2%	17%	3%	15%	2%	10%	100%
Total	37%	16%	4%	1%	0%	2%	27%	2%	4%	4%	4%	100%

Tabelle Akut 15: Stationäre Leistungen pro Spital im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Gender Frauen in %	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Patientenherkunft ausser Kanton in %	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegetage (abs.)	Anteil Total-Pflegetage in %	CMI	Anteil Total-Ressourcen in %
Spital Herisau	4457	42%	49	56%	44%	80%	17%	28%	6.9	30 758	45%	0.86	46%
Spital Heiden	2 798	26%	43	65%	37%	72%	16%	50%	6.4	17 946	26%	0.68	23%
Klinik am Rosenberg, Heiden	2 679	25%	53	48%	1%	0%	69%	87%	6.2	16 616	24%	0.79	25%
Berit-Klinik, Niederteufen	530	5%	53	61%	0%	93%	38%	90%	6.2	3 285	5%	0.83	5%
Augenklinik Teufen	157	1%	71	55%	0%	92%	97%	85%	3.3	513	1%	0.70	1%
Total	10 621	100%	49	57%	28%	59%	32%	53%	6.5	69 118	100%	0.79	100%

Tabelle Akut 18: Nettowanderung von Patienten im Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	ZH	Ausland	Gesamt
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	-43	1	6	2	5		-29
Hals-Nasen-Ohren	-53	15	20	3	-3	1	-17
Neurochirurgie	-12	0	6	1	-1	1	-5
Neurologie	-191	15	4	-11	-9	2	-190
Ophthalmologie	-1	1	15	30	22	16	83
Innere Organe							
Endokrinologie	-29	4	2	0	-2	2	-23
Gastroenterologie	-91	23	3	4	10	2	-49
Viszeralchirurgie	-151	9	3	-2	-8	1	-148
Hämatologie	-48	0	2	-1	-2		-49
Herz- und Gefässchirurgie	34	7	8	15	-30	4	38
Kardiologie und Angiologie	-204	15	1	-3	-14	4	-201
Infektiologie	-21	7		-4	2	1	-15
Nephrologie	-14	4		1	1	2	-6
Urologie	-122	10	-5	-1	-3	1	-120
Pneumologie	-73	26	1	5	1	2	-38
Thoraxchirurgie	-36	6		0	-5		-35
Bewegungsapparat							
Orthopädie	1 601	22	353	35	22	97	2 130
Rheumatologie	-11	2	10	4	-1	1	5
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	68	17	7	6	0	1	99
Geburtshilfe	445	16	31	-5	0	2	489
Neugeborene	380	12	29	-4	-1	1	417
Übrige							
(Radio-) Onkologie	-48	3			-3		-48
Psychiatrie und Toxikologie	-27	0	2	2	0		-23
Schwere Verletzungen	-15	7	1	1	-1	1	-6
Transplantationen	-2			-1	-1		-4
Sonstige Behandlung	-77	0	0	-5	-8	1	-89
Verlegungen und Todesfälle	-11	4	3	2	1	3	2
Nettowanderung	1 248	226	502	74	-28	146	2 168

Tabelle Akut 19: Zuwanderung von Patienten in den Kanton Appenzel Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	ZH	Ausland	Gesamt
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	44	6	8	6	6		70
Hals-Nasen-Ohren	74	20	20	7	3	1	125
Neurochirurgie	24	1	6	1	1	1	34
Neurologie	19	17	4	2	1	2	45
Ophthalmologie	45	1	15	35	23	16	135
Innere Organe							
Endokrinologie	7	5	2	2		2	18
Gastroenterologie	46	27	6	11	11	2	103
Viszeralchirurgie	65	23	4	6	3	1	102
Hämatologie	5	1	2				8
Herz- und Gefässchirurgie	118	13	9	16	16	4	176
Kardiologie und Angiologie	24	18	1	4	5	4	56
Infektiologie	21	7		2	3	1	34
Nephrologie	10	4		2	2	2	20
Urologie	30	16	2	2		1	51
Pneumologie	29	27	1	9	3	2	71
Thoraxchirurgie		6		1			7
Bewegungsapparat							
Orthopädie	2120	97	355	68	51	97	2788
Rheumatologie	71	7	10	8	3	1	100
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	188	20	9	9	5	1	232
Geburtshilfe	597	38	31	2	3	2	673
Neugeborene	532	31	29	2	3	1	598
Übrige							
(Radio-) Onkologie	2	3					5
Psychiatrie und Toxikologie	9	2	2	4	3		20
Schwere Verletzungen	6	8	1	4	1	1	21
Sonstige Behandlung	30	5	2	3	1	1	42
Verlegungen und Todesfälle	45	7	5	10	7	3	77
Zuwanderung	4161	410	524	216	154	146	5611

Tabelle Akut 20: Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	AI	TG	Andere Kantone <100	ZH	Ausland	Gesamt
Nervensystem und Sinnesorgane							
Dermatologie	-87	-5	-2	-4	-1		-99
Hals-Nasen-Ohren	-127	-5		-4	-6		-142
Neurochirurgie	-36	-1			-2		-39
Neurologie	-210	-2		-13	-10		-235
Ophthalmologie	-46			-5	-1		-52
Innere Organe							
Endokrinologie	-36	-1		-2	-2		-41
Gastroenterologie	-137	-4	-3	-7	-1		-152
Viszeralchirurgie	-216	-14	-1	-8	-11		-250
Hämatologie	-53	-1		-1	-2		-57
Herz- und Gefässchirurgie	-84	-6	-1	-1	-46		-138
Kardiologie und Angiologie	-228	-3		-7	-19		-257
Infektiologie	-42			-6	-1		-49
Nephrologie	-24			-1	-1		-26
Urologie	-152	-6	-7	-3	-3		-171
Pneumologie	-102	-1		-4	-2		-109
Thoraxchirurgie	-36			-1	-5		-42
Bewegungsapparat							
Orthopädie	-519	-75	-2	-33	-29		-658
Rheumatologie	-82	-5		-4	-4		-95
Gynäkologie und Geburtshilfe							
Gynäkologie	-120	-3	-2	-3	-5		-133
Geburtshilfe	-152	-22		-7	-3		-184
Neugeborene	-152	-19		-6	-4		-181
Übrige							
(Radio-) Onkologie	-50				-3		-53
Psychiatrie und Toxikologie	-36	-2		-2	-3		-43
Schwere Verletzungen	-21	-1		-3	-2		-27
Transplantationen	-2			-1	-1		-4
Sonstige Behandlung	-107	-5	-2	-8	-9		-131
Verlegungen und Todesfälle	-56	-3	-2	-8	-6		-75
Abwanderung	-2 913	-184	-22	-142	-182	0	-3 443

Tabelle Reha 1: Stationäre Leistungen pro Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Gender Frauen in %	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Patientenherkunft ausser Kanton in %	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegetage (abs.)	Anteil Total-Pflegetage in %
Berit-Klinik	106	4%	73	82%	0%	97%	70%	83%	16.2	1 712	3%
Klinik Gais	1 840	71%	56	36%	0%	100%	30%	96%	23.7	43 584	69%
Rheinburg-Klinik	629	24%	66	57%	0%	92%	59%	86%	28.8	18 128	29%
Total	2,575	100%	59	43%	0%	98%	39%	93%	24.6	63 424	100%

Tabelle Reha 2: Patienten in Kliniken im Kanton AR nach Wohnkanton und Leistungsbereich

	Klinik Gais								Rheinburg-Klinik								Berit Paracelsus-Klinik					
	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total
Neurologisch				2			1	3	52	19	1	161	13	87	37	370						
Muskuloskelettal							2	2	33	27	3	139	6	7	8	223						
Kardiovaskulär	12	15	64	143	51	136	102	523		1		1	1	2	5							
Pulmonal				1			1	2														
Internistisch-onkologisch					1			1				10	1	1	12							
Psychiatrisch-sozialmed.	39	32	78	207	106	148	214	824				1		2	4							
Übrige	18	14	24	150	64	137	78	485	2			6	5	2	15	18	79	3	3	3	3	106
Total	69	61	166	503	222	421	398	1840	87	47	4	318	26	101	46	629	18	79	3	3	3	106

Tabelle Reha 3: Pfl egetage in Kliniken im Kanton AR nach Wohnkanton und Leistungsbereich

	Klinik Gals							Rheinburg-Klinik							Berit Paracelsus-Klinik								
	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	Ausland	AG	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	AR	SG	TG	ZH	Andere Kantone <100 Pat.	Total	
Neurologisch				39			19	58	1823	672	18	5 131	456	3 219	1 107	12 426							
Muskuloskelettal							51	51	688	481	110	3 060	196	158	188	4 881							
Kardiovaskulär	276	349	1 463	3 138	1 146	3 000	2 270	11 642		9		19	40	37		105							
Pulmonal				20			26	46															
Internistisch-onkologisch					28			28				216	15	20		251							
Psychiatrisch-sozialmed.	1 046	772	1 924	5 046	2 459	3 812	5 344	20 403				30		73	21	124							
Übrige	424	321	603	3 485	1 534	3 178	1 811	11 356	43			136	100	62		341	333	1 234	49	39	57	1 712	
Total	1 746	1 442	3 990	11 728	5 167	9 990	9 521	43 584	2 554	1 162	128	8 592	807	3 569	1 316	18 128	333	1 234	49	39	57	1 712	

Tabelle Reha 4: Zuwanderung von Patienten im Kanton Appenzel Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	163	87	38	13	1	19	321
Muskuloskelettal	139	7	10	6	3	27	192
Kardiovaskulär	144	138	102	52	64	16	516
Pulmonal	1		1				2
Internistisch-onkologisch	10	1		2			13
Psychiatrisch-sozialmed.	208	150	215	106	78	32	789
Übrige	235	142	81	72	24	14	568
Zuwanderung	900	525	447	251	170	108	2 401

Tabelle Reha 5: Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	SG	ZH	Andere Kantone <100	TG	AG	Ausland	Gesamt
Neurologisch	-6		-1		-1		-8
Muskuloskelettal	-20		-22	-1	-7		-50
Kardiovaskulär		-2	-7	-4			-13
Pulmonal	-1	-1			-1		-3
Internistisch-onkologisch	-1	-1		-2			-4
Psychiatrisch-sozialmed.			-1				-1
Übrige	-10	-2		-29	-10		-51
Abwanderung	-38	-6	-31	-36	-19	0	-130

Tabelle Psy 1: Patienten nach Leistungsbereichen 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Gender Frauen in %	Spitaleintritt Notfall in %	Kostenträger KVG in %	Liegeklasse in % Zusatzversicherung HP+P	Behandlungsort ausser Kanton in %	Hospitalisation pro 10 000 EW	Mittlere Aufenthaltsdauer Tage	Pflegedage (abs.)	Anteil Total-Pflegedage in %
F0 organische Störungen	31	7%	69	71%	26%	100%	6%	6%	5.8	25.0	776	4%
F10 Alkohol	50	12%	44	40%	38%	96%	2%	10%	9.4	46.3	2317	11%
F11-F19 Drogen	25	6%	31	16%	24%	92%	4%	16%	4.7	39.4	985	5%
F2 Schizophrenie	97	23%	43	51%	52%	100%	1%	11%	18.3	33.1	3211	15%
F3 affektive Störungen	111	27%	49	59%	35%	98%	8%	17%	20.9	87.5	9715	46%
F4 neurotische Störungen	37	9%	43	65%	46%	95%	11%	30%	7.0	35.7	1322	6%
F50-99 Übrige	65	16%	31	55%	34%	92%	0%	29%	12.3	42.1	2737	13%
Total	416	100%	44	53%	39%	97%	4%	17%	78.4	50.6	21 063	100%

Tabelle Psy 2: Zuwanderung von Patienten im Kanton Appenzel Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	Andere Kantone <50	GL	AI	Gesamt
F0 Organische Störungen	1	2	6	9
F10 Alkohol	2	6	9	17
F11-F19 Drogen	7	5	8	20
F2 Schizophrenie	9	17	13	39
F3 Affektive Störungen	14	19	13	46
F4 Neurotische Störungen	4	6	6	16
F50-F99 Übrige	5	19	10	34
Zuwanderung	42	74	65	181

Tabelle Psy 3: Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereichen

	Andere Kantone <50	GL	AI	Gesamt
F0 Organische Störungen	-2	.	.	-2
F10 Alkohol	-5	.	.	-5
F11-F19 Drogen	-4	.	.	-4
F2 Schizophrenie	-11	.	.	-11
F3 Affektive Störungen	-19	.	.	-19
F4 Neurotische Störungen	-11	.	.	-11
F50-F99 Übrige	-19	.	.	-19
Abwanderung	-71	0	0	-71

Appenzell Ausserrhoden
Spitalamt
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

gesundheit@ar.ch
www.ar.ch/gesundheit