

Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Amt für Gesundheit**
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Versorgungsplanungsbericht 2023

Gemeinsame Gesundheitsregion – Rehabilitation



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Amt für Gesundheit**
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Impressum

Herausgeber

Kanton Basel-Landschaft
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Bahnhofstrasse 5
4410 Liestal
Tel. +41 61 552 51 11
afg@bl.ch
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
— baselland.ch

Kanton Basel-Stadt
Gesundheitsdepartement
Bereich Gesundheitsversorgung
Malzgasse 30
4001 Basel
Tel. +41 61 205 32 42
gesundheitsversorgung@bs.ch
gesundheitsversorgung.bs.ch

6. September 2023

Der Bericht wurde unter Mitarbeit des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt erstellt. Bei allen Berechnungen mit dem Vermerk «eigene Berechnungen» sind sowohl die Berechnungen des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt, des Amtes für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft als auch des Bereichs Gesundheitsversorgung des Kantons Basel-Stadt gemeint.



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Zusammenfassung	6
1 Generelles zur Versorgungsplanung	11
2 Rehabilitation in der Gemeinsamen Gesundheitsregion	15
2.1 Bevölkerungsentwicklung in den Jahren 2011 bis 2021	15
2.2 Die Region aus Sicht der Rehabilitation	16
2.2.1 Stationäre Inanspruchnahme	16
2.2.2 Stationäres Versorgungsangebot	26
2.2.3 Ambulante Inanspruchnahme	29
3 Konzeptionelles Vorgehen	31
3.1 Fallabgrenzung/-definition	31
3.2 Nomenklatur	32
3.3 Methode Bedarfsanalyse	33
3.3.1 Berechnungsmethode	34
3.3.2 Kontrollvariablen	36
3.3.3 Analyseeinheit und verwendete Daten	38
3.3.4 Grenzen der Methodik	38
3.4 Methode Bedarfsprognose	39
3.4.1 Schritt 1: Berechnung der geglätteten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten	40
3.4.2 Schritt 2: Demographische Fortschreibung mittels Bevölkerungsprognosen	41
3.4.3 Schritt 3: Korrektur der demographischen Fortschreibung um weitere Einflussfaktoren	41
4 Ergebnisse	44
4.1 Bedarfsanalyse	44
4.2 Bedarfsprognose	46
4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht	47
4.2.2 Prognose in Fallzahlen und Pflgetagen	49



5	Einordnung der Ergebnisse und Fazit	53
6	Rehabilitationsplanung 2025 – Das weitere Vorgehen	56
6.1	Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge	56
6.2	Entwicklungsdialog	59
7	Literaturverzeichnis	61
8	Abbildungsverzeichnis	63
9	Tabellenverzeichnis	64
10	Abkürzungsverzeichnis	66
11	Anhang	69



Vorwort

Die Planung der stationären Gesundheitsversorgung gehört in der Schweiz zu den Kernaufgaben der Kantone. In erprobter Form nehmen die beiden kantonalen Verwaltungen des Kantons Basel-Landschaft und des Kantons Basel-Stadt diese zentrale Aufgabe gemeinsam wahr. Die Grundlage für das gemeinsame Vorgehen bildet der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen den beiden Kantonen, welcher am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung beider Kantone angenommen wurde.

Es freut uns sehr, Ihnen den Versorgungsplanungsbericht für die Rehabilitation vorlegen zu können, welcher die Basis für die Spitalplanung in der Rehabilitation ab dem Jahr 2025 bildet und zentrale, für die Planung relevante Informationen enthält. Die rehabilitative Versorgung ist ein leistungsfähiger und innovativer Baustein in der Gesundheitsversorgung der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR).

Der Bericht legt den Fokus auf die Frage, wie viele rehabilitative Spitalleistungen die Bevölkerung in den beiden Basel braucht. Die Beantwortung stützt sich auf eine Analyse des aktuellen sowie eine Prognose des zukünftigen Bedarfs.

Die kritische Begleitung und Spiegelung unserer Arbeit ist uns weiterhin sehr wichtig. Die Impulse aus der Fachkommission für die GGR sind prozessual in den Versorgungsplanungsbericht eingeflossen. Wir sind davon überzeugt, dass wir auf der Grundlage dieses Berichts die Spitalplanung Rehabilitation ab dem Jahr 2025 im Sinne und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten unserer beiden Kantone gestalten können.

Die vorliegende finale Fassung des Berichts enthält die eingearbeiteten Rückmeldungen aus der Vernehmlassung. Zur Vernehmlassung wurden neben den betroffenen Kantonen die Spitäler der Region sowie die lokalen Ärztesellschaften, der lokale Spitalverband und die Versicherungsverbände eingeladen. Der Bericht legt die Basis für die weitere Spitalplanung in der Rehabilitation. Der Versorgungsplanungsbericht wird auf den Webseiten der beiden Kantone veröffentlicht. Herzlich bedanken wir uns bei den Mitarbeitenden, die massgeblich dazu beitragen, das Gesundheitssystem unserer Region zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu gestalten.

Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheits-
departements Basel-Stadt

Thomi Jourdan
Vorsteher der Volkswirtschafts- und
Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft



Zusammenfassung

Für alle drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation traten für die Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR) gleichlautende Spitallisten am 1. Juli 2021 in Kraft. Im Bereich Akutsomatik wurde eine umfassende Bedarfsanalyse und -prognose durchgeführt, während in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation die erneute Vergabe der bisherigen Leistungsaufträge folgte, insofern eine Bewerbung vorlag. Mit dem im Dezember 2022 veröffentlichten Versorgungsplanungsbericht der psychiatrischen Versorgung wurde im Bereich Psychiatrie ebenfalls eine umfassende Bedarfsanalyse und -prognose durchgeführt und somit die Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Psychiatrie per 1. Januar 2024 gelegt. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht verfolgt denselben Zweck für die Spitalplanung im Bereich Rehabilitation für die gleichlautenden Spitallisten der beiden Kantone per 1. Januar 2025. Das Ziel der aktuellen Spitalplanung im Bereich der Rehabilitation ist es, eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich nachhaltig tragbare und zukunftsfähige rehabilitative Versorgung zu ermöglichen. Dabei fokussiert sich die vorliegende Bedarfsplanung vornehmlich auf die stationäre medizinische Rehabilitation der Bevölkerung der GGR und berücksichtigt die Vorgaben gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10) sowie die Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Ausgangslage

Im Jahr 2021 haben 8'382 Fälle (entspricht 185'601 Pflēgetagen)¹ von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR eine stationäre rehabilitative Behandlung in einem Spital in Anspruch genommen. Über zwei Drittel der Fälle wurden in Spitälern der GGR behandelt (68.4 %), die übrigen 2'651 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt.

In den Spitälern in der GGR erfolgten im Jahr 2021 6'471 Austritte von rehabilitativen stationären Fällen. Davon hatten 11.4 Prozent der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz nicht in der GGR. Dies bedeutet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aus der GGR mehr Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen haben, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen in der GGR beansprucht haben.

Die Hospitalisierungsrate in der GGR ist im Jahr 2021 mit 14.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner die fünfthöchste in der Schweiz. Der schweizerische Durchschnittswert beträgt 10.6 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020: 10.2). Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten aus der GGR liegt im Jahr 2021 bei 22.2 Tagen

¹ Bei der Berechnung der Pflēgetage sind die Pflēgetage der Fälle des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) aufgrund der verfügbaren Informationen nicht enthalten. In der Summe der Fälle sind die Fälle des UKBB jedoch enthalten.



und somit unter dem Schweizer Durchschnitt von 23.2 Tagen. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz seit dem Jahr 2012 weitgehend konstant ist, ist diese in der GGR von 25.1 Tagen im Jahr 2012 auf 22.2 Tage im Jahr 2021 gesunken.

Das Ziel der Analysen im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung ist es zu klären, ob sich die rehabilitative Leistungsanspruchnahme durch z. B. demographische Bevölkerungsmerkmale erklären lässt. Weiter wird analysiert, ob sich die Inanspruchnahme über alle Altersgruppen in gleicher Weise darstellt und welche zukünftige Entwicklung in den einzelnen Leistungsgruppen zu erwarten ist.

Analysen

Die Vergabe von Leistungsaufträgen und somit auch die Analysen im Rahmen der Versorgungsplanung erfolgen entlang der Nomenklatur der Leistungsgruppensystematik der stationären Rehabilitation der Kantone Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt (SPLG Rehabilitation NWCH). Diese wurde ausgearbeitet, da es keine schweizweit einheitliche Nomenklatur gibt. Sie ist in neun Leistungsbereiche und 16 Leistungsgruppen aufgeteilt.

Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Aufgrund der deskriptiven Analysen muss in der Region von einer im Schweizer Vergleich überdurchschnittlichen Inanspruchnahme ausgegangen werden. Um diesen Mehrbedarf zu erklären, können nachfrage- oder angebotsseitige Begründungen hinzugezogen werden. Eine trennscharfe Zuordnung ist dabei nicht immer möglich, jedoch kann mittels Kontrolle von nachfrageseitigen Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Haushaltsgrösse) eine Schätzung vorgenommen werden, ob eine Abweichung aus nachfrage- oder angebotsseitigen Unterschieden resultiert. Die verbleibende Abweichung kann allenfalls teilweise als Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden.

Aus der vorliegenden Versorgungsanalyse für das Jahr 2021 resultiert, dass die Einwohnerinnen und Einwohner der GGR im Vergleich zur restlichen Schweiz – abhängig von der Altersgruppe – zwischen ungefähr zehn und 20 Prozent mehr Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen, als zu erwarten gewesen wäre. Die Bedarfsanalyse konnte aufzeigen, dass vor allem die Anzahl akut-somatischer Spitalaufenthalte einen grossen Effekt auf die Inanspruchnahme der Rehabilitation hat. Es bleibt festzuhalten, dass die hohe stationäre Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft nicht vollständig durch soziodemographische und -ökonomische Merkmale der Bevölkerung in der GGR begründet werden konnten. Die GGR weist folglich verglichen mit der Schweiz eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme auf.

Mit der Bedarfsprognose wird ausgehend von der heutigen Situation der Blick in die Zukunft geworfen. Die Bedarfsprognose wurde unter Berücksichtigung der folgenden Einflussfaktoren erstellt:

- Der Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2033 und
- den Erwartungen zur Ambulantisierung.

Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung wird ein Anstieg von rund 489'000 Einwohnerinnen und Einwohnern per Ende Jahr 2021 um 4.6 Prozent auf rund 511'000 Einwohnerinnen und Einwohner per Ende Jahr 2029 erwartet. Durch die Annahme eines steigenden Ambulantisierungsgrades wird zudem mit einer leichten Abnahme der prognostizierten stationären Fälle und Pfl egetage gerechnet.

Die Ergebnisse, welche aus den oben aufgeführten Annahmen resultieren, sind in Abbildung Z.1 dargestellt. Es werden die drei verschiedenen Szenarien abgebildet. Bis ins Jahr 2029 ist je nach Szenario mit einem gesteigerten Bedarf an Pfl egetagen zwischen rund 1'000 (tiefes Szenario) und 32'000 Pfl egetagen (hohes Szenario) auszugehen. Im mittleren Szenario handelt es sich um einen zusätzlichen Bedarf von rund 16'000 Pfl egetagen, welche bis ins Jahr 2029 zu erwarten wären.

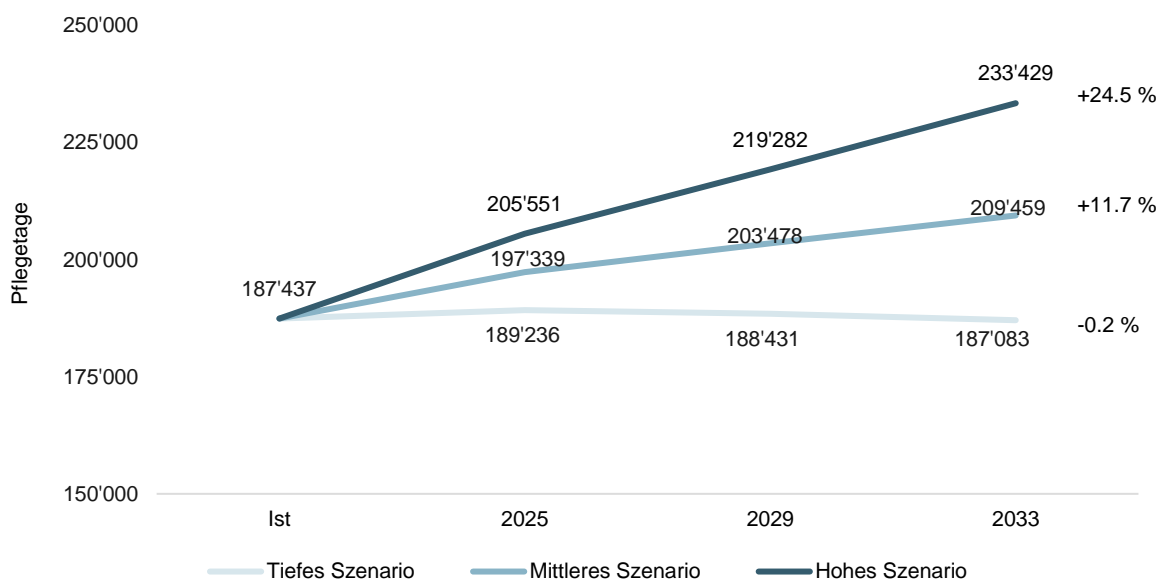


Abbildung Z.1 Entwicklung der Pfl egetage in der GGR bis 2033, Wachstumsraten zwischen den Jahren Ist und 2033, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)²

In Anlehnung an das Vorgehen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird das «Mittlere Szenario» nachfolgend als Referenzszenario für die weiteren Analysen und den folgenden Planungsprozess im Rahmen der Erstellung der Spitallisten verwendet. Die Resultate der Bedarfsprognose unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» ergeben einen Anstieg der stationären rehabilitativen Pfl egetage bis zum Jahr 2029 über alle Altersgruppen von 8.6 Prozent (siehe Abbildung Z.2).

² Bei der Bedarfsprognose der Pfl egetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe Pädiatrische Rehabilitation (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Diese Pfl egetage sind folglich nicht in der Prognose enthalten.

Dieser zusätzlich erwartete Bedarf entfällt insbesondere auf den Bereich der «Geriatrischen Rehabilitation» (GER, Steigerung um 14.3 % resp. rund 11'000 Pflergetage bis ins Jahr 2029). Die restlichen rund 5'000 Pflergetage entfallen vor allem auf die Leistungsgruppen «Allgemein muskuloskelettal» (MSK 1, rund 2'000) und «Allgemein neurologisch» (NER 1, rund 1'000).

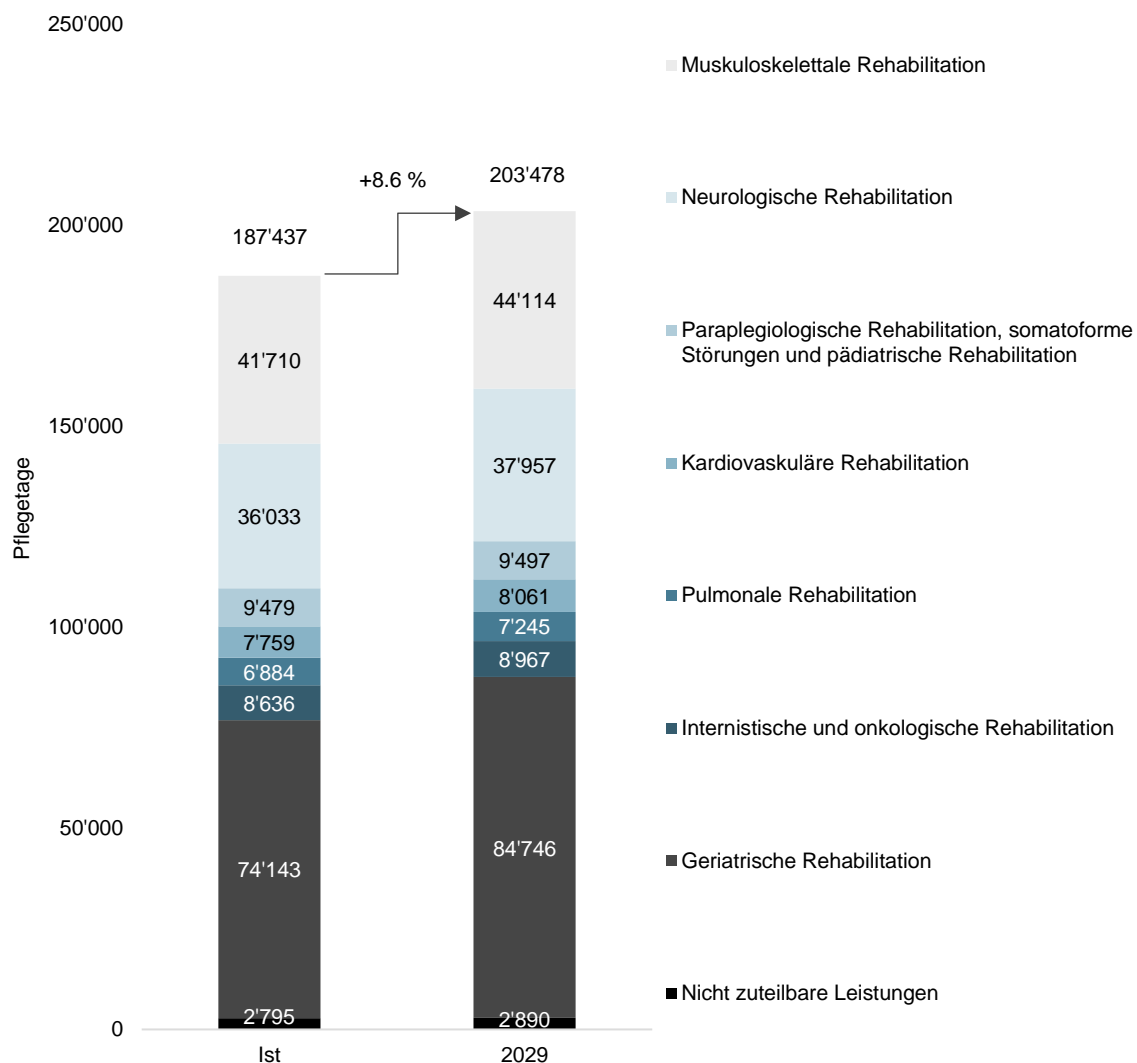


Abbildung Z.2 Entwicklung der Pflergetage über alle Altersgruppen im mittleren Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)³

³ Bei der Bedarfsprognose der Pflergetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Diese Pflergetage sind folglich nicht in der Prognose enthalten.



Fazit und weiteres Vorgehen

In der Rehabilitation ist im Gegensatz zur Psychiatrie die Diskussion, inwiefern eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich in gewissen Fällen medizinisch sinnvoll resp. sogar vorteilhafter wäre, mit den Kliniken in der Region weniger weit fortgeschritten. Um dieses eventuelle Potenzial für zukünftige Planungen besser zu verstehen, soll mit den Kliniken, welche einen Leistungsauftrag auf den gleichlautenden Spitallisten Rehabilitation der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom 1. Januar 2025 erhalten, ein Entwicklungsdiallog in Richtung Ambulantisierung durchgeführt werden.

Die Umsetzung der leistungsorientierten Planung erfolgt deshalb in zwei Schritten:

Schritt 1: Das Bewerbungsverfahren der Spitäler für Leistungsaufträge;

Schritt 2: Der Entwicklungsdiallog.

Der Entwicklungsdiallog in Richtung Ambulantisierung beabsichtigt, das Wissen zur Rehabilitation zu fördern und das Potenzial zur Ambulantisierung zu eruieren. Der Entwicklungsdiallog startet erst nach in Kraft treten der gleichlautenden Spitallisten Rehabilitation vom 1. Januar 2025 der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Der Entwicklungsdiallog kann sowohl in Form von Gesprächen mit einzelnen Spitälern als auch – zwecks Koordination und Kooperation – von Treffen mit allen betroffenen Spitälern umgesetzt werden. Verweigert ein Spital am Entwicklungsdiallog teilzunehmen, kann das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt resp. die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft den Entzug oder einen Teilentzug des Leistungsauftrags auch vor Ablauf der Vertragsdauer der Leistungsvereinbarung prüfen und vornehmen.

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben mit dem Entwicklungsdiallog einen partnerschaftlichen Ansatz gewählt, welcher das Wissen zum Rehabilitationsbedarf ausbaut und somit auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung der GGR sicherstellt.



1 Generelles zur Versorgungsplanung

Mit den am 1. Juli 2021 in Kraft getretenen gleichlautenden Spitallisten in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation gelten für die Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt (GGR) erstmals gleichlautende Spitallisten, welche bikantonal erarbeitet wurden. Dies ermöglicht eine Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen in einem grossen Teil des Jura-Nordbogens⁴, welcher aufgrund der Patientenströme als «integraler Gesundheitsraum» betrachtet werden kann.⁵

Während für die per 1. Juli 2021 in Kraft gesetzten gleichlautenden Spitallisten im Bereich Akutsomatik eine umfassende Bedarfsanalyse und -prognose durchgeführt wurde, folgte in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation die erneute Vergabe der bisherigen Leistungsaufträge, insofern eine Bewerbung vorlag. Mit dem im Dezember 2022 veröffentlichten Versorgungsplanungsbericht der psychiatrischen Versorgung wurde im Bereich Psychiatrie ebenfalls eine umfassende Bedarfsanalyse und -prognose durchgeführt und somit die Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Psychiatrie per 1. Januar 2024 gelegt. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht verfolgt denselben Zweck für die Spitalplanung im Bereich Rehabilitation für gleichlautende Spitallisten der beiden Kantone per 1. Januar 2025. Um die Grössenordnung der einzelnen Bereiche der Spitalplanung abzuschätzen, können die Kantonsanteile für stationäre Spitalbehandlungen⁶ herangezogen werden. Dabei wurden im Jahr 2020 in der GGR 74.7 Prozent für akutsomatische, 14.3 Prozent für psychiatrische und 11.0 Prozent für rehabilitative stationäre Aufenthalte aufgewendet (eigene Berechnung basierend auf Bereich Gesundheitsversorgung Gesundheitsdepartement Basel-Stadt 2022, Angaben Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft).

Die Versorgungsplanung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10) betrifft die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen durch die beiden Kantone. Diese stellen den konkreten Bedarf an Spitalleistungen der Kantonsbevölkerung fest und bezeichnen die Spitäler, welche für die Sicherstellung der Versorgung geeignet und notwendig sind. Was unter einer «Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung» (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) zu verstehen ist, wird durch die einheitlichen Planungskriterien näher bestimmt, welche der Bundesrat gestützt auf Art. 39

⁴ Siehe Kapitel 2.

⁵ Für detailliertere Ausführungen zu den Patientenströmen zwischen 2011 und 2016 sowie der bisherigen Versorgungsplanung in der GGR siehe *Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung* vom 4. September 2019 (Steiner et al. 2019). Detailliertere Informationen zu aktuellen Patientenströmen siehe Kapitel 2.3.1.

⁶ Bei der Interpretation dieser Zahlen gilt es zu beachten, dass für die Zuteilung der Fallzahlen auf die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation eine andere Methodik verwendet wurde als diejenige, welche im vorliegenden Bericht zur Anwendung kommt. Zudem bilden die Zahlen nur den Kantonsanteil der Ausgaben und nicht die Gesamtausgaben in den drei Spitalbereichen ab.



Abs. 2^{ter} KVG erlassen hat. Die Grundzüge der Bedarfsermittlung und -deckung nach KVG sind in Art. 58a bis Art. 58d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) festgelegt. Art. 58f KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) regelt schliesslich die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste.

Der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (BL: SGS 930.001; BS: SG 333.200) führt in § 3 aus, dass «die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht insbesondere das stationäre und ambulante Angebot umfasst». § 7 hält fest, dass der Versorgungsplanungsbericht bikantonal erarbeitet wird und als Grundlage für die Spitallisten dient.

Das Ziel der aktuellen Spitalplanung im Bereich der Rehabilitation ist es, eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich nachhaltig tragbare und zukunftsfähige rehabilitative Versorgung zu ermöglichen. Die Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt gemäss Art. 58d KVV im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens. Die Vorgaben zur Versorgungsplanung sind in Art. 58b Abs. 1 bis Abs. 3 KVV geregelt und legen fest, was im Versorgungsplanungsbericht enthalten sein muss. Diese Vorgaben halten fest, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln, sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen und bei der Bedarfsprognose die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen. Dabei beachten sie auch die Angebote, welche in Einrichtungen beansprucht werden, welche nicht auf den kantonalen Spitallisten sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Der Versorgungsplanungsbericht erfüllt somit die Anforderungen an die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b Abs. 1 bis Abs. 3 KVV mittels einer Bedarfsanalyse und -prognose.⁷ Er berücksichtigt auch die Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022 (GDK 2022a) und die darin enthaltenen Ausführungen u. a. zur Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie die drei Empfehlungen im Bereich Rehabilitation vom 24. November 2022 (GDK 2022b).

Entsprechend stützt sich der vorliegende Bericht bei der Definition der «Rehabilitation» auf die GDK, da dieser Begriff im KVG nicht definiert wird und ein gemeinsames Verständnis der Kantone gefördert werden soll. Dabei kommt die folgende Definition zur Anwendung:

⁷ Eine Analyse der Qualität der erbrachten Leistungen ist nicht Teil der rechtlichen Vorgaben. Dennoch könnte eine Analyse der Qualität der Behandlungen der Wohnbevölkerung der GGR aufschlussreiche Informationen und Erklärungen liefern. Eine Analyse von Qualitätsdaten könnte bspw. Erklärungen liefern, ob eine überdurchschnittliche Versorgung auch zu besseren Ergebnissen führt. Die Analysen im Bericht beziehen sich jeweils auf die Wohnbevölkerung. Qualitätsdaten liegen hingegen häufig (bspw. die Daten des Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [ANQ]) auf Standortebene vor. Da in der Rehabilitation grosse überkantonale Patientenströme vorliegen (siehe Kapitel 2.2.1), ist eine Analyse auf Standortebene nicht sinnvoll.



Rehabilitation umfasst «eine Reihe von Massnahmen, die zum Ziel haben, die Fähigkeiten einer gesundheitlich beeinträchtigten Person zur Interaktion mit ihrer Umwelt zu verbessern und ihre Behinderung im Alltag zu mildern. Vereinfacht ausgedrückt, unterstützt die Rehabilitation Kinder sowie erwachsene oder ältere Menschen dabei, ihren Alltag möglichst unabhängig zu gestalten, so dass sie studieren, arbeiten, ihre Freizeit gestalten und wichtige Lebensaufgaben übernehmen können, wie beispielsweise für das Wohl der Familie zu sorgen. Dazu setzt die Rehabilitation bei den grundlegenden Problemen an (z. B. Schmerzen) und verbessert die Alltagsfähigkeiten, indem sie den Betroffenen hilft, Schwierigkeiten beim Denken, Sehen, Hören, Kommunizieren, Essen oder Bewegen zu überwinden» (GDK 2022c, S. 1).

Allgemein kommt der Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung im vorbestehenden Umfeld in der Rehabilitation grosse Bedeutung zu. Scheint dies im Verlaufe der Therapie nicht erreichbar, gilt es, die Zielsetzung anzupassen. Eine Modifikation im Umfeld kann dabei unterstützen (Hplus 2020). Es sollen möglichst früh Massnahmen ergriffen werden, um die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Kumulative Voraussetzungen für die Durchführung einer Rehabilitation bilden die Rehabilitationsbedürftigkeit⁸, die Rehabilitationsfähigkeit⁹ und das Rehabilitationspotenzial¹⁰ (GDK 2022c, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021).

Gegenstand der vorliegenden Bedarfsplanung ist vornehmlich die stationäre medizinische Rehabilitation der Bevölkerung der GGR, welche spitalbedürftige, weniger mobile Patientinnen und Patienten umfasst, die meist eine hohe Therapieintensität benötigen. Davon zu unterscheiden ist die ambulante medizinische Rehabilitation, welche zwar die gleichen Ziele verfolgt und Behandlungsmethoden anwendet wie die stationäre Rehabilitation, jedoch oft eine geringere Therapieintensität sowie grössere Flexibilität hinsichtlich der Wohnsituation sowie der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten bietet (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021). Gemäss KVG besteht für die Kantone kein Auftrag für die Planung der ambulanten Rehabilitation, jedoch gibt das Kapitel 2 dieses Berichts deskriptiv einen Einblick in das Thema der ambulanten Versorgung. In Kapitel 2 wird zudem der Stand der Versorgung im stationären Bereich aufgezeigt. In Kapitel 3 wird die Nomenklatur, die Fallabgrenzung und -definition sowie das methodische Vorgehen bei der Bedarfsanalyse und -prognose

⁸ «Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verringert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann» (GDK 2022c, S. 1).

⁹ «Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische, kognitive und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Belastbarkeit, Kooperationsfähigkeit und Motivation) die erforderlichen Rehabilitationsmassnahmen zulassen. Zudem liegen bei demenziellen Erkrankungen nur soweit irreversible kognitive Einschränkungen vor, als die therapeutischen Ziele absehbar erreicht werden können» (GDK 2022c, S. 1).

¹⁰ «Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die Patientin oder der Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit» (GDK 2022c, S. 1).



erläutert und in Kapitel 4 werden die Resultate dieser Berechnungen dargestellt. Kapitel 5 ordnet die Ergebnisse ein. Kapitel 6 beschreibt das weitere Verfahren zur Bewerbung. Dabei werden die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und Qualifikation der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags berücksichtigt (siehe Art. 58b Abs. 4 KVV).

Die Vernehmlassung dieses Versorgungsplanungsberichts fand vom 15. Mai bis zum 23. Juni 2023 statt. Mit der Veröffentlichung des definitiven Versorgungsplanungsberichts am 6. September 2023 startet das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitalisten Rehabilitation der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.



2 Rehabilitation in der Gemeinsamen Gesundheitsregion

Die geographische Ausdehnung des Jura-Nordbogens kann als «integraler Gesundheitsraum» für alle Aspekte des Leistungsspektrums sowie für alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen betrachtet werden. Der Jura-Nordbogen bezeichnet die schweizerischen Gebiete der Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, der solothurnischen Bezirke Thierstein und Dorneck sowie des Bezirks Rheinfelden und Teile des Bezirks Laufenburg im Kanton Aargau. Ausgenommen sind die Gebiete des französischen Sundgaus und des deutschen Bundeslands Baden-Württemberg.

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht konzentriert sich auf die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, welche einen wesentlichen Teil des Jura-Nordbogens umfassen. Insgesamt leben rund eine halbe Million Menschen in diesem Gebiet. Knapp 40 Prozent davon sind im Stadtkanton wohnhaft, während sich die restlichen Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Landschaft ansiedeln.

Die beiden Kantone sind politisch sehr unterschiedlich gegliedert. Der Kanton Basel-Stadt besteht aus der Stadt Basel sowie den Gemeinden Riehen und Bettingen. Der Kanton Basel-Landschaft ist politisch in fünf Bezirke mit 86 Gemeinden gegliedert. Entsprechend fallen in den beiden Kantonen die Flächenverteilung sowie die Bevölkerungsdichte sehr unterschiedlich aus.¹¹

2.1 Bevölkerungsentwicklung in den Jahren 2011 bis 2021

In den letzten elf Jahren (2011-2021) ist die Zahl der in der GGR wohnhaften Personen um rund 27'200 Personen (5.9 %) angestiegen. Dabei verzeichnet die Gruppe der über 75-Jährigen mit 18.3 Prozent (rund 8'400 Personen) den deutlichsten Anstieg. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) sowie die Zahl der Personen im Alter zwischen 60 und 74 sind um rund 6'600 (8.8 %) resp. knapp 6'500 (8.6 %) angewachsen. Die beiden Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren sowie zwischen 40 und 59 Jahren sind dagegen um rund 4'200 (3.3 %) resp. 1'500 (1.1 %) unterproportional zur Gesamtentwicklung angestiegen (siehe Abbildung 1). (STATPOP BFS, eigene Berechnungen)

Für den gleichen Zeitraum wird für die Schweiz ein Wachstum von 9.9 Prozent ermittelt. Damit entwickelte sich die Zahl der Menschen in der GGR weniger dynamisch als in der Schweiz. Dies bestätigt sich für alle Altersgruppen ausser für die unter 18-Jährigen. Dort liegt das Wachstum der GGR

¹¹ Für eine detaillierte Betrachtung der geografischen Gegebenheiten der GGR siehe Kapitel 2.1 *Versorgungsplanungsbericht 2022: Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung* (Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft und Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt 2022).

mit 8.8 Prozent leicht über demjenigen der gesamten Schweiz von 7.9 Prozent. (STATPOP BFS, eigene Berechnungen)

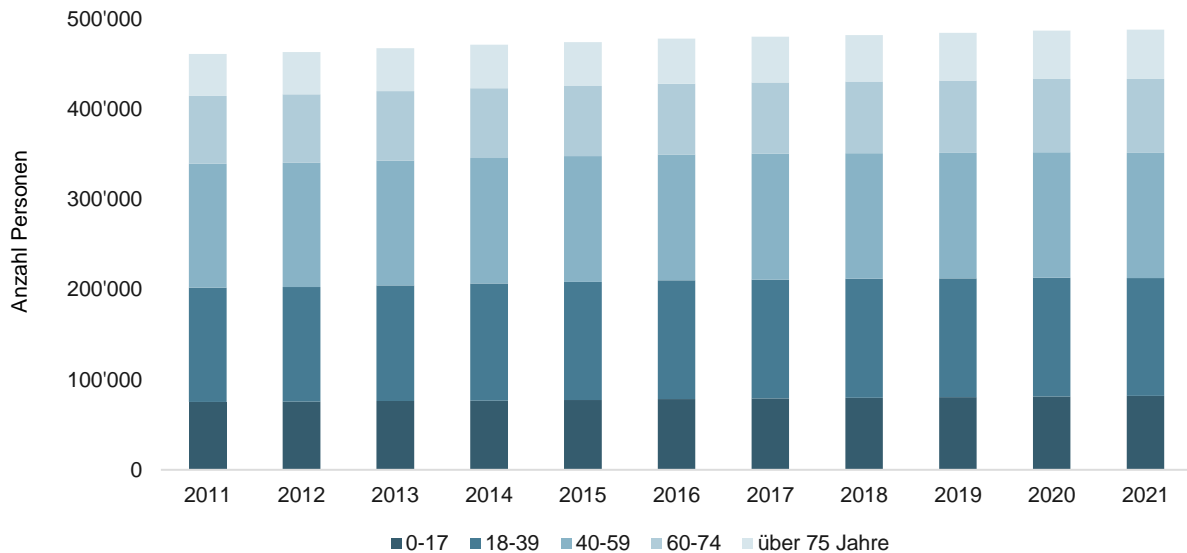


Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur (STATPOP BFS, eigene Darstellung)

2.2 Die Region aus Sicht der Rehabilitation

Neben der deskriptiven Vorstellung der derzeitigen stationären Versorgung in der Rehabilitation werden in diesem Kapitel auch wesentliche Aspekte der ambulanten rehabilitativen Versorgung in der GGR vorgestellt. Die konzeptionelle Vorgehensweise, um diese Berechnungen vorzunehmen, wird in Kapitel 3 erläutert.

2.2.1 Stationäre Inanspruchnahme

Im Jahr 2021 haben 8'382 Fälle (entspricht 185'601 Pflergetagen)¹² von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR eine stationäre rehabilitative Behandlung in einem Spital in Anspruch genommen (siehe Abbildung 2). Über zwei Drittel der Fälle wurden in Spitälern der GGR behandelt (68.4 %), die übrigen 2'651 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt. Im Kalenderjahr 2021 haben mehr als 60 Prozent resp. mehr als 5'000 aller Rehabilitationspatientinnen und

¹² Bei der Berechnung der Pflergetage sind die Pflergetage der Fälle des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) aufgrund der verfügbaren Informationen nicht enthalten. In der Summe der Fälle sind die Fälle des UKBB jedoch enthalten.

-patienten mit Wohnsitz in der GGR (8'382) innerhalb eines Monats nach der stationären akutsomatischen Behandlung eine stationäre rehabilitative Behandlung angetreten (Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik [BFS], eigene Berechnungen).¹³

In den Spitälern in der GGR erfolgten im Jahr 2021 6'471 Austritte von rehabilitativen stationären Fällen. Davon hatten 11.4 Prozent der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz nicht in der GGR. Dies bedeutet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aus der GGR mehr Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen haben, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen in der GGR beansprucht haben. Innerhalb der GGR werden 31.4 Prozent der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft auch in Rehabilitationskliniken des Kantons Basel-Landschaft behandelt. Mit 73.8 Prozent ist der Anteil im Wohnkanton behandelter Patientinnen und Patienten im Kantons Basel-Stadt höher (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen).

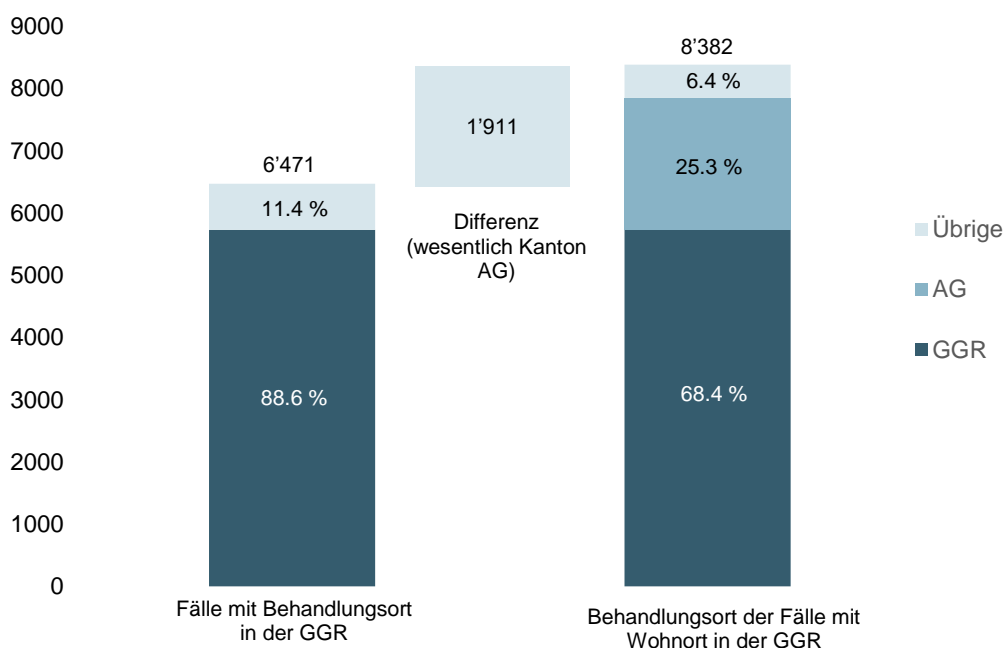


Abbildung 2 Patientenströme stationäre Rehabilitation 2021¹⁴ (Medizinische Statistik BFS, Angaben Universitäts-Kinderhospital beider Basel [UKBB]¹⁵, eigene Darstellung)

Der Grossteil der «ausserkantonalen» Patientinnen und Patienten stammt aus den Kantonen Solothurn (4.7 % aller Fälle mit Behandlungsort GGR) und Aargau (1.8 %). 25.3 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der GGR lassen sich im Kanton Aargau behandeln, weitere 6.4 Prozent in den

¹³ Jahresübergreifende Übertritte werden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt, womit die 60 Prozent als Minimum zu verstehen sind. Die Zahl der jahresüberschreitenden Übertritte dürfte allerdings sehr klein sein. Schweizweit (2019 bis 2021) erfolgen 88 Prozent der Akutsomatik-zu-Rehabilitation-Übertritte am selben Tag und 94 Prozent innerhalb einer Woche, womit die Zahl der jahresübergreifenden Übertritte vermutlich nicht sehr hoch ausfällt (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen).

¹⁴ Die Anteile addieren sich aufgrund von Rundungsdifferenzen teilweise nicht exakt auf 100 Prozent.

¹⁵ Die Angaben zum UKBB wurden vom UKBB zur Verfügung gestellt.



übrigen Schweizer Kantonen. Von den 2'651 ausserkantonal behandelten Patientinnen und Patienten aus der GGR im Jahr 2021 werden 73.8 Prozent in einer Klinik des Jura-Nordbogens¹⁶ behandelt. Der Anteil der ausserhalb des Jura-Nordbogens behandelten Patientinnen und Patienten entspricht im Jahr 2021 8.3 Prozent und liegt deutlich tiefer als der Anteil der ausserkantonal behandelten Patientinnen und Patienten (31.6 %). Der Grund dafür ist, dass es ein paar grosse Rehabilitationskliniken gibt, welche im Jura-Nordbogen, jedoch ausserhalb der GGR liegen. (Medizinische Statistik BFS, Angaben Universitäts-Kinderspital beider Basel [UKBB], eigene Berechnungen).

Seit dem Jahr 2019 ist die Nettoinanspruchnahme der GGR-Fälle gegenüber den Fällen des Kantons Aargau leicht gestiegen, d. h. der Anteil Fälle aus der GGR mit Behandlungsort im Kanton Aargau ist stärker gestiegen als der gegenteilige Patientenstrom. (Medizinische Statistik BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen).

Überdurchschnittliche Anteile von ausserkantonalen Behandlungen (> 31.6 %) ergeben sich für die dunkel eingefärbten Leistungsgruppen¹⁷ in Tabelle 1.

¹⁶ Die Klinik Barmelweid wurde aufgrund ihrer Nähe zum Kanton Basel-Landschaft ebenfalls zum Jura-Nordbogen hinzugezählt, auch wenn diese im Bezirk Aarau liegt.

¹⁷ Weitere Ausführungen zu den Leistungsgruppen finden sich im Kapitel 3.2.

Leistungsgruppe	Anteil ausserkantonale Behandlung	Anzahl Fälle pro Leistungsgruppe
KAR Kardiovaskuläre Rehabilitation	90.6 %	363
SOM Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	90.6 %	32
PNR Pulmonale Rehabilitation	86.8 %	394
NER 3 Multiple Sklerose (Spätphase)	76.0 %	75
NZL Nicht zuteilbare Leistungen	71.8 %	85
INO 2 Onkologisch	65.2 %	253
MSK 2 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen	50.0 %	6
INO 1 Internistisch	48.6 %	210
NER 4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	48.0 %	100
MSK 3 Amputationen	46.7 %	15
PÄD Pädiatrische Rehabilitation	44.4 %	36
MSK 1 Allgemein muskuloskeletal	43.8 %	2'130
NER 1 Allgemein neurologisch	33.9 %	766
NER 5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	33.3 %	15
PAR Paraplegiologische Rehabilitation	21.2 %	156
GER Geriatriische Rehabilitation	7.0 %	3'534
NER 2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	6.6 %	212

Tabelle 1 Anteil ausserkantonale Behandlungen pro Leistungsgruppe, Datenjahr 2021 (Medizinische Statistik BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)¹⁸

Sieben der Leistungsgruppen in Tabelle 1 weisen total Fallzahlen unter 100 auf. Von den restlichen zehn Leistungsgruppen mit 100 und mehr Fällen im Jahr 2021 werden in den drei Leistungsgruppen «Kardiovaskuläre Rehabilitation» (KAR), «Pulmonale Rehabilitation» (PNR) und «Onkologisch» (INO 2) die Mehrheit der Fälle ausserkantonale behandelt. Insbesondere die Klinik Barmelweid (48.5 % in KAR, 75.6 % in PNR, 11.5 % in INO 2), die Reha Rheinfelden (26.1 % in INO 2) und die Clinique Le Noirmont (18.2 % in KAR) nehmen dabei eine wichtige Rolle ein (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen).

¹⁸ Die Zuflüsse in die GGR wurden ebenfalls analysiert. Für das Jahr 2021 gab es lediglich in zwei Leistungsgruppen relativ und absolut gesehen namhafte Zuflüsse. In der Leistungsgruppe «Paraplegiologische Rehabilitation» (PAR) lag der Anteil bei 41 Prozent, was 86 Fällen entspricht. In der Leistungsgruppe «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2) hatte bei 24 Prozent der Fälle die Person den Wohnsitz ausserhalb der GGR, was 61 Fällen entspricht.

Wesentliche Unterschiede der Patientenflüsse ergeben sich zusätzlich unter Berücksichtigung des Alters der Patientinnen und Patienten (siehe Tabelle 2).

Altersgruppen in Jahren	18-39	40-59	60-74	über 75
Anteil Behandlungsort in der GGR	39.6 %	44.4 %	57.5 %	78.3 %
Anteil Behandlungsort im Kanton Aargau	40.2 %	39.1 %	34.8 %	18.4 %

Tabelle 2 Patientenströme nach Alter, Datenjahr 2021 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

Mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten wird die stationäre Rehabilitation eher in Kliniken mit Standort in der GGR durchgeführt. Der Anteil der Kliniken mit Standort im Kanton Aargau an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR beträgt ausser bei den älteren Personen rund 40 Prozent. Diese Anteile sind über die Jahre 2019 bis 2021 stabil (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen).

In Abbildung 3 ist die Altersverteilung der stationären Rehabilitationsfälle dargestellt. Mit über 60 Prozent macht die Altersgruppe über 75 Jahre den grössten Teil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten aus. Etwas mehr als ein Viertel der stationären Rehabilitationsleistungen erhalten Personen zwischen 60 und 74 Jahren. Kinder sowie Erwachsene bis 39 Jahre benötigen hingegen sehr selten eine stationäre Rehabilitation (0.4 % resp. 2.0 %). Der Anteil der 40- bis 59-Jährigen an den Austritten der Rehabilitation beträgt 10.8 Prozent.

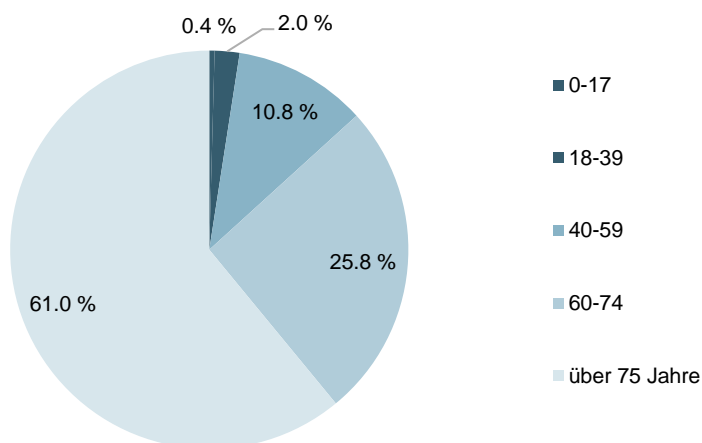


Abbildung 3 Altersverteilung der stationären Rehabilitationsfälle, Wohnbevölkerung GGR, Datenjahr 2021 (Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)

Die Verteilung der Fallzahlen auf die Altersgruppen wirkt sich auch auf den Anteil der Hauptkostenträger aus, da die nicht berufstätige Bevölkerung (insbesondere junge und ältere Menschen) bei Unfällen ebenfalls über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) versichert ist. Der Anteil der Krankenversicherer als Hauptkostenträger der stationären Rehabilitationsleistungen beläuft



sich im Jahr 2021 in der GGR auf 97.3 Prozent der Fälle und 96.0 Prozent der Pflage tage. Die Unfallversicherung tritt in 2.3 Prozent der Fälle und 3.5 Prozent der Pflage tage als Kostenträger für die Wohnbevölkerung in der stationären Rehabilitation auf. Die Pflage tage in diesem Bereich werden insbesondere von der Reha Rheinfelden, der Rehaklinik Bellikon, dem REHAB Basel und dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil erbracht. Über die Invalidenversicherung und Militärversicherung sowie über Selbstzahlerinnen und Selbstzahler werden nur Einzelfälle der stationären Rehabilitation abgerechnet. (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)¹⁹

Hospitalisierungsraten

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen variiert je nach Region in der Schweiz stark. Die Hospitalisierungsraten in der Rehabilitation (Tabelle 3) liegen im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2021 bei 13.2 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020: 12.2), im Kanton Basel-Stadt liegt diese bei 16.9 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020: 15.9).

¹⁹ Die Fälle des UKBB konnten für diese Analysen aufgrund der verfügbaren Informationen nicht berücksichtigt werden.



Wohnkanton	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
JU	18.9	18	17.8	19.6	19.4	18.4	20.2	20.2	21.7	21.1
BS	16.9	15.9	17.7	18.8	20.0	19.7	19.7	19.7	19.9	20.0
GE	16.2	17.3	19.0	20.4	19.9	20.3	21.7	22.3	23.6	21.5
VS	16.1	15.5	15.9	15.5	17.2	17.5	15.0	16.0	16.5	16.9
VD	14.1	13.6	13.8	14.7	17.3	17.0	16.6	15.7	15.9	16.3
BL	13.2	12.2	13.7	13.6	13.3	13.6	13.4	14.2	13.3	13.0
SH	13.2	12.5	12.5	12.3	13.1	13.0	13.3	12.9	11.4	11.9
NE	12.0	12.6	12.9	13.5	14.5	14.4	15.4	16.2	14.7	15.1
TG	11.5	11.6	11.3	11.7	11.6	11.8	11.8	11.5	10.6	11.4
FR	11.0	9.9	10.1	8.3	8.6	11.7	11.8	11.8	11.6	11.9
CH	10.6	10.2	10.7	10.8	11.0	11.2	11.0	11.0	10.9	10.8
AG	10.1	9.3	9.7	9.4	9.0	9.2	8.9	8.8	8.3	8.2
AI	9.1	8.9	7.2	7.4	6.1	7.4	7.1	6.0	5.9	7.4
SO	9.0	8.6	8.8	8.3	8.2	8.5	8.7	8.1	8.1	7.7
GR	8.9	8.3	9.0	8.8	8.5	8.5	8.6	8.9	9.4	9.6
ZH	8.8	8.2	8.5	8.5	8.5	8.9	8.7	8.5	8.2	8.2
BE	8.8	8.7	8.7	8.9	8.9	9.0	8.3	8.3	8.1	8.1
SG	8.8	8.8	8.8	8.7	8.5	8.6	8.2	8.4	7.8	8.4
AR	8.7	8.5	9.1	9.5	8.6	7.7	6.8	7.3	6.6	5.9
GL	8.3	7.4	8.4	8.0	8.2	8.1	8.6	10.0	8.7	11.1
SZ	8.1	8.0	8.6	8.4	8.0	8.0	7.6	7.3	7.1	7.2
ZG	7.7	7.7	7.5	7.8	8.7	8.8	8.3	8.1	7.6	7.7
UR	7.6	7.0	7.1	7.7	6.8	8.3	6.6	6.1	6.8	6.0
LU	7.5	6.7	7.4	6.9	6.5	6.5	6.7	6.9	6.8	6.4
TI	6.7	6.5	7.3	7.1	6.9	6.3	6.0	5.8	6.0	5.7
OW	6.5	5.6	6.2	6.8	6.8	6.7	6.6	5.7	7.2	6.5
NW	6.3	6.4	7.0	7.4	6.4	6.7	5.8	6.2	5.8	6.3

Tabelle 3 Hospitalisierungsrate Rehabilitation in sämtlichen Versorgungsbereichen, standardisierte Rate nach Alter und Geschlecht pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, gemessen in Fällen (Obsan 2022a)

Der schweizerische Durchschnittswert beträgt 10.6 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020: 10.2) und der tiefste schweizerische Wert im Kanton Nidwalden entspricht 6.3 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020: 6.4). Während die Werte für die Schweiz wie auch für den Kanton Basel-Landschaft in den letzten zehn Jahren stabil geblieben sind, ist die Rate des Kantons Basel-Stadt gesunken. Die Hospitalisierungsrate in der GGR ist im Jahr 2021 mit 14.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner die fünfthöchste in der Schweiz (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan] 2022a, STATPOP BFS, eigene Berechnungen). Es stellt sich daher die Frage, welche Ursachen diese regionalen Variationen haben



können. Die Bedarfsanalyse in Kapitel 4 sowie die Einordnung der Ergebnisse in Kapitel 5 werden diese Frage aufnehmen und diskutieren.

Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten aufgrund einer rehabilitativen Behandlung variiert ebenfalls je nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten (siehe Tabelle 4). Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt ist im Jahr 2021 mit 22.2 resp. 22.1 Tagen beinahe gleich lang und liegt unter dem Schweizer Durchschnitt von 23.2 Tagen. Die längste Aufenthaltsdauer verzeichnete im Jahr 2021 der Kanton Tessin mit 26.2 Tagen und die kürzeste der Kanton Freiburg mit 20.0 Tagen. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz seit dem Jahr 2012 weitgehend konstant ist, ist diese in der GGR von 25.1 Tagen im Jahr 2012 auf 22.2 Tage im Jahr 2021 gesunken (Obsan 2022b, STATPOP BFS, eigene Berechnungen).



Wohnkanton	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
TI	26.2	26.0	26.1	26.8	26.7	26.8	28.4	27.6	28.0	28.2
AG	25.6	26.0	25.8	26.1	26.1	25.2	25.2	25.7	26.0	25.5
ZH	25.4	25.4	24.8	23.9	23.9	23.6	24	23.7	23.4	23.7
NW	25.2	25.2	25.2	22.9	23.1	24.0	24.7	22.9	20.7	20.5
GE	25.0	29.3	28.9	29.5	29.6	32.4	32.1	32.9	32.5	34.1
LU	24.7	25.3	25.0	26.1	24.6	25.4	24.9	23.6	24.2	23.9
ZG	24.3	24.3	24.2	24.2	23.5	24.0	23.6	22.5	25.1	22.8
SG	24.3	24.4	24.8	24.9	25.0	24.7	24.1	23.7	22.9	24.0
SO	23.8	24.2	23.9	23.6	23.9	23.6	23.4	23.2	24.7	23.7
GL	23.6	23.8	24.0	24.1	25.1	23.3	24.7	22.9	23.0	22.4
AI	23.5	23.2	27.7	23.8	24.0	26.3	23.0	21.5	19.3	22.6
TG	23.4	23.8	23.9	23.7	23.4	23.3	23.1	22.5	20.9	21.4
CH	23.2	23.7	23.8	23.7	23.4	23.5	23.7	24.0	24.2	24.3
UR	23.1	23.2	25.0	23.5	23.7	21.4	24.8	21.1	22.2	22.8
GR	23.1	22.8	21.8	21.6	21.5	21.5	20.1	20.5	20.2	19.9
SZ	22.9	23.9	23.1	22.8	23.0	23.9	24.2	23.8	23.3	23.1
OW	22.8	26.0	23.6	24.7	22.1	21.8	21.9	23.6	22.7	24.2
SH	22.3	23.0	21.8	23.3	23.0	22.9	21.8	22.0	22.9	21.8
BL	22.2	21.5	21.7	21.9	22.0	21.6	21.7	23.1	24.1	24.9
AR	22.2	23.3	22.4	23.9	24.6	24.3	23.8	22.6	23.0	26.6
BS	22.1	22.0	22.6	23.5	23.5	23.4	23.2	23.4	25.9	25.4
BE	21.7	21.7	21.8	20.8	21.1	21.1	21.7	21.3	21.8	22.1
NE	21.4	21.3	22.1	20.6	19.9	20.0	19.4	20.0	19.0	19.4
JU	21.3	23.9	25.8	25.6	27.3	24.7	24.8	24.5	24.3	21.2
VS	20.8	21.7	21.6	22.3	21.8	21.7	23.4	24.8	25.7	25.8
VD	20.7	20.9	21.5	20.8	19.4	19.8	19.5	20.2	20.1	20.1
FR	20.0	19.9	20.8	21.1	22.0	20.2	20.6	22.0	21.4	22.1

Tabelle 4 Durchschnittliche Dauer der rehabilitativen Spitalaufenthalte in Tagen nach Wohnkanton (Obsan 2022b)

Weitere Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der mittleren Aufenthaltsdauer zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen²⁰, welche in Tabelle 5 dargestellt sind. Die höchsten Fallzahlen und Anzahl Pflgetage finden sich in den Leistungsgruppen «Geriatrische Rehabilitation» (GER) und «Allgemein muskuloskeletal» (MSK 1). Diese Leistungsgruppen weisen folglich auch die höchsten Hospitalisierungsraten auf. Die höchste durchschnittliche Aufenthaltsdauer weisen u. a. Leistungsgruppen mit eher tiefen Fallzahlen auf (z. B. MSK 2, NER 5). In diesen Leistungsgruppen schwankt die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen den Jahren aufgrund der kleinen Fallzahl verhältnismässig

²⁰ Weitere Ausführungen zu den Leistungsgruppen finden sich im Kapitel 3.2.

stark. Weitere Leistungsgruppen mit hohen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern sind «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2), «Paraplegiologische Rehabilitation» (PAR) und «Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen» (SOM).

Leistungsgruppen	Fallzahlen		Pflegetage		Hospitalisierungsrate		Mittlere Aufenthaltsdauer	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
MSK 1	2'220	2'130	42'673	39'393	4.6	4.4	19.2	18.5
MSK 2	13	6	520	165	0.0	0.0	40.0	27.5
MSK 3	7	15	188	481	0.0	0.0	26.9	32.1
NER 1	844	766	24'898	23'977	1.7	1.6	29.5	31.3
NER 2	110	212	5'497	8'152	0.2	0.4	50.0	38.5
NER 3	72	75	1'735	1'930	0.1	0.2	24.1	25.7
NER 4	75	100	1'872	2'432	0.2	0.2	25.0	24.3
NER 5	6	15	730	842	0.0	0.0	121.7	56.1
PAR	135	156	6'494	8'853	0.3	0.3	48.1	56.8
KAR	430	363	8'337	7'180	0.9	0.7	19.4	19.8
PNR	301	394	6'038	7'730	0.6	0.8	20.1	19.6
INO 1	191	210	3'919	4'116	0.4	0.4	20.5	19.6
INO 2	284	253	5'034	4'202	0.6	0.5	17.7	16.6
SOM	44	32	1'475	1'140	0.1	0.1	33.5	35.6
GER	3'702	3'534	76'114	72'172	7.6	7.2	20.6	20.4
NZL	127	85	3'392	2'198	0.3	0.2	26.7	25.9

Tabelle 5 Fallzahlen, Pflegetage, Hospitalisierungsrate und mittlere Aufenthaltsdauer der Wohnbevölkerung GGR (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)²¹

Angesichts der relativ hohen Anzahl Fälle der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) wird nachfolgend analysiert, aufgrund welcher medizinischer Ursachen Personen dieser Leistungsgruppe eine rehabilitative Behandlung benötigen.²² Über die Hälfte der 3'534 geriatrischen Fälle werden beim Verzicht²³ auf die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) in die Leistungsgruppe «Allgemein muskuloskelettal» (MSK 1; 50.7 %) eingeteilt. Knapp ein Fünftel (18.4 %) fällt in die Leistungsgruppe «Internistische Rehabilitation» (INO 1) und jeweils knapp ein Zehntel in die Leistungsgruppen «Kardiovaskuläre Rehabilitation» (KAR; 9.4 %) und «Pulmonale Rehabilitation»

²¹ Die «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) wurde in der Tabelle weggelassen, da nicht für alle Fälle alle Informationen vorliegen. Es werden ausschliesslich die Jahre 2019 und 2021 dargestellt, da das Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie nur beschränkt sinnvoll zu interpretieren ist und im Jahr 2020 die Zuordnung auf die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) nur eingeschränkt möglich war (siehe auch Kapitel 3.3.1 und 3.4.1).

²² Die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) wäre analog auswertbar. Da diese mengenmässig aber eine relativ kleine Fallanzahl aufweist, wird auf eine genauere Analyse verzichtet.

²³ Die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) wird basierend auf dem CHOP-Code BA.8 eingeteilt und übersteuert damit die Einteilung in eine andere Leistungsgruppe. Um die Zusammensetzung der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) zu veranschaulichen, wird auf diese Übersteuerung verzichtet. Weitere Informationen zur Nomenklatur befinden sich im Kapitel 3.2.

(PNR; 8.0 %). Die verbleibenden zehn Prozent teilen sich auf die Leistungsgruppen «Onkologisch» (INO 2; 5.5 %) und «Allgemein neurologische Rehabilitation» (NER 1; 4.1 %) auf. Die absoluten Fallzahl-Veränderungen durch Hinzunahme bzw. Weglassen der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) sind in der Tabelle A.1 im Anhang dargestellt. (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

Tabelle 6 stellt die Anzahl der Fälle der GGR Wohnbevölkerung, welche eine überwachungspflichtige Rehabilitation benötigt haben, pro Leistungsgruppe dar. Es werden jedoch nur die Leistungsgruppen dargestellt, in welchen es mindestens fünf solche Fälle pro Jahr gab. Von den 16 Leistungsgruppen gab es in vier Leistungsgruppen mehr als fünf überwachungspflichtige Fälle. Die höchste Anzahl überwachungspflichtiger Fälle weist die Leistungsgruppe «Pulmonale Rehabilitation» (PNR) auf, gefolgt von den Leistungsgruppen «Allgemein neurologische Rehabilitation» (NER 1), «Neurologische Rehabilitation mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2) und «Paraplegologische Rehabilitation» (PAR). Gesamthaft handelt es sich im Jahr 2021 um 75 Fälle.

Leistungsgruppe mit mindestens fünf Fällen pro Jahr	Anzahl überwachungspflichtige Fälle		Anteil an Gesamtfällen	
	2019	2021	2019	2021
NER 1	11	17	1.3 %	2.2 %
NER 2	14	17	12.7 %	8.0 %
PAR	10	8	7.4 %	5.1 %
PNR	25	21	8.3 %	5.3 %
Total	72	75	0.8 %	0.9 %

Tabelle 6 Anzahl überwachungspflichtige Fälle und Anteil dieser Fälle pro Leistungsgruppe für die Wohnbevölkerung GGR²⁴ (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

2.2.2 Stationäres Versorgungsangebot

Mit Standort in der GGR gab es im Jahr 2021 sechs Spitäler, welche rehabilitative Fälle behandeln haben. Diese befinden sich alle auf der *Spitalliste Rehabilitation* vom 1. Juli 2021. Ebenfalls einen Leistungsauftrag gemäss der *Spitalliste Rehabilitation* haben drei Kliniken mit Standort im Kanton Aargau sowie zwei mit Standort im Kanton Jura. Abbildung 4 zeigt eine Karte dieser elf²⁵ Spitäler. Die restlichen Kliniken, welche in der GGR wohnhafte Patientinnen und Patienten behandelten, verteilen sich auf zwölf weitere Kantone.

²⁴ Das Total entspricht allen Leistungsgruppen ausser der Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD), da für diese nicht für alle Fälle die nötigen Informationen vorlagen. Es werden ausschliesslich die Jahre 2019 und 2021 dargestellt, da das Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie nur beschränkt sinnvoll zu interpretieren ist und im Jahr 2020 die Zuordnung auf die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) nur eingeschränkt möglich war (siehe auch Kapitel 3.3.1 und 3.4.1).

²⁵ Die Klinik ZurzachCare am St. Claraspital ist von dieser Betrachtung ausgenommen, da diese erst seit dem 01.01.2022 über einen Leistungsauftrag verfügt.

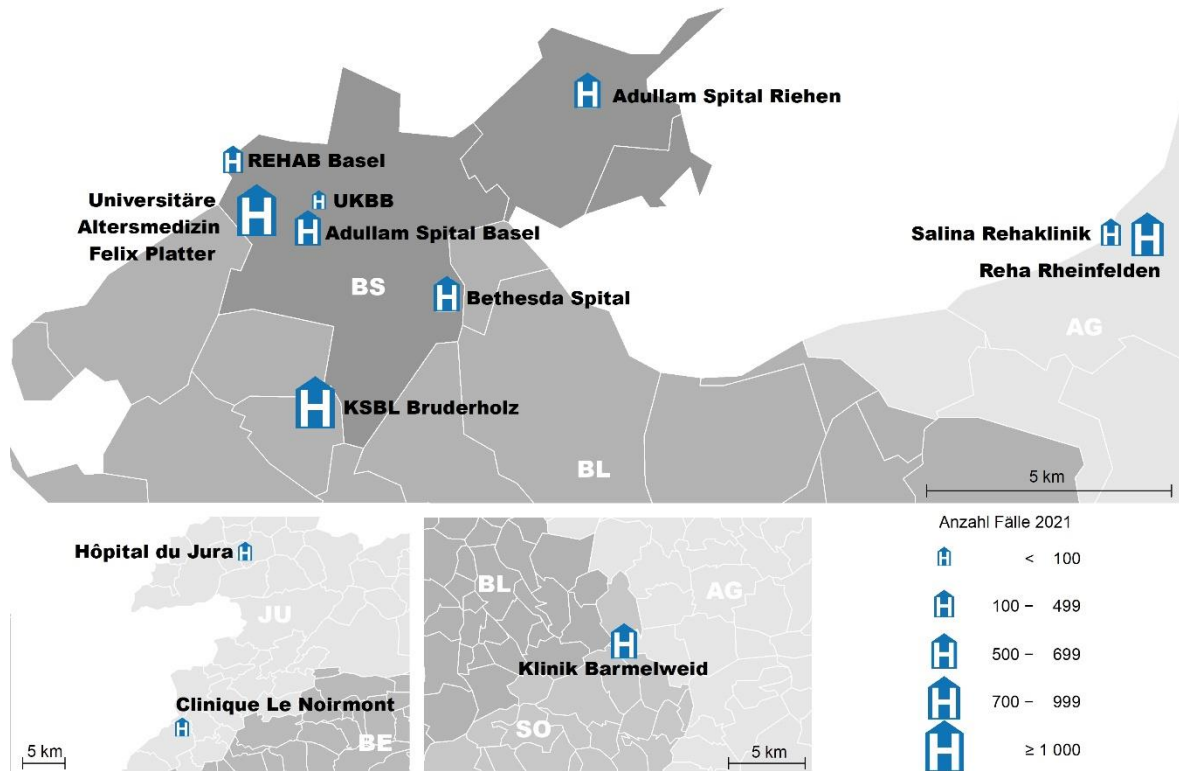


Abbildung 4 Übersicht der Spitäler mit Leistungsauftrag zu stationären rehabilitativen Behandlungen in der GGR im Jahr 2021, Darstellung der Fälle mit Wohnsitz in der GGR (Darstellung Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt 2023)

Der hohe Anteil an geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation (siehe Abbildung 3) spiegelt sich entsprechend in den Marktanteilen der Spitäler wider. Für die stationäre rehabilitative Versorgung der Wohnbevölkerung der GGR tragen mit einem Anteil von 22.8 Prozent die Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP) und das Kantonsspital Baselland (KSBL) mit 19.0 Prozent bei. Die Marktanteile des Adullam-Spitals sowie der Reha Rheinfelden betragen jeweils rund 15 resp. zwölf Prozent. Die 8'382 Fälle resp. 185'601²⁶ Pflergetage mit Wohnsitz in der GGR im Jahr 2021 wurden in den folgenden Spitälern behandelt (siehe Tabelle 7).

²⁶ Die Pflergetage der Fälle des UKBB sind aufgrund der verfügbaren Informationen nicht enthalten.

Spitäler mit stationären rehabilitativen Behandlungen Wohnbevölkerung der GGR, mit einem Marktanteil > 1 % (Fälle)		Anteil der Fälle	Anteil der Pfl egetage²⁷
Basel-Land-schaft	Kantonsspital Baselland	19.0 %	16.4 %
Basel-Stadt	Adullam Spital	14.6 %	13.4 %
	Bethesda Spital	8.2 %	6.0 %
	REHAB Basel	3.5 %	10.0 %
	Universitäre Altersmedizin Felix Platter	22.8 %	21.2 %
Aargau	Klinik Barmelweid	6.8 %	6.1 %
	Reha Rheinfelden	11.6 %	13.6 %
	Salina Rehaklinik	4.9 %	4.0 %
Jura	Clinique Le Noirmont	1.0 %	0.9 %
Übrige Schweiz		7.6 %	8.4 %

Tabelle 7 Anteil der Spitäler an den rehabilitativen Behandlungen der Wohnbevölkerung GGR, Datenjahr 2021 (Medizinische Statistik BFS, Angaben UKBB²⁸, eigene Berechnungen)

Die 6'471 Fälle resp. 149'836²⁹ Pfl egetage mit Behandlungsort in der GGR im Jahr 2021 wurden in den Spitälern, welche in Tabelle 8 dargestellt sind, behandelt.

Spitäler mit stationären rehabilitativen Behandlungen Standort in der GGR		Anteil der Fälle	Anteil der Pfl egetage³⁰
Basel-Land-schaft	Kantonsspital Baselland	27.8 %	22.8 %
Basel-Stadt	Adullam Spital	20.0 %	17.7 %
	Bethesda Spital	11.8 %	8.2 %
	REHAB Basel	8.0 %	23.0 %
	Universitäre Altersmedizin Felix Platter	31.8 %	28.3 %
	Universitäts-Kinderspital beider Basel	0.4 %	k. A.

Tabelle 8 Anteil der Spitäler an den rehabilitativen Behandlungen mit Behandlungsort GGR, Datenjahr 2021 (Medizinische Statistik BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)

²⁷ Für die Pfl egetage konnte das UKBB nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen.

²⁸ Das UKBB wurde in der Berechnung der Fälle berücksichtigt, ist jedoch nicht in der Tabelle aufgeführt, da der Marktanteil unter einem Prozent liegt.

²⁹ Die Pfl egetage der Fälle des UKBB sind aufgrund der verfügbaren Informationen nicht enthalten.

³⁰ Für die Pfl egetage konnte das UKBB nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen.



2.2.3 Ambulante Inanspruchnahme

In der Rehabilitation bestehen neben den ärztlichen Leistungen insbesondere Leistungen im Bereich der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie. Die ärztlichen Leistungen sind im ambulanten Bereich schwer abgrenzbar, da es zwar einen Facharzttitel «Physikalische Medizin und Rehabilitation» gibt, aber auch viele andere Facharzttrichtungen Leistungen für die ambulante Rehabilitation erbringen. Von den drei oben genannten, nicht ärztlichen Bereichen ist der Umfang der Bruttokosten OKP in der Physiotherapie mit CHF 1.3 Mrd. im Jahr 2021 (Obsan 2023) bedeutend grösser als in den zwei weiteren Bereichen Ergotherapie (CHF 163 Mio.) und Logopädie (CHF 8 Mio.) (SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan 2023)³¹.

Im Folgenden wird deshalb eine Analyse der ambulanten Inanspruchnahme der Physiotherapie der Wohnbevölkerung der GGR sowie der restlichen Schweiz dargestellt. Hierbei gilt es anzumerken, dass die Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung eine Approximation darstellt.³² Zudem wird hier darauf verwiesen, dass die ambulante Rehabilitation mehr als die Physiotherapie umfasst. Die Analyse der Physiotherapie stellt lediglich eine Approximation des ambulanten Rehabilitationsvolumens dar, welche aufgrund der oben beschriebenen Restriktionen als Annäherung an das tatsächliche ambulante Rehabilitationsvolumen verwendet wird.

Tabelle 9 bildet die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen³³ im Verhältnis zur ständigen Wohnbevölkerung ab. In der GGR wurden im Jahr 2021 196.1 Taxpunkte pro wohnhafte Person in Anspruch genommen, in der übrigen Schweiz lag dieser Wert bei 149.5. Es werden sowohl in der GGR als auch in der übrigen Schweiz mehr Leistungen in Praxen als im spitalambulanten Bereich in Anspruch genommen. Generell lässt sich zwischen den Jahren 2019 und 2021 eine Zunahme der Leistungen im praxisambulanten Bereich und ein Rückgang der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen im spitalambulanten Bereich feststellen.

³¹ Die Analyse wurde vom Obsan zur Verfügung gestellt.

³² Im ambulanten Bereich stehen die Daten zu den Taxpunkten, welche als Messgrösse der Inanspruchnahme betrachtet werden können, für die Wohnbevölkerung der einzelnen Kantone nur approximativ zur Verfügung. Die Bruttoleistungen gemessen in Schweizer Franken hingegen können nur beschränkt als Messgrösse für die Inanspruchnahme herangezogen werden, da diese nicht nur von der Inanspruchnahme, d. h. den Taxpunkten, sondern auch von der Höhe der Taxpunktwerte abhängen, welche u. a. je Kanton variieren.

³³ Es handelt sich bei der betrachteten Leistungsmenge um die Summe der fakturierten Leistungen zulasten der Krankenversicherer. «Fakturiert» bedeutet in diesem Zusammenhang «Erfassung beim Rechnungseingang». Demzufolge kann es in seltenen Fällen vorkommen, dass die Versicherer nicht alle Leistungen effektiv über die OKP abrechnen. Zudem sind Fälle, welche nicht über die OKP abgerechnet werden, sondern bspw. über die Suva, nicht enthalten.



Standortregion	Inanspruchnahme durch	Leistungsinanspruchnahme					
		2019			2021		
		Praxen	Spitäler	Total	Praxen	Spitäler	Total
GGR	GGR	150.4	21.7	172.2	168.3	19.4	187.7
	Übrige Schweiz	0.6	0.1	0.7	0.6	0.1	0.7
Übrige Schweiz	GGR	4.2	2.7	6.9	5.4	3.0	8.4
	Übrige Schweiz	120.2	12.9	133.1	137.0	11.8	148.8
Total	GGR	154.6	24.4	179.0	173.7	22.4	196.1
	Übrige Schweiz	120.8	13.0	133.8	137.6	11.9	149.5

Tabelle 9 Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen, ausgedrückt in Taxpunkten im Verhältnis zur ständigen Wohnbevölkerung³⁴ (SASIS AG, STATPOP BFS, Berechnungen durch BSS und eigene Berechnungen)

³⁴ Für die übrige Schweiz wurde ein gewichteter Durchschnitt aller Kantone zur Berechnung der Taxpunktwerte verwendet. Das Jahr 2020 wurde nicht dargestellt, da es aufgrund der COVID-19-Pandemie als wenig aussagekräftig erachtet wurde.

3 Konzeptionelles Vorgehen

Das Kapitel 3 erläutert das konzeptionelle Vorgehen betreffend Fallabgrenzung, Nomenklatur und Erstellung der Bedarfsanalyse und -prognose. Das Kapitel 3.1 beschreibt die für die Berechnungen berücksichtigten Fälle. Das darauffolgende Kapitel 3.2 erläutert die Einteilung der betrachteten Fälle, d. h. die Nomenklatur. Anschliessend wird die Methode der Berechnung der Bedarfsanalyse (Kapitel 3.3) und die Methode der Bedarfsprognose (Kapitel 3.4) beschrieben. Die Ergebnisse dieser Analysen (siehe Kapitel 4) dienen als Grundlage für die Erteilung der kantonalen Leistungsaufträge.

3.1 Fallabgrenzung/-definition

In Kapitel 2 und 4 werden die rehabilitativen Leistungen anhand von stationären Fällen und Pflegetagen quantifiziert. Zur Abgrenzung der rehabilitativen Fälle gegenüber Fällen der Akutsomatik und der Psychiatrie wurde die Leistungsgruppensystematik der stationären Rehabilitation der Kantone Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt (SPLG Rehabilitation NWCH) vom 19. Mai 2022 (siehe Kapitel 3.2) verwendet (Kantone Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt 2022).

In Anlehnung an die Vorgehensweise des Obsan werden nur Fälle berücksichtigt, welche im entsprechenden Jahr austreten.³⁵ Um Fälle gegenüber der Akutsomatik und der Psychiatrie abzugrenzen, wurden die Variablen Hauptkostenstelle, Krankenhaustypologie, Abrechnungstarife der Medizinischen Statistik sowie spital- und standortspezifische Anpassungen des Obsan herangezogen. Grundsätzlich wurde die Abgrenzungslogik des Obsan³⁶ verwendet. Als einzige Ausnahme wurden zusätzlich Fälle mit psychiatrischen Abrechnungstarifen herausgefiltert.³⁷ Sofern nichts anderes vermerkt ist, kommt diese Abgrenzung bei jeglichen nachfolgenden Analysen zur Anwendung.

Die Fälle des UKBB können mittels der oben beschriebenen Methode nicht aus der Medizinischen Statistik herausgelesen werden, da das UKBB alle Fälle über SwissDRG abrechnet und somit die in diesem Fall entscheidende Filtervariable keine Aufschlüsselung ermöglicht. Die Daten wurden folglich direkt beim UKBB bezogen. Da die Daten vom UKBB jedoch weniger Informationen enthalten

³⁵ Dies gilt für alle Auswertungen, sofern nicht anders definiert. Es werden diejenigen stationären Behandlungen gezählt, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind (unabhängig vom Eintritt). Patientinnen und Patienten, welche im entsprechenden Datenjahr eintreten, aber erst im darauffolgenden Datenjahr austreten, werden zum nächsten Datenjahr gezählt. Im Gegensatz zur Akutsomatik und zur Psychiatrie, bei welchen es bei einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen zu einer Fallzusammenführung kommt, ist dies bei der Rehabilitation erst mit der Einführung von ST Reha der Fall. Da aktuell jedoch nur die Daten vor der Einführung von ST Reha vorliegen, gibt es keine Fallzusammenführungen. Fälle, welche mehr als ein Jahr in einer rehabilitativen Behandlung waren, gab es in der GGR in den Jahren 2019 bis 2021 sowohl bei Betrachtung des Wohnkantons als auch bei der Betrachtung des Standortkantons weniger als fünf.

³⁶ Mehr Informationen zur Abgrenzung des Obsan unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS> (abgerufen am 04.01.2023).

³⁷ Dieser zusätzliche Filter hat keine grossen Auswirkungen. Lediglich im Jahr 2021 wurden dadurch zwei Fälle anstelle der Rehabilitation der Psychiatrie zugeordnet.

als die Daten in der Medizinischen Statistik, konnten diese nicht in allen Auswertungen berücksichtigt werden.

3.2 Nomenklatur

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verwenden als Nomenklatur die SPLG Rehabilitation NWCH, welche von den Kantonen Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt ausgearbeitet wurde, da es keine schweizweit einheitliche Nomenklatur gibt. Die Nomenklatur ist kompatibel mit den Empfehlungen der GDK zur Musterplanungssystematik (GDK 2022d), was eine gewisse Vergleichbarkeit mit anderen Kantonen ermöglicht. Die Nomenklatur ist in neun Leistungsbereiche und 16 Leistungsgruppen aufgeteilt, was in Tabelle 10 dargestellt ist.

Leistungsbereich	Leistungsgruppe
Muskuloskeletale Rehabilitation	MSK 1 Allgemein muskuloskelettal
	MSK 2 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen
	MSK 3 Amputationen
Neurologische Rehabilitation	NER 1 Allgemein neurologisch
	NER 2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	NER 3 Multiple Sklerose (Spätphase)
	NER 4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	NER 5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
Paraplegiologische Rehabilitation	PAR Paraplegiologische Rehabilitation
Kardiovaskuläre Rehabilitation	KAR Kardiovaskuläre Rehabilitation
Pulmonale Rehabilitation	PNR Pulmonale Rehabilitation
Internistische und onkologische Rehabilitation	INO 1 Internistisch
	INO 2 Onkologisch
Somatoforme Störungen	SOM Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen
Geriatrische Rehabilitation	GER Geriatrische Rehabilitation ³⁸
Pädiatrische Rehabilitation	PÄD Pädiatrische Rehabilitation ³⁹
Querschnittsbereich: Überwachungspflichtige Rehabilitation	

Tabelle 10 Leistungsbereiche und -gruppen gemäss der SPLG Rehabilitation NWCH vom 19. Mai 2022

Inhaltliche Beschreibungen der Leistungsgruppen sowie qualitative Anforderungen für die Vergabe der Leistungsaufträge finden sich im Dokument *Erläuterungen und Anforderungen SPLG NWCH*

³⁸ Diese Leistungsgruppe wird basierend auf dem CHOP-Code BA8 eingeteilt.

³⁹ Die Einteilung in diese Leistungsgruppe erfolgt bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, d. h. bis ein Tag vor dem 18. Geburtstag der jeweiligen Person.



vom 19. Mai 2022. Zudem besteht mit der überwachungspflichtigen Rehabilitation ein Querschnittsbereich. Dieser kann nur in Kombination mit einem Leistungsbereich bzw. mehreren Leistungsbereichen und einer Leistungsgruppe bzw. mehreren Leistungsgruppen erteilt werden.

Die SPLG Rehabilitation NWCH basiert auf einer leicht angepassten Version des «SPLG-Grouper SPL2023» der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Abweichungen treten insofern auf, als dass in der Nordwestschweizer Systematik ein eigener Leistungsbereich für die paraplegiologische Rehabilitation (PAR) besteht und die Querschnittsbereiche geriatrische und pädiatrische Rehabilitation (GER, PÄD) als Leistungsbereiche bzw. -gruppen aufgeführt werden.

In der Operationalisierung kommt aufgrund der hohen Kompatibilität der Zürcher Grouper zur Anwendung. Da einige Fälle in der Medizinischen Statistik zu wenig eindeutige Behandlungen und Diagnosen aufweisen, können diese daher keiner Leistungsgruppe zugeordnet werden. Diese Fälle werden deshalb unter «Nicht zuteilbare Leistungen» (NZL) eingeordnet.⁴⁰

3.3 Methode Bedarfsanalyse

Die Methode der Bedarfsanalyse orientiert sich grundsätzlich am Vorgehen des *Versorgungsplanungsberichts 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung* (Steiner et al. 2019). Nachfolgend wird eine kurze Einführung in die Methode dargelegt. Für eine ausführliche Beschreibung können die Kapitel 3.1 und 3.2 des entsprechenden Versorgungsplanungsberichts 2019 (Steiner et al. 2019) hinzugezogen werden.

Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Aufgrund der deskriptiven Statistiken in Kapitel 2.2 muss in der Region von einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme gegenüber dem schweizerischen Durchschnitt ausgegangen werden. Eine nachfrageseitige Begründung einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Region demographische Eigenschaften aufweisen, die sich von anderen Regionen unterscheiden. Eine mögliche angebotsseitige Erklärung ist die Grösse des Angebots. Hier wird die Annahme zugrunde gelegt, dass ein grösseres Angebot stärker genutzt wird, d. h. zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führt. Im Gegensatz zur Bedarfsanalyse in der Akutsomatik und der Psychiatrie ist diese Argumentation bei der Bedarfsanalyse in der Rehabilitation nur beschränkt möglich. Viele rehabilitative Fälle entstehen durch eine Überweisung aus einem anderen medizinischen Versorgungsbereich, womit die Fallzahlen der Re-

⁴⁰ Die Kategorie «Nicht zuteilbare Leistungen» (NZL) ist nicht Teil der offiziellen Nomenklatur und wird daher in der Tabelle 10 nicht ausgewiesen. In den Analysen wird die Kategorie dargestellt, um transparent aufzeigen zu können, wie viele Fälle nicht zugeordnet werden können.



habilitation von den Angeboten in anderen Versorgungsbereichen abhängen. Somit kann bei Betrachtung der Fallzahl die angebotsinduzierte Nachfrage nur teilweise als Begründung hinzugezogen werden. Bei der Aufenthaltsdauer ist eine Einflussnahme nicht auszuschliessen, jedoch ebenfalls erschwert, da die Krankenversicherer in jedem Einzelfall eine Kostengutsprache sowie Verlängerung der Kostengutsprache erteilen müssen. Um schliesslich unterscheiden zu können, ob eine Abweichung aus nachfrage- oder angebotsseitigen Unterschieden resultiert, wird in der Berechnung für nachfrageseitige Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Haushaltsgrösse) kontrolliert. Die verbleibende Abweichung kann im Fall der Regression auf Pfl egetage allenfalls teilweise als Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden.

3.3.1 Berechnungsmethode

Um den um die nachfrageseitigen Faktoren korrigierten Versorgungsbedarf zu schätzen, wird eine Regression gerechnet. Die zu erklärende Variable (abhängige Variable) stellt die Leistungsmenge dar, welche einerseits in der Anzahl stationärer Fälle und andererseits in der Anzahl Pfl egetage gemessen wird. Damit sind die zu erklärenden Variablen sogenannte «Zählvariablen», was das Nutzen einer Poisson-Regression vorteilhaft macht. Gegenüber der Methode der kleinsten Quadrate hat diese den Vorteil, dass negative Vorhersagewerte vermieden werden können.

Als erklärende Variablen wurden vier Gruppen von Variablen berücksichtigt: Demographische Variablen, sozioökonomische Variablen, Variablen zur Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen und eine Variable zur Sprachregion. Die ersten beiden Gruppen von Variablen wurden bereits in der akutsomatischen Bedarfsanalyse verwendet.⁴¹ Es ist davon auszugehen, dass diese Variablen auch im Bereich der Rehabilitation eine Rolle spielen können (mehr zu den Kontrollvariablen in Kapitel 3.3.2).

In Abbildung 5 wird das Modell der Bedarfsanalyse visualisiert. In rechteckigen Formen befinden sich die beobachtbaren Variablen. Ganz links befinden sich die potenziellen Kontrollvariablen (Demographie, Soziodemographie etc.). Aus der Schätzung der Regression ergibt sich für jede berücksichtigte Kontrollvariable ein Parameter. Mittels dieser Parameter lässt sich die erwartete Anzahl Fälle schätzen. Die runden Formen im Modell stellen folglich die durch die Berechnung erhaltenen Grössen dar. Die Differenz aus der beobachteten Anzahl Fälle (rechteckige Form) und der erwarteten Anzahl Fälle (runde Form) ergibt die «Unerklärte Differenz». Je nach Spezifikation (siehe Kapitel 3.3.2) wird eine unterschiedliche Anzahl Variablen berücksichtigt.

⁴¹ Für eine detaillierte Begründung der Relevanz dieser Variablen siehe Steiner et al. (2019), Kapitel 3.1.

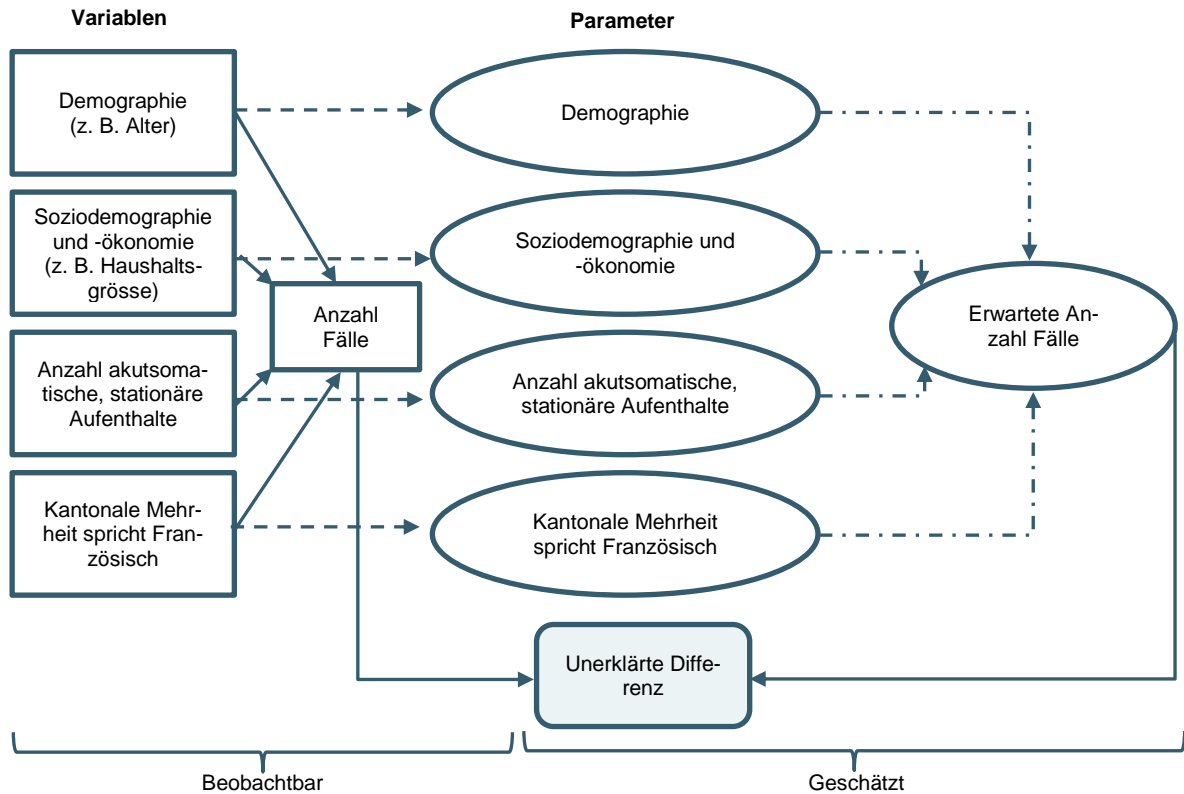


Abbildung 5 Modell der Bedarfsanalyse (eigene Darstellung)

Aus methodischer Sicht gibt es Kontrollvariablen, deren Verwendung problematisch sein kann. Für eine korrekte Interpretation der verbleibenden Varianz dürfen die Variablen zum einen nicht endogen sein, d. h. die Inanspruchnahme darf die Kontrollvariablen nicht beeinflussen, und zum anderen sollten diese nicht indirekt das Angebot (also die Über- oder Unterversorgung) abbilden. Eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Kontrollvariablen findet sich im nächsten Unterkapitel (siehe Kapitel 3.3.2).

Die Analyseeinheit der Berechnung sind für fast alle der Variablen die MedStat-Regionen⁴² und teilweise die Kantonsebene, nicht jedoch einzelne Einwohnerinnen und Einwohner. Mehr zu den verwendeten Daten findet sich im übernächsten Unterkapitel (siehe Kapitel 3.3.3). Das Modell, d. h. die Regression wird für jede einzelne Altersgruppe (0-17, 18-39, 40-59, 60-74, 75 Jahre und älter) geschätzt. Eine Analyse auf Basis der Leistungsgruppen ist methodisch nicht sinnvoll, da die Anwendung der Leistungsgruppen Rehabilitation – im Gegensatz zur Akutsomatik – in der Schweiz nicht einheitlich ist. Dies bedeutet, dass die Leistungsgruppensystematik SPLG Rehabilitation NWCH nur

⁴² MedStat-Regionen erlauben die Zuordnung von hospitalisierten Personen zu einem geographischen Raum, welcher ausreichend gross ist, um die Anonymität zu gewährleisten. Mehr Informationen unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medsreg.html> (abgerufen am 02.01.2023).

für einen Teil der Spitäler relevant ist. Es gibt folglich Codes, welche je nach Leistungsgruppensystematik nicht angewendet werden. Dies betrifft insbesondere den Code für die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER). Bei der deskriptiven Betrachtung der Daten hat sich gezeigt, dass die Zuordnung der Fälle zur Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER), die basierend auf dem CHOP-Code BA.8 eingeteilt werden, für eine schweizweite Analyse problematisch ist, da grössere regionale und zeitliche Unterschiede zu erkennen sind.⁴³

3.3.2 Kontrollvariablen

Es gibt kein eindeutiges Kriterium, um zu bestimmen, ob eine Variable zur Standardisierung verwendet werden soll. Wenn eine Variable das Angebot mitabbildet, wird überstandardisiert. Mit jeder zusätzlichen Variable steigt folglich die Gefahr, dass (eventuell auch zufällig) das Angebot mitabgebildet wird. Entsprechend wird ein Modell mit wenigen Variablen einem Modell mit vielen Variablen vorgezogen. Vor allem bei nur kantonale verfügbaren Daten (im Gegensatz zu Daten auf Stufe MedStat-Region) ist fraglich, ob sie nicht zufällig mit der Angebotsstruktur der Kantone korrelieren und somit zur Überanpassung der Varianz beitragen.

Es werden folglich schrittweise Variablen oder Blöcke von Variablen in die Regression eingebaut. Die verschiedenen Spezifikationen sind in Tabelle 11 aufgeführt. Die Entscheidung, ob eine Variable hinzugenommen resp. weggelassen werden sollte, erfolgte sowohl aufgrund von theoretischen Überlegungen als auch statistischen Kriterien. Als statistisches Mass wurde das Akaike-Informationskriterium (AIC)⁴⁴ herangezogen. Das AIC ist für alle Spezifikationen und analysierten Altersgruppen im Anhang in den Tabellen A.2 und A.3 aufgeführt. Die theoretischen Überlegungen betreffen die Endogenität, die Multikollinearität und die Korrelation mit dem Angebot.

Gleich wie beim Versorgungsplanungsbericht der Akutsomatik aus dem Jahr 2019 (Steiner et al. 2019) und dem Versorgungsplanungsbericht zur Psychiatrie (Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft und Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt 2022) wurden die demographischen Variablen Alter, Geschlecht und Herkunft berücksichtigt. Es wurden weiter die zwei soziodemographischen und -ökonomischen Variablen (Ein-Personen-Haushalte und Haushaltsgrosse) in das Modell integriert. Weggelassen wurden hingegen Merkmale zum Gesundheitszustand (Sterberate, Lebendgeburten), da sie in der Rehabilitation eine geringere Relevanz aufweisen und im Gegensatz zu fast allen anderen Variablen nicht auf der Ebene von MedStat-Regionen verfügbar sind.

⁴³ In einer zukünftigen Versorgungsplanung zur Rehabilitation wird von kantonaler Seite eine Bedarfsanalyse nach Spitalplanungsleistungsgruppen vorgenommen, insofern die Zuordnung zu Leistungsgruppen ausreichend etabliert ist.

⁴⁴ Ein Informationskriterium dient mittels einer Berechnung dazu, zwischen Modellkomplexität und Anpassungsgüte des geschätzten Modells hinsichtlich der verwendeten Daten abzuwägen (Akaike 1973).

Gruppen von Kontrollvariablen ⁴⁵	Quelle	Ebene	Spezifikationen			
			1	2	3	4
Alter	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X
Geschlecht	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X
Herkunft	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X
Ein-Personen-Haushalte	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region		X	X	X
Haushaltsgrösse	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region		X	X	X
Anzahl akutsomatische, stationäre Aufenthalte	Medizinische Statistik BFS	PLZ/MS-Region			X	X
Kantonale Mehrheit ist französischsprachig	Strukturerhebung BFS	Kanton				X

Tabelle 11 Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung, die Daten standen alle mindestens für das Jahr 2020 zur Verfügung, MS-Region = MedStat-Region

Zusätzlich wurden zwei Variablen berücksichtigt, welche für die Rehabilitation spezifische Aspekte widerspiegeln. Dies sind die Anzahl akutsomatischer, stationärer Aufenthalte und eine Dummy-Variablen⁴⁶, welche zwischen mehrheitlich französischsprachigen Kantonen und dem Rest der Schweiz unterscheidet. Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, konnten im Jahr 2021 mehr als 60 Prozent der rehabilitativen Fälle innerhalb von 30 Tagen nach einem akutsomatischen stationären Aufenthalt eine stationäre Rehabilitationsbehandlung antreten. Daraus lässt sich schliessen, dass je mehr akutsomatische stationäre Behandlungen stattfinden, desto mehr Fälle es in der Rehabilitation geben wird. Obwohl diese Variable das Angebot widerspiegelt, ist die Problematik der Endogenität nicht oder wenn, dann nur sehr beschränkt gegeben, da es sich nicht um das Angebot der Rehabilitation, sondern um das Angebot der Akutsomatik handelt. Das Angebot der Akutsomatik ist dem Angebot der Rehabilitation vorgelagert und somit exogen. Lediglich im Fall von Kliniken, welche beide Bereiche anbieten, könnte eine gewisse Endogenität bestehen. Gesamthaft überwiegt aber der Nutzen der Variable. Eine Dummy-Variablen, welche zwischen der französischsprachigen und der restlichen Schweiz unterscheidet, ermöglicht Besonderheiten der Rehabilitation in diesen zwei Regionen zu berücksichtigen. Das Verständnis von Rehabilitation unterscheidet sich darin, dass in der französischsprachigen Schweiz eine eher pflege- und weniger therapieintensive Rehabilitation vorherrscht und daher häufiger Fälle in Rehabilitationskliniken behandelt werden, die in der restlichen Schweiz der Langzeit-, Akut- und Übergangspflege zugeordnet werden.

Es gibt Variablen, welche teilweise in der Akutsomatik und Psychiatrie in den Modellen berücksichtigt wurden, bei der Rehabilitation jedoch nicht in die Berechnung miteinflussen. Dies betrifft bspw. den

⁴⁵ Eine detaillierte Auflistung aller Kontrollvariablen findet sich in Tabelle A.10 im Anhang.

⁴⁶ Als Dummy-Variablen wird in der statistischen Datenanalyse eine Variable bezeichnet, welche den Wert null oder eins annimmt und damit als Indikator für das Auftreten einer bestimmten Ausprägung dient.



Zivilstand, die Bildung, die Arbeitslosigkeit, das Einkommen, die Nettoerwerbsquote oder die Religionszugehörigkeit der Bevölkerung. Bei all diesen Variablen gab es aus theoretischer Sicht keine ausreichende Begründung, weshalb die Variablen einbezogen werden sollten.

Gemäss theoretischen Überlegungen sind alle in den Modellen aufgeführten Variablen sinnvoll und bei keiner der Variablen bestehen grössere Probleme hinsichtlich Endogenität, etc. Das statistische Mass AIC zeigt bei vielen Regressionen, dass Spezifikation 4 gewählt werden sollte. Der Unterschied zu Spezifikation 3 ist jedoch relativ klein. Die Hinzunahme der Variable «Anzahl akutsomatische, stationäre Aufenthalte» (Unterschied zwischen Spezifikation 2 und 3) führt hingegen zu einer starken Veränderung der Ergebnisse. Um diesen Effekt darzustellen, werden in Kapitel 4 nur die Ergebnisse von Spezifikation 2 und 3 dargestellt. Eine vollständige Übersicht aller vier Spezifikationen findet sich im Anhang in den Tabellen A.4 bis A.9 für die Jahre 2019 bis 2021.

3.3.3 Analyseinheit und verwendete Daten

Eine Analyse auf Ebene von einzelnen Einwohnerinnen und Einwohnern ist mit dem verfügbaren Datenbestand nicht möglich. Um das Problem eines ökologischen Fehlschlusses⁴⁷ zumindest teilweise abzumildern, werden die Daten auf der kleinstmöglichen räumlichen Ebene verwendet.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS sind auf Ebene von MedStat-Regionen erhältlich. Die meisten Kontrollvariablen sind auf Ebene von Postleitzahlen erhältlich und können entsprechend zu MedStat-Regionen aggregiert werden. Die Analyseebene sind somit 705 geographische Einheiten. Einzig die Dummy-Variable zu den Sprachregionen ist nur auf kantonaler Ebene verfügbar.

Die Bedarfsanalyse wurde für die Jahre 2019 bis 2021 berechnet. Es werden alle Fälle gemäss der in Kapitel 3.1 beschriebenen Vorgehensweise berücksichtigt. Die Anzahl rehabilitativer Fälle und Pflegetage wurden der Medizinischen Statistik des BFS entnommen. Die Kontrollvariablen zur Demographie sowie Soziodemographie und -ökonomie wurden vom BFS geliefert (siehe Tabelle 11). Die Daten zur Anzahl stationärer, akutsomatischer Leistungen werden ebenfalls von der Medizinischen Statistik des BFS bezogen. Die Daten zur Sprachregion stammen von der Strukturhebung des BFS.

3.3.4 Grenzen der Methodik

Die verwendete Methodik zur Isolierung der potenziell angebotsseitigen Faktoren hat einige Grenzen, die es bei der Interpretation der Resultate zu beachten gilt. Erstens ergibt das Resultat der

⁴⁷ Ein fehlerhafter Schluss auf einen Zusammenhang, der nur aufgrund einer räumlichen Aggregation zustande kommt (Skinner 2011).



Berechnung lediglich einen Vergleich zur Versorgung in der Schweiz und die Methode benötigt einen normativen Entscheid, um allenfalls den Anteil der angebotsinduzierten Nachfrage gegenüber anderen Faktoren an verbleibenden Residuen festzulegen. Zweitens ist die Methode der räumlichen Aggregation (von Einzeldaten auf MedStat-Regionen) nicht unproblematisch, da die Möglichkeit eines «ökologischen Fehlschlusses» besteht (Skinner 2011). Drittens ist nicht abschliessend bestimmbar, wie viele und welche Kontrollvariablen berücksichtigt werden sollen, da Kontrollvariablen endogen sein oder auch die regionale Variation des Angebots widerspiegeln können. Die Kontrollvariable zur Anzahl akutsomatischer, stationärer Aufenthalte beschreibt zwar das Angebot, da sie aber nicht das Angebot der Rehabilitation, sondern das Angebot der Akutsomatik widerspiegelt, sollte kein Endogenitätsproblem vorliegen. Lediglich in Fällen von Kliniken, welche sowohl akutsomatische als auch rehabilitative Behandlungen anbieten, gibt es ein gewisses Potenzial für Endogenität. Die Vorteile des Einbezugs dieser Variablen überwiegen jedoch gegenüber den möglichen Nachteilen. Entsprechend bleibt – trotz Standardisierung – eine Restunsicherheit bezüglich der tatsächlichen Über- und Unterversorgung.

Zudem geht das Modell von der Annahme aus, dass die vorhandene Versorgung auf die gesamte Schweiz gesehen optimal ist. Falls es jedoch schweizweit eine Unter- oder Überversorgung gäbe, so ist dies nicht im Modell abgebildet. Die Resultate zeigen folglich die Versorgung in der GGR relativ zur restlichen Schweiz. Das Modell sagt auch nichts über die Behandlungsergebnisse in der GGR aus. Dennoch ist das Modell eine wichtige Grundlage, um die aktuelle Versorgungslage vergleichen zu können.

Im Anschluss an die Bedarfsanalyse, welche den Status quo analysiert, wird ein Blick in die Zukunft geworfen. Dafür wird im nächsten Kapitel die Methode der Bedarfsprognose erläutert.

3.4 Methode Bedarfsprognose

Das Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells lässt sich in drei Arbeitsschritte gliedern (siehe Abbildung 6). In einem ersten Schritt werden die Hospitalisierungsraten nach Leistungsgruppe und Alter berechnet. In einem zweiten Schritt werden die in Schritt 1 berechneten Hospitalisierungsraten mit der Bevölkerungsentwicklung der Jahre 2022 bis 2033 multipliziert. Dies ergibt eine erste Schätzung der zukünftig erwarteten Anzahl Fälle. In Schritt 3 wird der Einflussfaktor Ambulantisierung in die Berechnung der Prognose integriert. Die Prognose enthält drei Szenarien, welche sich hinsichtlich der Einflussfaktoren Demographie und Ambulantisierung unterscheiden (siehe Tabelle 12). In

den folgenden Kapiteln werden die drei Schritte detailliert erläutert. Die Ergebnisse werden pro Leistungsgruppe⁴⁸ und sowohl für die Anzahl Fälle als auch für die Anzahl Pflēgetage dargestellt. Für die Anzahl Pflēgetage werden die Fallzahlen mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer multipliziert. Dies bedeutet, dass keine Veränderung der durchschnittlichen Pflēgetage über die Zeit und hinsichtlich der Szenarien angenommen wird.

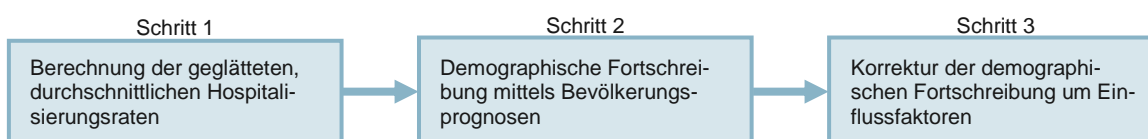


Abbildung 6 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells (eigene Darstellung)

Einflussfaktor	Szenarien		
	Tiefes Szenario	Mittleres Szenario	Hohes Szenario
Demographie	Tiefes Szenario	Referenzszenario	Hohes Szenario
Epidemiologie	-	-	-
Medizintechnik	-	-	-
Ambulantisierungseffekt Fälle	-5.0 %	-2.5 %	-
Ambulantisierungseffekt Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	-10.0 %	-5.0 %	-
Massnahmen Akutsomatik	-	-	-

Tabelle 12 Annahmen zu den Szenarien für die Bedarfsprognose Rehabilitation

3.4.1 Schritt 1: Berechnung der geglätteten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten

Die durchschnittlichen Hospitalisierungsraten werden pro Jahrgang und pro Leistungsgruppe berechnet. Die Altersverteilung der Hospitalisierungsraten wird anhand von zwei Datenjahren (2019 und 2021) geschätzt.⁴⁹ Die Verwendung von zwei Datenjahren ermöglicht eine Mässigung des Einflusses von Ausreisserwerten in einzelnen Datenjahren. Das Jahr 2020 wurde aus zwei Gründen nicht berücksichtigt: Einerseits stellt es aufgrund der COVID-19-Pandemie ein spezielles Jahr dar,

⁴⁸ Im Gegensatz zur Bedarfsanalyse, bei welcher die Daten für die gesamte Schweiz verwendet werden, wird bei der Bedarfsprognose nur die Wohnbevölkerung der GGR berücksichtigt. Für die relevanten Kliniken wurde überprüft, ob die Kodierung der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) in den entsprechenden Jahren relativ einheitlich vorgenommen wurde. Da dies der Fall war, wird die Prognose pro Leistungsgruppe dargestellt.

⁴⁹ Für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) liegen die Informationen nicht zu allen Fällen vollständig vor. Es wurden deshalb zunächst nur die Fälle der Medizinischen Statistik verwendet und basierend auf diesen Fällen die Prognose berechnet. Um ein realistischeres Bild der Anzahl Fälle darzustellen, wurden anschliessend die 18 Fälle, bei welchen nicht alle Informationen vorlagen, ohne Berücksichtigung eines Effekts zu den prognostizierten Resultaten addiert. Bei den Pflēgetagen liegen keine weiteren Informationen vor, weshalb nur die Daten aus der Medizinischen Statistik berücksichtigt werden konnten.



wodurch es als Ausgangswert nur bedingt geeignet ist. Andererseits gab es bei der Kodierung des CHOP-Code BA.8 für die Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) in einer Klinik im Jahr 2020 grössere Unterschiede gegenüber den Jahren 2019 und 2021. Eine Verwendung des Jahres 2020 würde folglich sowohl den Ausgangswert nach unten verzerren als auch eine weniger präzise Verteilung der Fälle auf die Leistungsgruppen ermöglichen. Weiter werden die resultierenden Hospitalisierungsraten pro Altersjahr mit einer Glättungsfunktion über die Altersklassen bearbeitet, um Ausreisserwerte in spezifischen Altersjahren zu dämpfen. Es resultiert eine geschätzte Inanspruchnahmerate pro Altersjahr und Leistungsgruppe, die den Status quo der Jahre 2019 und 2021 abbildet.

3.4.2 Schritt 2: Demographische Fortschreibung mittels Bevölkerungsprognosen

Die aus Schritt 1 resultierten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten pro Altersjahr und Leistungsgruppe werden anschliessend mit der gemäss Referenzszenario erwarteten Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen multipliziert. Es resultiert eine erwartete Zahl künftiger Fälle pro Altersgruppe und Leistungsgruppe.

Ein wichtiger Faktor für die Entwicklung der Fallzahlen ist die Entwicklung der Demographie. Für die Bedarfsabschätzung wird die Bevölkerungsprognose des BFS für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt verwendet.⁵⁰ Im tiefen Szenario wird das «Tiefe Szenario», im mittleren Szenario das «Referenzszenario» und im hohen Szenario das «Hohe Szenario» der Bevölkerungsprognose des BFS angenommen.

3.4.3 Schritt 3: Korrektur der demographischen Fortschreibung um weitere Einflussfaktoren

Bei der Entwicklung der Bedarfsprognose werden Trends und Einflussfaktoren – soweit quantifizierbar und wesentlich – mitberücksichtigt. Der wichtigste Einflussfaktor, die Bevölkerungsentwicklung, wurde bereits in Schritt 2 berücksichtigt. In Schritt 3 werden die weiteren Einflussfaktoren Epidemiologie, Medizintechnik, Ambulantisierung und Massnahmen Akutsomatik betrachtet.

⁵⁰ Für den Kanton Basel-Stadt liegen auch kantonale Bevölkerungsszenarien des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt vor, für den Kanton Basel-Landschaft gibt es keine kantonal erstellten Bevölkerungsszenarien. Für die einheitliche Fortschreibung der Bevölkerung der beiden Kantone wurde auf die kantonalen Szenarien des BFS zurückgegriffen. Die Bevölkerungsprognose des BFS bezieht sich auf die ständige Wohnbevölkerung.

Einflussfaktor Epidemiologie

Im Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022, S. 172) wird festgehalten, dass in der Rehabilitation «keine relevanten und quantifizierbaren Entwicklungen vorhersehbar sind». Diese Schlussfolgerung basiert auf der Einschätzung der Autorenschaft eines 2012 erstellten Gutachtens, welche aufgrund der Entwicklungen seit 2012 keine Notwendigkeit für eine Aktualisierung des Gutachtens sahen. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat darüber hinaus auch noch einen Workshop durchgeführt, welcher jedoch nichts am Fazit geändert hat. Es ist nicht wahrscheinlich, dass sich die epidemiologische Entwicklung grundsätzlich von derjenigen im Kanton Zürich unterscheidet, weshalb auch in der Prognose der GGR auf einen Effekt dieses Einflussfaktors verzichtet wird.

Einflussfaktor Medizintechnik

Eine Studie im Auftrag des Kantons Zürich aus dem Jahr 2019 kommt zum Schluss, dass anders als in der Akutsomatik medizintechnische Entwicklungen in der Rehabilitation für den Prognosezeitraum keinen wesentlichen Einfluss auf die Fallzahlen in der Schweiz haben werden (Höglinger et al. 2019). Es wird zwar in der Studie auch festgehalten, dass Innovationen in der Rehabilitation wichtiger werden, für den Prognosezeitraum bis ins Jahr 2030 wird sich dies aber noch nicht auf die Fallzahlen auswirken. Auch wenn die Prognose im vorliegenden Bericht bis ins Jahr 2033 geschätzt wird, liegt der Fokus insbesondere auf der Schätzung der Zahlen für das Jahr 2029. Der Einflussfaktor Medizintechnik hat folglich keine Auswirkung auf die Prognose.⁵¹

Einflussfaktor Ambulantisierung

Der Einflussfaktor «Ambulantisierungseffekt» wird bestimmt durch die Möglichkeit, stationäre Behandlungen durch ambulante bzw. intermediäre Behandlungen zu substituieren. Im Gegensatz zur Akutsomatik ist es in der Rehabilitation nicht möglich, anhand der Daten der Medizinischen Statistik pro Fall abzuschätzen, ob dieser potenziell ambulant erbracht werden könnte. Auch gibt es keine einheitlichen «AVOS-Verordnungen» oder «-Verfügungen».⁵² Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich führt in ihrem Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 weiter aus, dass aufgrund der

⁵¹ Die Kantone Zürich und Aargau, welche ebenfalls kürzlich ihre Versorgungsplanung in der Rehabilitation durchgeführt haben, berücksichtigen jedoch einen Effekt aufgrund Veränderungen in der Medizintechnik der Akutsomatik (siehe Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022; die Angaben zum Kanton Aargau stammen aus den Unterlagen für das Spitalistenverfahren Rehabilitation, die den am Bewerbungsverfahren interessierten Spitälern zur Verfügung gestellt wurden). Es geht hier um eine Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionen, welche sich auf die Leistungsgruppe MSK 1 auswirkt. Eine Analyse der Daten der GGR hat jedoch ergeben, dass der Anteil dieser Fälle innerhalb der Leistungsgruppe MSK 1 sowie auch das aktuell prognostizierte Wachstum dieser Fälle verhältnismässig gering ist. Es wurde deshalb entschieden, dass die Berücksichtigung dieses Faktors keine grössere Auswirkung auf die Prognose hätte und er deshalb weggelassen wurde.

⁵² Siehe Eingriffsspezifische Kriterienlisten «ambulant vor stationär» AVOS in der Akutsomatik, Basel-Stadt: <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/spitaeler/Versorgungsmonitoring/avos.html>, Basel-Landschaft: <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/spitaler-und-therapieeinrichtungen/spitalversorgung/ambulant-vor-stationaer-avos> (abgerufen am 15.09.2022).



Kostengutsprache durch die Versicherer im Bereich der Rehabilitation bereits heute einer stationären Überversorgung entgegengewirkt wird. Es wird deshalb nur eine geringe Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten und intermediären Bereich angenommen. Analog zu den Annahmen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird im «Tiefen Szenario» eine Ambulantisierung von fünf Prozent der stationären Fälle bis ins Jahr 2033 ausgegangen. Im «Mittleren Szenario» wird eine Verlagerung von 2.5 Prozent und im hohen Szenario keine Ambulantisierung angenommen. Die Reduktion verteilt sich gleichmässig über den beobachteten Zeitraum. Ebenfalls analog zum Kanton Zürich wird bei der Prognose der Pflage tage eine zusätzliche Ambulantisierung von zehn Prozent im tiefen und fünf Prozent im «Mittleren Szenario» angenommen. Begründet wird dies durch frühere Entlassungen in ambulante Nachbehandlungen.

Einflussfaktor Massnahmen Akutsomatik

Vielen Behandlungen in der Rehabilitation geht ein stationärer, akutsomatischer Spitalaufenthalt voraus (siehe Kapitel 2.2.1). In der Spitalplanung zu den gleichlautenden Spitalisten der GGR vom 1. Juli 2021 wurden in gewissen Spitalleistungsgruppen (SPLG) der Akutsomatik den Spitälern Leistungsmengen vorgegeben (siehe Steiner et al. 2019). Dies bedeutet, dass in einzelnen SPLG inskünftig mit einer Reduktion der Fallzahlen zu rechnen ist. Da aktuell jedoch schwer abschätzbar ist, inwiefern sich diese Massnahmen auf die Rehabilitation auswirken, wird in der Bedarfsprognose auf diesen Einflussfaktor verzichtet.



4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Ausführungen werden die methodischen Vorüberlegungen (Kapitel 3) auf die rehabilitative Versorgung der Wohnbevölkerung der GGR angewendet.

4.1 Bedarfsanalyse

Ausgehend von den in Kapitel 3.3 dargestellten methodischen Grundlagen der Regression werden in den Tabellen 13 und 14 die entsprechenden Resultate dargestellt. Die Tabellen weisen für das Jahr 2021 für die jeweiligen Altersgruppen⁵³ die tatsächlich beobachteten Fallzahlen bzw. Pflegetage, die erwarteten Fallzahlen bzw. Pflegetage sowie die prozentuale Abweichung aus. Unterstrichene Abweichungen sind für das Jahr 2021 statistisch signifikant. Eine vollständige Übersicht aller Datenjahre (2019-2021) sowie aller untersuchten Spezifikationen findet sich im Anhang in den Tabellen A.4 bis A.9.

Für die Spezifikation 2 (ohne Anzahl akutsomatischer Aufenthalte) ergeben sich folgende Ergebnisse: In der Altersklasse der über 75-Jährigen ist die effektive Inanspruchnahme in der GGR um 44.6 Prozent (Fallzahlen) resp. 43.0 Prozent (Pflegetage) höher, als im Vergleich zur gesamten Schweiz zu erwarten gewesen wäre. In der Altersklasse der 60- bis 74-Jährigen ergeben sich Abweichungen von 23.8 Prozent (Fallzahlen) resp. 20.0 Prozent (Pflegetage) und für die Altersklasse der 40- bis 59-Jährigen Abweichungen in Höhe von 11.6 Prozent (Fallzahlen) resp. 14.4 Prozent (Pflegetage). Für die mit nur geringen Fallzahlen besetzte Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur gesamten Schweiz. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die hohen Hospitalisierungsraten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (siehe Kapitel 2.3.1) nicht vollständig durch soziodemographische und -ökonomische Merkmale der Bevölkerung in der GGR zu begründen sind.

Auffällig sind die deutlichen Unterschiede von Spezifikation 3 zu Spezifikation 2 in den hohen Altersklassen. Unter Berücksichtigung der Anzahl der akutsomatischen Aufenthalte als erklärende Variable sinkt der unerklärte Anteil der Fälle, welche gegenüber der gesamten Schweiz nicht zu erwarten gewesen wären, bei der Altersgruppe der über 75-Jährigen von 44.6 Prozent auf 13.1 Prozent.⁵⁴ D. h. die Zahl der akutstationären Aufenthalte dieser Altersgruppe erklärt einen hohen Teil der Überschreitung der erwarteten Leistungsmenge. Gleiches zeichnet sich auch bei Betrachtung der Pfl-

⁵³ Die Altersgruppe der unter 18-Jährigen wird in der Bedarfsanalyse nicht dargestellt, da mit der angewendeten Fallabgrenzung die Fälle in einem regionalen Spital nicht korrekt zugeordnet werden können. In anderen Analysen kann dies manuell korrigiert werden. In der Bedarfsanalyse ist dies jedoch nicht möglich.

⁵⁴ Es ist anzunehmen, dass der Effekt der akutsomatischen Aufenthalte nicht in allen SPLG gleich gross ist. Aufgrund der beschriebenen Limitationen ist eine solche Analyse nicht möglich. Zukünftig wäre es wünschenswert, insbesondere diesen Effekt – aber auch die Effekte der anderen Kontrollvariablen – je Leistungsgruppe untersuchen zu können.

getage ab: Dort sinkt der unerklärte Anteil von 43.0 Prozent auf 13.8 Prozent. Auch bei der Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen Personen erklärt die neu hinzugezogene Variable einen beachtlichen Teil der Inanspruchnahme. Die im Vergleich zur restlichen Schweiz überdurchschnittliche Inanspruchnahme sinkt von 23.8 Prozent auf 12.7 Prozent (Fallzahlen) resp. von 20.0 Prozent auf 10.0 Prozent (Pflegetage). Bei den 40- bis 59-jährigen Personen sind die Unterschiede zwischen Spezifikation 2 und Spezifikation 3 relativ klein. Im Gegensatz zu den zwei hohen Altersklassen steigt der unerklärte Anteil jedoch mit Hinzunahme der akutsomatischen Fälle. Dies gilt auch für die Altersklasse der 18- bis 39-Jährigen. Hier gilt aber ebenso wie bei Spezifikation 2, dass die Resultate nicht signifikant sind und deshalb eine Interpretation nur bedingt sinnvoll ist.

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Fälle	Spezifikation 2 (ohne Anzahl akutsomatischer Aufenthalte)		Spezifikation 3 (inkl. Anzahl akutsomatischer Aufenthalte)	
		erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über
18-39	169	159	5.8 %	143	15.7 %
40-59	906	801	<u>11.6</u> %	777	<u>14.2</u> %
60-74	2'161	1'646	<u>23.8</u> %	1'887	<u>12.7</u> %
über 75	5'110	2'829	<u>44.6</u> %	4'439	<u>13.1</u> %

Tabelle 13 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, Spezifikationen 2 und 3, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Pflegetage	Spezifikation 2 (ohne Anzahl akutsomatischer Aufenthalte)		Spezifikation 3 (inkl. Anzahl akutsomatischer Aufenthalte)	
		erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über
18-39	5'425	4'927	9.2 %	4'441	18.1 %
40-59	24'857	21'273	<u>14.4</u> %	20'729	<u>16.6</u> %
60-74	47'752	38'204	<u>20.0</u> %	42'982	<u>10.0</u> %
über 75	106'929	60'953	<u>43.0</u> %	92'151	<u>13.8</u> %

Tabelle 14 Ergebnisübersicht Pflegetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, Spezifikationen 2 und 3, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)

Ebenfalls herauszustreichen ist die Veränderung der Anzahl erwarteter Fälle resp. Pflegetage bei den über 75-jährigen Personen beim Vergleich der Spezifikation 3 zur Spezifikation 4 (siehe Tabelle A.4 und A.7 im Anhang), d. h. bei Hinzunahme der Dummy-Variable für die Identifikation von mehrheitlich französischsprachigen Kantonen. Die erwarteten Fallzahlen für diese Altersgruppe sinken auf 4'069 für das Jahr 2021 und liegen damit 20.4 Prozent über der zu erwartenden Inanspruchnahme. Die erwarteten Pflegetage reduzieren sich ebenfalls auf 85'795 Tage, womit die Inanspruchnahme um 19.8 Prozent höher ausfällt, als zu erwarten gewesen wäre. Durch Hinzunahme der Variable für die Sprachregion reduziert sich die erwartete Inanspruchnahme bei den über 75-Jährigen.

4.2 Bedarfsprognose

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose unter Berücksichtigung der Annahmen gemäss den verschiedenen Szenarien («Tiefes Szenario», «Mittleres Szenario» und «Hohes Szenario») vorgestellt. Gemäss der Prognose zur Bevölkerungsentwicklung im Referenzszenario⁵⁵ des BFS wird in der GGR ein Anstieg von rund 489'000 Einwohnerinnen und Einwohnern per Ende Jahr 2021 um 4.6 Prozent auf rund 511'000 Einwohnerinnen und Einwohner per Ende Jahr 2029 erwartet (siehe Abbildung 7). Im Vergleich dazu wächst die gesamte Schweiz im gleichen Zeitraum um 7.1 Prozent (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Berechnungen). Während die Zahl der unter 18-Jährigen bis ins Jahr 2029 um 7.6 Prozent steigt, bleibt die Zahl der 18- bis 39-Jährigen beinahe konstant (+0.2 %) und diejenige der 40- bis 59-Jährigen sinkt um 1.9 Prozent. Deutlich zunehmen wird die Zahl der älteren Menschen in der GGR. Die Zahl der Personen im Alter von 60 und mehr Jahren steigt um rund 19'000 (+13.7 %). Im Vergleich zur gesamten Schweiz fällt die Zunahme der älteren Bevölkerung in der GGR unterdurchschnittlich aus (CH: 20.6 %, GGR: 13.7 %) (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Berechnungen).

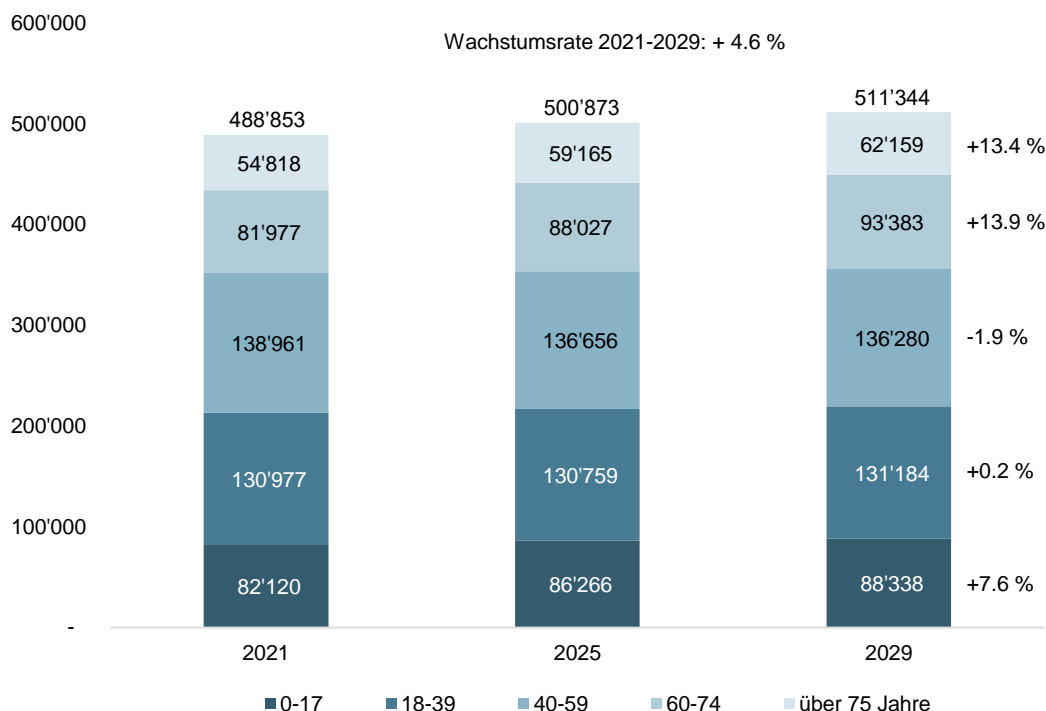


Abbildung 7 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029, Referenzszenario (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Darstellung)⁵⁶

⁵⁵ Die Übersicht aller drei Szenarien findet sich in Tabelle A.11 im Anhang.

⁵⁶ Die Daten für das Jahr 2021 entsprechen den tatsächlichen Bevölkerungszahlen.

4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht

Die Resultate der Bedarfsprognosen für die drei Szenarien bis zum Jahr 2033 ergeben für die Entwicklung der Pflageetage das in Abbildung 8 dargestellte Bild.

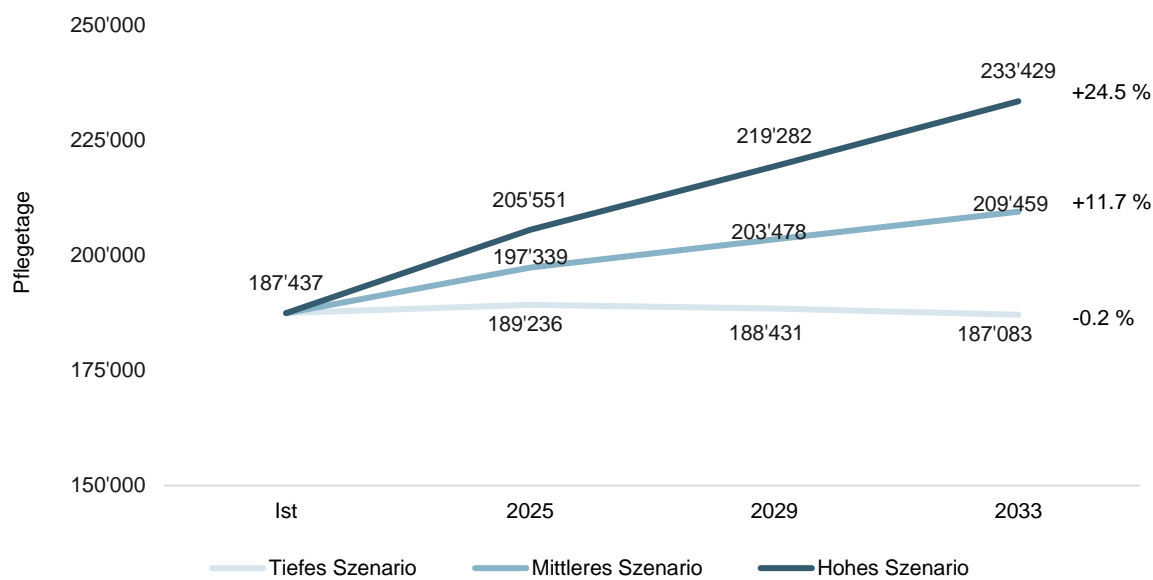


Abbildung 8 Entwicklung der Pflageetage in der GGR bis 2033, Wachstumsraten zwischen den Jahren Ist und 2033, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)⁵⁷

In Anlehnung an das Vorgehen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird das «Mittlere Szenario» nachfolgend als Referenzszenario für alle weiteren Analysen und den folgenden Planungsprozess im Rahmen der Erstellung der Spitalisten verwendet.⁵⁸ Die Resultate der Bedarfsprognose unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» ergeben einen Anstieg der stationären rehabilitativen Pflageetage bis zum Jahr 2029 über alle Altersgruppen von 8.6 Prozent. Dabei sind die oben beschriebenen Einflussfaktoren auf das «Mittlere Szenario» berücksichtigt. Für das «Mittlere Szenario» wird von einem Bevölkerungswachstum von 4.6 Prozent (Jahre 2021 bis 2029) ausgegangen. Die Annahme zur Ambulantisierung im mittleren Szenario entspricht im Jahr 2029 3'449 Pflageetagen, welche durch das Ambulantisieren rehabilitativer Fälle eingespart werden. Die Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer von fünf Prozent wird bis zum Jahr 2029 einer Abnahme um 7'016 Pflageetage entsprechen. Ohne die Annahmen zur Ambulantisierung würden die Pflageetage im Referenzszenario bis ins Jahr 2029 um 14.1 Prozent steigen. Eine Übersicht, wie viele Pflageetage dies pro SPLG be-

⁵⁷ Bei der Bedarfsprognose der Pflageetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Diese Pflageetage sind folglich nicht in der Prognose enthalten.

⁵⁸ Die Resultate des tiefen und hohen Szenarios befinden sich in den Tabellen A.12 bis A.15 im Anhang.

deutet, findet sich im Anhang A.16. Für alle in Abbildung 9 dargestellten (zusammengefassten) Leistungsgruppen wird – auch mit den Annahmen zur Ambulantisierung – mit einer Zunahme der stationären Pfl egetage gerechnet.

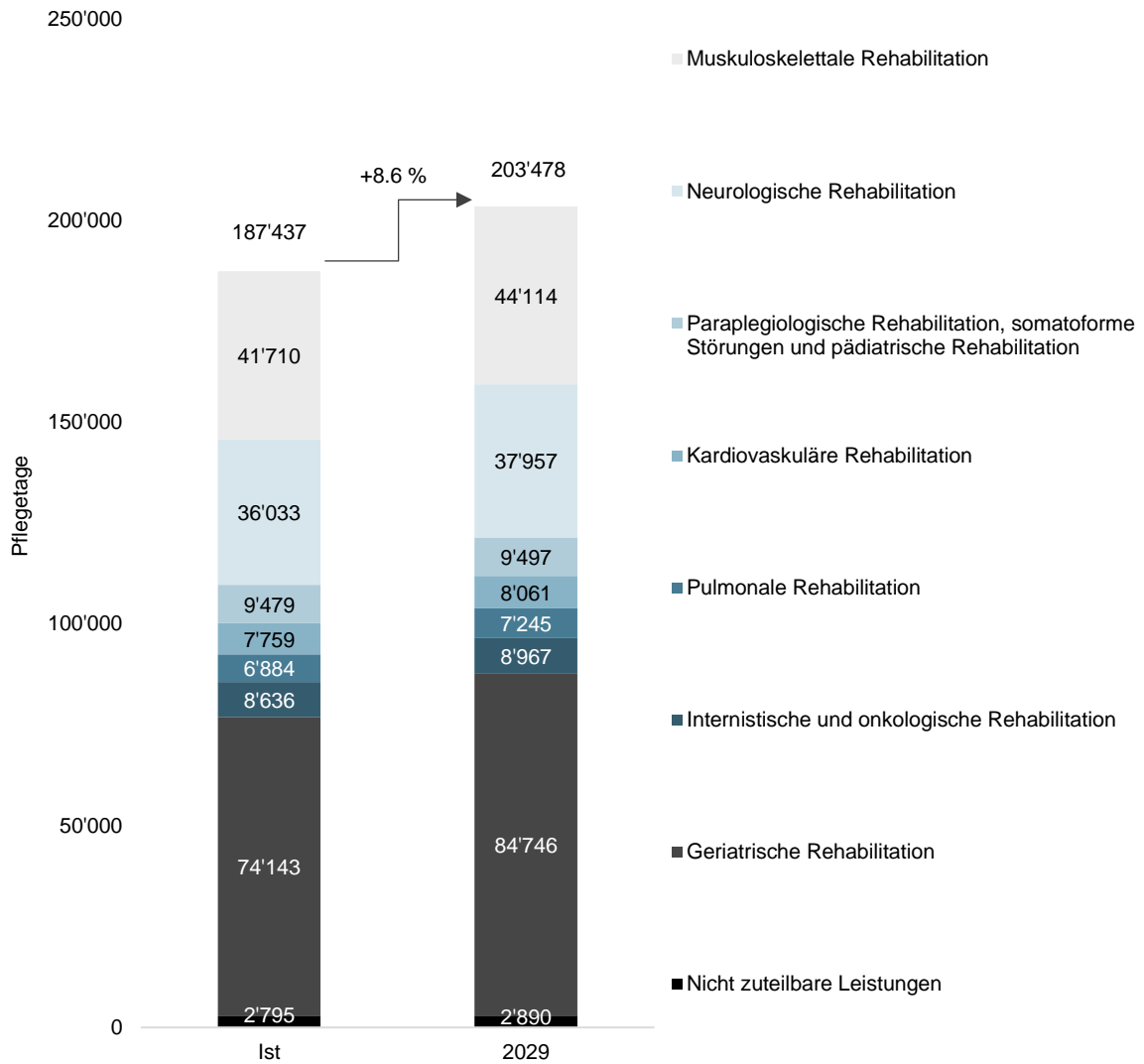


Abbildung 9 Entwicklung der Pfl egetage über alle Altersgruppen im mittleren Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)⁵⁹

⁵⁹ Bei der Bedarfsprognose der Pfl egetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Diese Pfl egetage sind folglich nicht in der Prognose enthalten.



4.2.2 Prognose in Fallzahlen und Pflergetagen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Entwicklung nach Leistungsgruppen differenziert vor.⁶⁰ Dabei wird die Bedarfsprognose wiederum für das «Mittlere Szenario» anhand der Fallzahlen wie auch anhand der Pflergetage dargestellt. Die Prognose der Leistungsentwicklung der Fallzahlen (siehe Tabelle 15) kommt zum Ergebnis, dass die stationäre Leistungsmenge bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 um 1'075 Fälle resp. 12.7 Prozent ansteigt.

Die Resultate unterscheiden sich je nach Leistungsgruppe. Ein überdurchschnittlicher Anstieg der Fallzahlen wird in der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER; Zunahme von 18.2 %) und der Leistungsgruppe «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2; Zunahme von 12.9 %) erwartet. Die restlichen Leistungsgruppen weisen entweder fast keine Veränderung oder eine Zunahme unter zehn Prozent gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 aus, wobei einige der Prognosen auf einer relativ geringen Anzahl Fälle beruhen (bspw. MSK 2, MSK 3, NER 5, PÄD, SOM).

⁶⁰ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).

Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Fallzahlen					
		Ist	2022	2025	2029	Entwicklung Ist-2029 ⁶¹	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskelettal	2'175	2'225	2'291	2'380	9.4 %	2'471
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen	10	10	10	11	11.6 %	11
MSK 3	Amputationen	11	11	11	12	4.6 %	12
NER 1	Allgemein neurologisch	805	821	843	873	8.5 %	901
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	161	167	173	182	12.9 %	190
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	74	75	76	76	3.4 %	76
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	88	89	91	95	8.6 %	100
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	11	11	11	11	4.4 %	11
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	146	148	150	152	4.4 %	153
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	397	404	413	426	7.5 %	439
PNR	Pulmonale Rehabilitation	348	356	366	378	8.9 %	388
INO 1	Internistisch	201	205	211	218	8.6 %	224
INO 2	Onkologisch	269	273	278	286	6.3 %	293
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	38	38	38	38	0.9 %	38
GER	Geriatrische Rehabilitation	3'618	3'796	3'997	4'278	18.2 %	4'576
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁶²	31	30	31	31	-0.3 %	31
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	106	109	111	113	7.0 %	115
Gesamt		8'485	8'767	9'101	9'560	12.7 %	10'030

Tabelle 15 Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, mittleres Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁶³

⁶¹ Die Fallzahlen sind in der Tabelle auf ganze Zahlen gerundet. Es kann deshalb teilweise bei tiefen Fallzahlen vorkommen, dass die Wachstumsrate von Null abweicht, da im Bereich der Kommastellen ein Wachstum zu beobachten ist, welches bei der Rundung nicht mehr ersichtlich ist (vgl. bspw. NER 5).

⁶² Bei der Bedarfsprognose der Fallzahlen wurden die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) zwar berücksichtigt, die Fallzahlen des UKBB wurden jedoch nur zu den Resultaten addiert und konnten aufgrund der verfügbaren Informationen nicht in die Berechnung der Prognose miteinbezogen werden.

⁶³ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).



Die Leistungsmenge in Pflgetagen (Tabelle 16) steigt gegenüber der Basis der Jahre 2019 und 2021 ebenfalls an. Die Leistungsmenge nimmt um ca. 16'000 Pflgetage resp. 8.6 Prozent zu. Auch hier ergeben sich Unterschiede zwischen den Leistungsgruppen, welche die zuvor betrachteten Entwicklungen der Fallzahlen widerspiegeln. Während die Pflgetage in der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER) und der Leistungsgruppe «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2) erneut überdurchschnittlich zunehmen, liegen alle anderen Leistungsgruppen unter dem Durchschnitt. Dass die Fallzahlen stärker ansteigen als die Pflgetage, ist eine direkte Folge der Annahme der Ambulantisierung, welche zusätzlich zur Reduktion der Fallzahlen auch eine Reduktion der Pflgetage vorsieht.

Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Pfl egetage					
		Ist	2022	2025	2029	Entwick- lung Ist-2029	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskeletal	41'033	41'805	42'502	43'407	5.8 %	44'283
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Ver- letzungen	343	362	367	370	7.9 %	375
MSK 3	Amputationen	335	343	343	338	1.1 %	335
NER 1	Allgemein neurologisch	24'438	24'831	25'169	25'623	4.9 %	25'994
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsy- chiatrischen Symptomen	6'825	7'043	7'211	7'451	9.2 %	7'665
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	1'833	1'851	1'851	1'831	-0.1 %	1'799
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstö- rungen (Spätphase)	2'152	2'185	2'211	2'258	4.9 %	2'326
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verlet- zungen	786	793	794	793	0.9 %	786
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	7'674	7'752	7'769	7'745	0.9 %	7'672
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	7'759	7'865	7'950	8'061	3.9 %	8'155
PNR	Pulmonale Rehabilitation	6'884	7'016	7'127	7'245	5.2 %	7'299
INO 1	Internistisch	4'018	4'097	4'154	4'219	5.0 %	4'271
INO 2	Onkologisch	4'618	4'671	4'703	4'747	2.8 %	4'790
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	1'308	1'305	1'292	1'276	-2.4 %	1'255
GER	Geriatrische Rehabilitation	74'143	77'464	80'548	84'746	14.3 %	89'094
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁶⁴	498	469	476	477	-4.1 %	472
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	2'795	2'850	2'872	2'890	3.4 %	2'889
Gesamt		187'437	192'701	197'339	203'478	8.6 %	209'459

Tabelle 16 Leistungsprognose Rehabilitation, Pfl egetage, mittleres Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁶⁵

⁶⁴ Bei der Bedarfsprognose der Pfl egetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Die Prognose der Pfl egetage ist folglich nur bedingt interpretierbar.

⁶⁵ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).



5 Einordnung der Ergebnisse und Fazit

In der aktuellen Versorgungsanalyse für das Jahr 2021 zeigt sich, dass die Einwohnerinnen und Einwohner der GGR im Vergleich zur restlichen Schweiz – abhängig von der Altersgruppe – zwischen ungefähr zehn und 20 Prozent mehr Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen als zu erwarten gewesen wäre. Dies, wenn nur die statistisch signifikanten Resultate berücksichtigt werden. Die Bedarfsanalyse konnte aufzeigen, dass vor allem die Anzahl akutsomatischer Spitalaufenthalte einen grossen Effekt auf die Inanspruchnahme der Rehabilitation hat (vgl. Kapitel 4.1). Dazu ist zu beachten, dass in der Akutsomatik in der GGR seit der Einführung der gleichlautenden Spitalisten vom 1. Juli 2021 ein Mengendialog läuft, welcher in einzelnen Leistungsgruppen zu einer Reduktion resp. Absenkung des Wachstums der Fallzahlen führen soll. Es ist zu erwarten, dass sich dies mittel- bis längerfristig im Bedarf an Rehabilitationsleistungen niederschlägt. In der Bedarfsprognose wurde dies noch nicht berücksichtigt, da eine Quantifizierung zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich ist. Zudem konnte die Bedarfsanalyse nur für die Altersgruppen und nicht für die Leistungsgruppen berechnet werden (mehr dazu siehe Kapitel 3.3). Deshalb wurde für die Bedarfsprognose keine Annahme einer Angleichung an den Schweizer Durchschnitt vorgenommen. Wird davon ausgegangen, dass die beiden Effekte des Mengendialogs und der Angleichung an den Schweizer Durchschnitt – wenn auch noch nicht quantifizierbar – einen dämpfenden Effekt auf die Anzahl Pflegetage haben, führt dies zur Schlussfolgerung, dass eher von einer Entwicklung der Pflegetage im Bereich des tiefen bis mittleren Szenario als im Bereich des hohen Szenarios ausgegangen werden kann. Der Planungsprozess wurde mit den neusten, zur Verfügung stehenden Daten durchgeführt. Unterdessen liegen zumindest teilweise neuere Daten für das Jahr 2022 vor. Bei diesen zeichnet sich ein Anstieg gegenüber dem Jahr 2021 ab.

Eine weitere Ursache für eine hohe Inanspruchnahme stationärer rehabilitativer Versorgung könnte in einer unterdurchschnittlichen ambulanten Versorgung liegen. Die Analyse des ambulanten Physiotherapieangebots (siehe Kapitel 2.2.3) hat jedoch ergeben, dass auch hier die Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung der GGR höher ist als diejenige der übrigen Schweiz. Eine unterdurchschnittliche Versorgung im Bereich der ambulanten Rehabilitation der Wohnbevölkerung der GGR ist – zumindest an diesem Beispiel – nicht zu belegen. In welchen Fällen eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation vorteilhaft wäre und ob die überdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung der GGR im Vergleich zur restlichen Schweiz optimal ist, ist aufgrund des aktuellen Wissensstandes jedoch schwer zu beurteilen. Eine Studie zur geriatrischen Rehabilitation in Europa zeigt bspw. auf, dass das Ausmass von stationärer und ambulanter Rehabilitation je nach Land sehr unterschiedlich ist (Grund et al. 2019). Eine höhere Inanspruchnahme der Rehabilitation könnte bspw. Eintritte in Langzeitpflegeeinrichtungen verzögern resp. verhindern, eine schnellere



Reintegration ins gesellschaftliche Leben begünstigen oder die Lebensqualität der betroffenen Personen erhöhen.

Bis ins Jahr 2029 ist je nach Szenario mit einem gesteigerten Bedarf an Pfl egetagen zwischen rund 1'000 (tiefes Szenario) und 32'000 Pfl egetagen (hohes Szenario) auszugehen. Im mittleren Szenario handelt es sich um einen zusätzlichen Bedarf von rund 16'000 Pfl egetagen, welche bis ins Jahr 2029 zu erwarten wären (mehr Informationen zu den Szenarien finden sich in Tabelle 12 und Kapitel 4.2.1). Dieser zusätzlich erwartete Bedarf entfällt insbesondere auf den Bereich der «Geriatrischen Rehabilitation» (GER, Steigerung um 14.3 % resp. rund 11'000 Pfl egetage bis ins Jahr 2029). Die restlichen rund 5'000 Pfl egetage entfallen vor allem auf die Leistungsgruppen «Allgemein muskuloskelettal» (MSK 1, rund 2'000) und «Allgemein neurologisch» (NER 1, rund 1'000). Prozentual steigen neben der Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER, 14.3 %) vor allem die Leistungsgruppen «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2, 9.2 %) und «Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen» (MSK 2, 7.9 %).

Innerhalb der grösseren Leistungsgruppen gilt es zudem die Entwicklung bei der Leistungsgruppe «Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen» (NER 2) genauer zu beobachten, da in dieser Leistungsgruppe die Fallzahlen und Pfl egetage in den Jahren 2019 und 2021 stark voneinander abgewichen sind (Zunahme der Pfl egetage um 48.3 %, vgl. Tabelle 5). Eine ähnliche – wenn auch nicht ganz so starke Zunahme – lässt sich in den beiden Leistungsgruppen «Paraplegiologische Rehabilitation» (PAR, 36.3 %) und «Pulmonale Rehabilitation» (PNR, 28.0 %) beobachten. Zumindest in der pulmonalen Rehabilitation liegt die Vermutung nahe, dass es sich hier um Rehabilitationsfälle aufgrund von COVID-19 handelt. Auch andere Leistungsgruppen könnten durch die COVID-19-Pandemie bei den Fallzahlen betroffen sein. Allfällige Effekte werden im laufenden Planungsprozess der Rehabilitation weiter beobachtet.

Der erwartete Anstieg der Pfl egetage insbesondere im Bereich der geriatrischen, der muskuloskelettalen sowie der neurologischen Rehabilitation sollte gedeckt werden können.

Aufgrund der grossen Interdependenz zwischen Rehabilitation und Akutsomatik ist fraglich, ob eine Regulierung, z. B. in Form einer Beschränkung von einzelnen Leistungsgruppen, in der Rehabilitation zielführend wäre. Vielmehr stellt sich – wie in der Psychiatrie – die Frage, ob in gewissen Bereichen eine ambulante Rehabilitation etwa in einer Tagesklinik ebenso gut oder allenfalls sogar vorteilhafter wäre. Eine Studie von Achterberg et al. (2019) weist in diesem Zusammenhang im Bereich der geriatrischen Rehabilitation darauf hin, dass je nach Therapieintensität und Diagnose eine ambulante oder auch stationäre Behandlung vorteilhafter sein kann. Eine vertiefte Analyse wird jedoch nicht vorgenommen und allgemeingültige Kriterien zur Zuweisung der Behandlungsart werden nicht ausgesprochen. Im Gegensatz zur Psychiatrie ist die Diskussion, inwiefern eine Verlagerung vom



stationären in den ambulanten Bereich der Rehabilitation in gewissen Fällen medizinisch sinnvoll resp. sogar vorteilhafter wäre, mit den Kliniken in der Region weniger weit fortgeschritten. Eine wichtige Besonderheit der Rehabilitation ist zudem, dass die Krankenversicherer in jedem Einzelfall eine Kostengutsprache erteilen. Um dieses eventuelle Potenzial für zukünftige Planungen besser zu verstehen, soll mit den Kliniken, welche einen Leistungsauftrag auf den gleichlautenden Spitallisten Rehabilitation der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom 1. Januar 2025 erhalten, ein Entwicklungsdiallog durchgeführt werden. Ein solcher Entwicklungsdiallog (siehe Kapitel 6.2) kann neben dem Verständnis zum Ambulantisierungspotenzial auch das Wissen zum Nutzen der Rehabilitation sowie zu allfälligen angebotsinduzierten Rehabilitationsfällen (insbesondere bei Kliniken mit akutsomatischen und rehabilitativen Angeboten) erhöhen.

6 **Rehabilitationsplanung 2025 – Das weitere Vorgehen**

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht für die rehabilitative Versorgung legt den Schwerpunkt der Analysen auf die Ermittlung der bedarfsgerechten Leistungsmengen in der stationären rehabilitativen Versorgung.

Die KVV hält in Art. 58c Bst. b zur Art der Planung Folgendes fest:

«Die Planung erfolgt:

[...]

b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen».

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden wie auch in der Planung der gleichlautenden Spitallisten der Akutsomatik vom 1. Juli 2021 eine leistungsorientierte Planung durchführen. Die leistungsorientierte Planung wird durch einen Entwicklungsdialog ergänzt. Der Entwicklungsdialog in Richtung Ambulantisierung hat das Ziel, das Wissen zur Rehabilitation mittels eines Austauschs zwischen den Spitälern und den Behörden der beiden Kantone zu erhöhen und das Potenzial zur Ambulantisierung zu erörtern.

Die Umsetzung der leistungsorientierten Planung erfolgt in zwei Schritten:

Schritt 1: Das Bewerbungsverfahren der Spitäler für Leistungsaufträge (Kapitel 6.1);

Schritt 2: Der Entwicklungsdialog (Kapitel 6.2).

Für den weiteren Planungsprozess werden die jeweils aktuellen Daten verwendet (bspw. für die Erstellung der Spitalliste wird das Datenjahr 2022 herangezogen). Die Daten für die Versorgungsplanung mussten basierend auf Daten aus dem Jahr 2021 durchgeführt werden, da noch keine aktuelleren Daten vorliegen. Erste Daten für das Jahr 2022 weisen jedoch darauf hin, dass es einen Anstieg an Fällen und Pflgetagen in der Rehabilitation gegenüber den Vorjahren geben wird. Dies wird im weiteren Prozess berücksichtigt.

6.1 **Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge**

Die gleichlautenden Spitallisten Rehabilitation werden per 1. Januar 2025 in Kraft treten. Sämtliche rehabilitativen Kliniken der Schweiz können sich für Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bewerben.



Die beiden Kantone haben den Bewerbungsprozess synchronisiert und standardisiert. Die Spitäler können ihre Anträge abbilden und werden darin auch verschiedenste Parameter zu ihrem Leistungsspektrum, der Qualität der rehabilitativen Versorgung und weiteren wirtschaftlichen, personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten angeben müssen.

Die Kantone berücksichtigen bei der Bewertung der Bewerbungen die Empfehlungen der GDK vom 20. Mai 2022 zur Spitalplanung (vgl. GDK 2022a). Bspw. wird die Versorgungsrelevanz anhand der Empfehlung 2, Bst. c und d beurteilt. Ein innerkantonales Spital ist demnach als nicht versorgungsrelevant zu betrachten, wenn der Marktanteil pro betroffene Leistungsgruppe geringer als fünf Prozent (für ein ausserkantonales Spital 10 %) ist und eine Fallzahl von zehn Fällen pro Jahr nicht erreicht wird. In begründeten Fällen kann von den Empfehlungen abgewichen werden.

Die von den Spitälern zur Verfügung zu stellenden Informationen, die als Grundlage⁶⁶ einer Bewertung der Bewerbung dienen, sind in Grundanforderungen und Anforderungen, welche die Qualität betreffen, zu unterscheiden. Grundanforderungen, welche je Spitalstandort erfüllt werden müssen, sind insbesondere:

- Sicherstellung der elektronischen Kommunikation im Sinne des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 19. Juni 2015 (SR 816.1);
- Darlegen von Finanz- und Investitionskennzahlen;
- Verzicht auf mengen- und umsatzabhängige Bonuszahlungen bei den Mitarbeitenden;
- Beteiligung an der ärztlichen und nicht ärztlichen Aus- und Weiterbildung;
- Einhaltung der Lohn- und Chancengleichheit durch den Anbieter;
- Anforderungen, welche die kantonale Gesetzgebung und die Systematik des bundesweit gültigen Tarifsystems ST Reha betreffen.

Anforderungen im Hinblick auf die Qualität der rehabilitativen Leistungserbringung sind insbesondere:

- Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation NWCH vom 19. Mai 2022;
- Patientenzentrierte Ergebnismessung (PROMs) in ausgewählten Bereichen und weitere Daten zur Ergebnisqualität;
- Vorgaben gemäss Art. 58d Abs. 2 KVV (u. a. personelle Ressourcen, Qualitätsmanagementsystem, Gewährleistung der Medikationssicherheit);
- Ausbildungsvereinbarungen in Leistungsverträgen;
- Kooperationsvereinbarungen und Konsiliar-/Liaisonverträge.

⁶⁶ Detailliertere Angaben zu den Anforderungen werden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die Spitalliste Rehabilitation publiziert.

Um sich grundsätzlich für einen Erhalt von Leistungsaufträgen zu qualifizieren, müssen die genannten Anforderungen zwingend erfüllt werden.

Der Ablauf und die voraussichtlichen Termine im Bewerbungsverfahren sind in Tabelle 17 dargestellt.

Datum	Thema
September 2023	Start Bewerbungsverfahren; Publikation im Kantonsblatt BS, Amtsblatt BL
Oktober 2023	Abschluss Bewerbungsverfahren
Dezember 2023/Januar 2024	Evaluation und Analyse der Bewerbungen
Februar 2024-Mai 2024	Gespräche mit Leistungserbringern, rechtliches Gehör inkl. Versand Entwurf Spitallisten
Juni 2024-November 2024	Genehmigungsverfahren definitive Spitallisten durch die beiden Regierungen BS und BL
1. Januar 2025	Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten

Tabelle 17 Ablauf Bewerbungsverfahren

Zu beachten ist, dass für jeden Spitalstandort, auch wenn dieser zum selben Unternehmen gehört, separate Bewerbungsunterlagen eingereicht werden müssen; dies unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen. Entsprechend werden Leistungsaufträge an Klinikstandorte vergeben.

Ein Spitalstandort ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen als ein Teil eines Spitals mit einer gewissen organisatorischen Selbständigkeit. Die am Spitalstandort tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) des Spitals resp. des Spitalstandorts entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist innerhalb des Spitalstandorts hindernisfrei gewährleistet.

Des Weiteren verpflichtet ein Leistungsauftrag dazu, alle definierten Leistungen jederzeit für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erbringen zu können (Aufnahmepflicht, vgl. Art. 41a KVG). Dies bedeutet, dass die Spitäler jederzeit über das erforderliche Fachpersonal und die notwendige medizinisch-technische Infrastruktur verfügen müssen, um alle im Leistungsauftrag definierten Leistungen am entsprechenden Spitalstandort anbieten zu können. Eine Beschränkung des Leistungsangebotes innerhalb einer Leistungsgruppe ist nicht vorgesehen. Innerhalb der Rahmenbedingungen der gleichlautenden Spitallisten agieren die Spitäler im koordinierten Wettbewerb um die Versorgung der Patientinnen und Patienten der Region Basel.



Als vertragliche Grundlage der Zusammenarbeit dienen die Leistungsvereinbarungen. Die Leistungsvereinbarungen sind integrierender Bestandteil des Prozesses und gelten mit der Einreichung der Bewerbungsunterlagen als akzeptiert. Teil des Bewerbungsverfahrens ist zusätzlich die Einwilligung zur Teilnahme am Entwicklungsdialog.

6.2 Entwicklungsdialog

Der Entwicklungsdialog in Richtung Ambulantisierung beabsichtigt, das Wissen zur Rehabilitation zu fördern und das Potenzial zur Ambulantisierung zu eruieren. Es geht dabei darum, ambulante resp. tagesklinische Behandlungen und innovative Versorgungsmodelle wie Reha@Home besser zu verstehen sowie die Effekte auf die Qualität und den Rehabilitationserfolg zu analysieren. Das Ziel des Entwicklungsdialogs ist es, eine möglichst medizinisch sinnvolle sowie kosteneffiziente Behandlung sicherzustellen und die resultierenden Ergebnisse des Entwicklungsdialogs als Grundlage für die nächste Versorgungsplanung Rehabilitation zu nutzen. Dies kann bspw. bedeuten, dass auch im ambulanten resp. intermediären Bereich therapieintensive Rehabilitationsangebote ausgebaut werden.

Im Rahmen des Entwicklungsdialogs wird berücksichtigt, dass in der Rehabilitation durch die Kostengutsprachen bereits eine wirkungsvolle Mengensteuerung vorhanden ist. Zugleich soll der Entwicklungsdialog aber auch ermöglichen, mehr über mögliche Unterschiede zwischen den Spitälern verschiedener Kantone beim Stellen von Kostengutsprachen zu lernen. Bspw. könnte die Analyse von Patientenprofilen einen Aufschluss darüber geben. Zugleich bietet der Entwicklungsdialog eine Möglichkeit, das Wissen über verspätete oder verfrühte Rehabilitationseintritte, Versorgungslücken, aber auch den Nutzen der Rehabilitation (bspw. höhere Lebensqualität, Effekte auf Langzeitpflege) zu fördern. Eine weitere Frage, welche im Rahmen des Entwicklungsdialogs betrachtet werden kann, ist das Potenzial der Ambulantisierung und inwiefern sich dieses je nach SPLG unterscheidet. Die Annahmen zur Ambulantisierung sind im vorliegenden Bericht für alle SPLG gleich. Dass dieses Potenzial je nach SPLG oder auch je nach Altersgruppe variiert, ist jedoch wahrscheinlich.

Wie bereits in der psychiatrischen Versorgung soll auch im Bereich der Rehabilitation überprüft werden, inwiefern finanzielle Aspekte eine Entwicklung in Richtung Ambulantisierung unterstützen können.

Der Entwicklungsdialog startet erst nach in Kraft treten der gleichlautenden Spitallisten Rehabilitation vom 1. Januar 2025 der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Der Entwicklungsdialog kann sowohl in Form von Gesprächen mit einzelnen Spitälern als auch – zwecks Koordination und Kooperation – von Treffen mit allen betroffenen Spitälern umgesetzt werden. Der Entwicklungsdialog



ist Voraussetzung für einen Leistungsauftrag. Verweigert ein Spital die Teilnahme am Entwicklungsdialog, kann das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt resp. die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft den Entzug oder einen Teilentzug des Leistungsauftrags auch vor Ablauf der Vertragsdauer der Leistungsvereinbarung prüfen und vornehmen.

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben mit dem Entwicklungsdialog in Richtung Ambulantisierung einen partnerschaftlichen Ansatz gewählt, welcher das Wissen zum Rehabilitationsbedarf ausbaut und somit auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung der GGR sicherstellt.



7 Literaturverzeichnis

Achterberg, W.P., Cameron, I.D., Bauer, J.M. und Schols, J.M. (2019). Geriatric rehabilitation – State of the art and future priorities. *Journal of the American Medical Directors Association* (20), 396-398.

Akaike, H. (1973). Maximum likelihood identification of Gaussian autoregressive moving average models. *Biometrika* 60(2), 255-265.

Bereich Gesundheitsversorgung Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (2022). Gesundheitsversorgungsbericht 2021: Über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen und Spitex-Anbieter im Kanton Basel-Stadt.

GDK (2022a). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.

GDK (2022b). Rehabilitation. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/rehabilitation> (abgerufen am 10.01.2023).

GDK (2022c). Gemeinsames Verständnis der Kantone von «Rehabilitation».

GDK (2022d). Empfehlung der GDK: Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2021). Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht 2021.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2022). Zürcher Spitalplanung 2023: Strukturbericht.

Grund, S., van Wijngaarden, J.P., Gordon, A.L., Schols, J.M. und Bauer, J.M. (2020). EuGMS survey on structures of geriatric rehabilitation across Europe. *European Geriatric Medicine* (11), 217-232.

Hplus (2020). DefReha© 3.0 – Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen.

Höglinger, M., Huber, A. und Eichler, K. (2019). Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation und stationäre Psychiatrie: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.

Kantone Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt (2022). Leistungsgruppensystematik in der stationären Rehabilitation der Kantone Aargau, Solothurn, Basel-Landschaft und Basel-Stadt: Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation NWCH.

Obsan (2022a). Hospitalisierungsrate in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/hospitalisierungsrate-in-akutsomatik-psychiatrie-und-rehabilitation> (abgerufen am 27.03.2023).

Obsan (2022b). Dauer der stationären Aufenthalte in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Dauer der stationären Aufenthalte in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation | Obsan (admin.ch) (abgerufen am 27.03.2023).

Obsan (2023). Gesamte Bruttokosten OKP nach Leistungsgruppen. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/kosten-in-der-obligatorischen-krankenpflegeversicherung-okp> (abgerufen am 27.03.2023).

Skinner, J. (2011). Causes and consequences of regional variations in health care. *Handbook of Health Economics* (2), 45-93.

Steiner, M., Nigg, M. und von Allmen T. (2019). Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft.



Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft und Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt (2022). Versorgungsplanungsbericht 2022: Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung.



8 **Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung Z.1 Entwicklung der Pflergetage in der GGR bis 2033
- Abbildung Z.2 Entwicklung der Pflergetage über alle Altersgruppen im mittleren Szenario
- Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur
- Abbildung 2 Patientenströme stationäre Rehabilitation 2021
- Abbildung 3 Altersverteilung der stationären Rehabilitationsfälle, Wohnbevölkerung GGR, Datenjahr 2021
- Abbildung 4 Übersicht der Spitäler mit Leistungsauftrag zu stationären rehabilitativen Behandlungen in der GGR im Jahr 2021, Darstellung der Fälle mit Wohnsitz in der GGR
- Abbildung 5 Modell der Bedarfsanalyse
- Abbildung 6 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells
- Abbildung 7 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029, Referenzszenario
- Abbildung 8 Entwicklung der Pflergetage in der GGR bis 2033
- Abbildung 9 Entwicklung der Pflergetage über alle Altersgruppen im mittleren Szenario



9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anteil ausserkantonale Behandlungen pro Leistungsgruppe, Datenjahr 2021
Tabelle 2	Patientenströme nach Alter, Datenjahr 2021
Tabelle 3	Hospitalisierungsrate Rehabilitation in sämtlichen Versorgungsbereichen, standardisierte Rate nach Alter und Geschlecht pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, gemessen in Fällen
Tabelle 4	Durchschnittliche Dauer der rehabilitativen Spitalaufenthalte in Tagen nach Wohnkanton
Tabelle 5	Fallzahlen, Pflage tage, Hospitalisierungsrate und mittlere Aufenthaltsdauer der Wohnbevölkerung GGR
Tabelle 6	Anzahl überwachungspflichtige Fälle und Anteil dieser Fälle pro Leistungsgruppe für die Wohnbevölkerung GGR
Tabelle 7	Anteil der Spitäler an den rehabilitativen Behandlungen der Wohnbevölkerung GGR, Datenjahr 2021
Tabelle 8	Anteil der Spitäler an den rehabilitativen Behandlungen mit Behandlungsort GGR, Datenjahr 2021
Tabelle 9	Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen
Tabelle 10	Leistungsbereiche und -gruppen gemäss der SPLG Rehabilitation NWCH vom 19. Mai 2022
Tabelle 11	Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung
Tabelle 12	Annahmen zu den Szenarien für die Bedarfsprognose Rehabilitation
Tabelle 13	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, Spezifikationen 2 und 3
Tabelle 14	Ergebnisübersicht Pflage tage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, Spezifikationen 2 und 3
Tabelle 15	Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, mittleres Szenario
Tabelle 16	Leistungsprognose Rehabilitation, Pflage tage, mittleres Szenario
Tabelle 17	Ablauf Bewerbungsverfahren
Tabelle A.1	Einteilung der Fallzahlen und Pflage tage mit und ohne Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER), Wohnbevölkerung GGR
Tabelle A.2	AIC für die Bedarfsanalyse der Fälle gemäss Spezifikationen 1 bis 4
Tabelle A.3	AIC für die Bedarfsanalyse der Pflage tage gemäss Spezifikationen 1 bis 4
Tabelle A.4	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021
Tabelle A.5	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2020



Tabelle A.6	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2019
Tabelle A.7	Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021
Tabelle A.8	Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2020
Tabelle A.9	Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2019
Tabelle A.10	Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse
Tabelle A.11	Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029, alle Szenarien
Tabelle A.12	Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, tiefes Szenario
Tabelle A.13	Leistungsprognose Rehabilitation, Pflgetage, tiefes Szenario
Tabelle A.14	Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, hohes Szenario
Tabelle A.15	Leistungsprognose Rehabilitation, Pflgetage, hohes Szenario
Tabelle A.16	Reduktion der Pflgetage aufgrund der Ambulantisierungsannahmen im mittleren Szenario



10 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Aargau
AI	Appenzell Innerrhoden
AIC	Akaike-Informationskriterium
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AR	Appenzell Ausserrhoden
Art.	Artikel
AVOS	ambulant vor stationär
BE	Bern
BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Basel-Landschaft
BS	Basel-Stadt
Bst.	Buchstabe
CH	Schweiz
CHF	Schweizer Franken
FR	Freiburg
GDK	Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GE	Genf
GER	Geriatrische Rehabilitation
GGR	Gemeinsame Gesundheitsregion
GL	Glarus
GR	Graubünden
INO 1	Internistisch (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Internistische und onkologische Rehabilitation»)
INO 2	Onkologisch (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Internistische und onkologische Rehabilitation»)
JU	Jura
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation
KSBL	Kantonsspital Baselland
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LU	Luzern
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer



MSK 1	Allgemein muskuloskelettal (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»)
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»)
MSK 3	Amputationen (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»)
MS-Region	MedStat-Region
NE	Neuenburg
NER 1	Allgemein neurologisch (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»)
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»)
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase) (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»)
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»)
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen (Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»)
NW	Nidwalden
NWCH	Nordwestschweiz
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Obwalden
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation
PLZ	Postleitzahl
PNR	Pulmonale Rehabilitation
PROMs	Patient-reported Outcome Measures
SG	St. Gallen
SH	Schaffhausen
SO	Solothurn
SOM	Somatoforme Störungen (Leistungsbereich)



SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen (Leistungsgruppe)
SPLG	Spitalleistungsgruppe
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SZ	Schwyz
TG	Thurgau
TI	Tessin
UAFP	Universitäre Altersmedizin Felix Platter
UEB	Überwachungspflichtige Rehabilitation
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
UR	Uri
VD	Waadt
VS	Wallis
ZG	Zug
ZH	Zürich

11 Anhang

Leistungsgruppe	Fallzahlen (mit GER)		Pflegetage (mit GER)		Fallzahlen (ohne GER)		Pflegetage (ohne GER)	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
GER	3'702	3'534	76'114	72'172	-	-	-	-
INO 1	191	210	3'919	4'116	977	862	19'170	16'525
INO 2	284	253	5'034	4'202	513	448	9'218	7'532
KAR	430	363	8'337	7'180	824	694	16'029	13'506
MSK 1	2'220	2'130	42'673	39'393	3'815	3'922	78'216	78'731
MSK 2	13	6	520	165	23	19	834	521
MSK 3	7	15	188	481	28	48	701	1'317
NER 1	844	766	24'898	23'977	1'020	912	28'308	26'609
NER 2	110	212	5'497	8'152	152	231	6'246	8'444
NER 3	72	75	1'735	1'930	72	76	1'735	1'963
NER 4	75	100	1'872	2'432	82	106	1'972	2'567
NER 5	6	15	730	842	7	19	750	941
PÄD ⁶⁷	8	18	357	638	8	18	357	638
PAR	135	156	6'494	8'853	137	156	6'535	8'853
PNR	301	394	6'038	7'730	676	676	13'165	13'079
SOM	44	32	1'475	1'140	45	35	1'509	1'195
NZL	127	85	3'392	2'198	190	142	4'528	3'180
Total	8'569	8'364	189'273	185'601	8'569	8'364	189'273	185'601

Tabelle A.1 Einteilung der Fallzahlen und Pflegetage mit und ohne Leistungsgruppe «Geriatrische Rehabilitation» (GER), Wohnbevölkerung GGR (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

⁶⁷ Die Fälle des UKBB konnten für die Auswertung der Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da nicht alle nötigen Informationen vorlagen.

Altersgruppen in Jahren	2019				2020				2021			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
18-39	3'378	3'377	3'229	3'231	3'269	3'265	3'084	3'083	3'409	3'408	3'200	3'190
40-59	5'143	5'143	4'638	4'637	4'945	4'940	4'516	4'517	5'027	5'022	4'436	4'424
60-74	6'174	6'167	5'134	5'136	6'024	6'020	5'037	5'030	6'056	6'057	5'122	5'114
über 75	16'903	16'590	9'632	8'821	15'908	15'633	9'028	8'314	16'024	15'854	8'894	8'283

Tabelle A.2 AIC für die Bedarfsanalyse der Fälle gemäss Spezifikationen 1 bis 4 (Datengrundlagen analog Bedarfsanalyse, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	2019				2020				2021			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
18-39	62'174	61'900	59'504	59'376	72'630	72'223	66'102	66'093	63'163	63'081	56'983	56'981
40-59	70'125	70'068	59'763	59'726	76'817	76'769	70'408	70'073	72'196	71'599	57'773	57'775
60-74	81'250	79'759	64'049	63'921	69'783	69'334	54'309	54'307	67'387	67'202	52'312	52'258
über 75	358'866	327'841	160'079	142'890	321'613	295'721	149'860	135'447	261'345	252'893	124'381	115'908

Tabelle A.3 AIC für die Bedarfsanalyse der Pflage tage gemäss Spezifikationen 1 bis 4 (Datengrundlagen analog Bedarfsanalyse, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Fälle	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über
18-39	169	164	2.9 %	159	5.8 %	143	15.7 %	136	19.7 %
40-59	906	802	<u>11.5 %</u>	801	<u>11.6 %</u>	777	<u>14.2 %</u>	760	<u>16.1 %</u>
60-74	2'161	1'639	<u>24.2 %</u>	1'646	<u>23.8 %</u>	1'887	<u>12.7 %</u>	1'862	<u>13.9 %</u>
über 75	5'110	2'877	<u>43.7 %</u>	2'829	<u>44.6 %</u>	4'439	<u>13.1 %</u>	4'069	<u>20.4 %</u>

Tabelle A.4 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)



Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Fälle	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über
18-39	147	155	-5.4 %	154	-4.4 %	137	6.7 %	134	8.9 %
40-59	764	730	4.5 %	719	5.8 %	683	<u>10.7 %</u>	677	<u>11.4 %</u>
60-74	1'963	1'537	<u>21.7 %</u>	1'549	<u>21.1 %</u>	1'637	<u>16.6 %</u>	1'619	<u>17.5 %</u>
über 75	4'884	2'801	<u>42.6 %</u>	2'742	<u>43.9 %</u>	4'164	<u>14.7 %</u>	3'786	<u>22.5 %</u>

Tabelle A.5 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2020, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Fälle	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über	erwartete Fälle	unter / über
18-39	192	172	10.5 %	168	12.6 %	160	16.8 %	159	<u>17.0 %</u>
40-59	887	815	8.1 %	807	9.0 %	818	7.8 %	810	<u>8.7 %</u>
60-74	2'201	1'568	<u>28.8 %</u>	1'579	<u>28.3 %</u>	1'856	<u>15.7 %</u>	1'851	<u>15.9 %</u>
über 75	5'281	3'034	<u>42.6 %</u>	2'940	<u>44.3 %</u>	4'391	<u>16.9 %</u>	3'925	<u>25.7 %</u>

Tabelle A.6 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2019, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Pflorgetage	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Pflorgetage	unter / über	erwartete Pflorgetage	unter / über	erwartete Pflorgetage	unter / über	erwartete Pflorgetage	unter / über
18-39	5'425	5'049	6.9 %	4'927	9.2 %	4'441	18.1 %	4'464	17.7 %
40-59	24'857	21'307	<u>14.3 %</u>	21'273	<u>14.4 %</u>	20'729	<u>16.6 %</u>	20'711	<u>16.7 %</u>
60-74	47'752	37'976	<u>20.5 %</u>	38'204	<u>20.0 %</u>	42'982	<u>10.0 %</u>	43'270	<u>9.4 %</u>
über 75	106'929	62'625	<u>41.4 %</u>	60'953	<u>43.0 %</u>	92'151	<u>13.8 %</u>	85'795	<u>19.8 %</u>

Tabelle A.7 Ergebnisübersicht Pflorgetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2021, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)



Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Pflegetage	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Pflegetage	unter / über	Erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über
18-39	5'015	5'222	-4.1 %	5'356	-6.8 %	4'806	4.2 %	4'770	4.9 %
40-59	20'503	19'847	3.2 %	19'711	3.9 %	19'018	7.2 %	19'423	5.3 %
60-74	42'477	35'766	<u>15.8 %</u>	35'854	<u>15.6 %</u>	37'642	<u>11.4 %</u>	37'696	<u>11.3 %</u>
über 75	99'916	60'171	<u>39.8 %</u>	57'606	<u>42.3 %</u>	85'996	<u>13.9 %</u>	78'453	<u>21.5 %</u>

Tabelle A.8 Ergebnisübersicht Pflegetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2020, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)

Altersgruppen in Jahren	Beobachtete Pflegetage	Spezifikation 1		Spezifikation 2		Spezifikation 3		Spezifikation 4	
		erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über	erwartete Pflegetage	unter / über
18-39	6'404	5'275	17.6 %	5'201	18.8 %	5'051	21.1 %	5'179	19.1 %
40-59	23'661	21'738	8.1 %	21'584	8.8 %	21'891	7.5 %	22'031	6.9 %
60-74	48'393	36'743	<u>24.1 %</u>	36'097	<u>25.4 %</u>	41'249	<u>14.8 %</u>	41'803	<u>13.6 %</u>
über 75	110'458	66'600	<u>39.7 %</u>	62'531	<u>43.4 %</u>	91'432	<u>17.2 %</u>	82'044	<u>25.7 %</u>

Tabelle A.9 Ergebnisübersicht Pflegetage Bedarfsanalyse Rehabilitation für das Jahr 2019, unterstrichene Abweichungen signifikant (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 11, eigene Berechnungen)



Gruppe von Kontrollvariablen	Verwendete Variablen				
	0-17	18-39	40-59	60-74	über 75 Jahre
Alter	Einwohner/innen im Alter von 0 bis 17 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 18 bis 39 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 40 bis 59 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 60 bis 74 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 75 oder mehr Jahren
Altersverteilung	Einwohner/innen im Alter von 14 bis 17 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 18 bis 25 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 40 bis 49 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 60 bis 64 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 75 bis 79 Jahren
Geschlecht	Männliche Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 18 bis 39 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 40 bis 59 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 60 bis 74 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 75 oder mehr Jahren
Herkunft	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 0 bis 17 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 18 bis 39 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 40 bis 59 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 60 bis 74 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 75 oder mehr Jahren
Ein-Personen-Haushalte	Anzahl Ein-Personen-Haushalte				
Haushaltsgrösse	Durchschnittliche Haushaltsgrösse				
Anzahl akutsomatische, stationäre Aufenthalte	Anzahl der Fälle, welche innerhalb eines Monats vor Eintritt in die Rehabilitation in akutsomatischer Behandlung waren				
Kantonale Mehrheit ist französischsprachig	Mehr als 50 % der Kantonsbevölkerung ist französischsprachig				

Tabelle A.10 Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse

Szenario	Jahreszahl	Altersgruppen in Jahren					Total
		0-17	18-39	40-59	60-74	über 75	
Tiefes Szenario	2021	82'120	130'977	138'961	81'977	54'818	488'853
	2025	84'887	128'709	136'161	87'856	57'939	495'552
	2029	85'606	127'642	135'288	93'122	60'218	501'876
	Veränderung 2021 bis 2029	4.2 %	-2.5 %	-2.6 %	13.6 %	9.9 %	2.7 %
Hohes Szenario	2021	82'120	130'977	138'961	81'977	54'818	488'853
	2025	87'546	132'949	137'199	88'080	60'378	506'152
	2029	90'932	134'759	137'491	93'589	64'070	520'841
	Veränderung 2021 bis 2029	10.7 %	2.9 %	-1.1 %	14.2 %	16.9 %	6.5 %
Referenzszenario	2021	82'120	130'977	138'961	81'977	54'818	488'853
	2025	86'266	130'759	136'656	88'027	59'165	500'873
	2029	88'338	131'184	136'280	93'383	62'159	511'344
	Veränderung 2021 bis 2029	7.6 %	0.2 %	-1.9 %	13.9 %	13.4 %	4.6 %

Tabelle A.11 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029, alle Szenarien (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Berechnungen)⁶⁸

⁶⁸ Die Daten für das Jahr 2021 entsprechen den tatsächlichen Bevölkerungszahlen.

Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Fallzahlen					
		Ist	2022	2025	2029	Entwicklung Ist-2029 ⁶⁹	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskelettal	2'175	2'205	2'245	2'299	5.7 %	2'352
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen	10	10	10	10	6.7 %	10
MSK 3	Amputationen	11	11	11	11	1.2 %	11
NER 1	Allgemein neurologisch	805	814	826	843	4.8 %	857
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	161	165	169	174	8.3 %	179
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	74	74	75	74	1.0 %	73
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	88	88	90	92	5.1 %	95
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	11	11	11	11	1.3 %	11
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	146	147	148	148	1.5 %	147
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	397	401	406	414	4.4 %	421
PNR	Pulmonale Rehabilitation	348	353	360	367	5.7 %	372
INO 1	Internistisch	201	204	207	210	4.9 %	213
INO 2	Onkologisch	269	271	274	278	3.5 %	282
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	38	38	38	37	-1.9 %	37
GER	Geriatrische Rehabilitation	3'618	3'733	3'867	4'055	12.1 %	4'251
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁷⁰	31	30	30	30	-2.1 %	30
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	106	108	109	109	3.3 %	109
Gesamt		8'485	8'663	8'875	9'165	8.0 %	9'451

Tabelle A.12 Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, tiefes Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁷¹

⁶⁹ Die Fallzahlen sind in der Tabelle auf ganze Zahlen gerundet. Es kann deshalb teilweise bei tiefen Fallzahlen vorkommen, dass die Wachstumsrate von Null abweicht, da im Bereich der Kommastellen ein Wachstum zu beobachten ist, welches bei der Rundung nicht mehr ersichtlich ist (vgl. bspw. MSK 2).

⁷⁰ Bei der Bedarfsprognose der Fallzahlen wurden die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) zwar berücksichtigt, die Fallzahlen des UKBB wurden jedoch nur zu den Resultaten addiert und konnten aufgrund der verfügbaren Informationen nicht in die Berechnung der Prognose miteinbezogen werden.

⁷¹ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).

Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Pfl egetage					
		Ist	2022	2025	2029	Entwick- lung Ist-2029	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskeletal	41'033	41'255	40'947	40'481	-1.3 %	39'938
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Ver- letzungen	343	356	352	341	-0.4 %	333
MSK 3	Amputationen	335	339	331	316	-5.5 %	303
NER 1	Allgemein neurologisch	24'438	24'510	24'253	23'894	-2.2 %	23'425
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsy- chiatrischen Symptomen	6'825	6'933	6'916	6'901	1.1 %	6'847
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	1'833	1'835	1'797	1'727	-5.8 %	1'644
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstö- rungen (Spätphase)	2'152	2'157	2'133	2'111	-1.9 %	2'107
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verlet- zungen	786	785	768	743	-5.4 %	712
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	7'674	7'674	7'522	7'268	-5.3 %	6'966
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	7'759	7'778	7'689	7'562	-2.5 %	7'412
PNR	Pulmonale Rehabilitation	6'884	6'937	6'890	6'792	-1,3 %	6'625
INO 1	Internistisch	4'018	4'044	4'002	3'933	-2.1 %	3'847
INO 2	Onkologisch	4'618	4'623	4'553	4'461	-3.4 %	4'363
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	1'308	1'293	1'251	1'197	-8.4 %	1'138
GER	Geriatrische Rehabilitation	74'143	75'872	76'607	77'567	4.6 %	78'409
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁷²	498	463	458	441	-11.3 %	418
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	2'795	2'814	2'769	2'694	-3.6 %	2'597
Gesamt		187'437	189'669	189'236	188'431	0.5 %	187'083

Tabelle A.13 Leistungsprognose Rehabilitation, Pfl egetage, tiefes Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁷³

⁷² Bei der Bedarfsprognose der Pfl egetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Die Prognose der Pfl egetage ist folglich nur bedingt interpretierbar.

⁷³ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).



Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Fallzahlen					
		Ist	2022	2025	2029	Entwicklung Ist-2029 ⁷⁴	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskelettal	2'175	2'244	2'336	2'462	13.2 %	2'591
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen	10	10	11	11	16.8 %	12
MSK 3	Amputationen	11	11	12	12	8.0 %	12
NER 1	Allgemein neurologisch	805	828	860	903	12.2 %	946
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	161	169	177	189	17.6 %	201
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	74	75	76	78	5.8 %	79
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	88	90	93	98	12.0 %	104
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	11	11	11	11	7.6 %	12
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	146	148	152	156	7.4 %	160
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	397	406	420	438	10.5 %	457
PNR	Pulmonale Rehabilitation	348	358	372	389	12.0 %	404
INO 1	Internistisch	201	207	215	225	12.5 %	236
INO 2	Onkologisch	269	274	282	293	9.2 %	305
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	38	38	39	39	3.9 %	40
GER	Geriatrische Rehabilitation	3'618	3'858	4'127	4'508	24.6 %	4'911
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁷⁵	31	30	31	31	1.3 %	32
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	106	109	113	117	10.8 %	121
Gesamt		8'485	8'868	9'325	9'963	17.4 %	10'623

Tabelle A.14 Leistungsprognose Rehabilitation, Fälle, hohes Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁷⁶

⁷⁴ Die Fallzahlen sind in der Tabelle auf ganze Zahlen gerundet. Es kann deshalb teilweise bei tiefen Fallzahlen vorkommen, dass die Wachstumsrate von Null abweicht, da im Bereich der Kommastellen ein Wachstum zu beobachten ist, welches bei der Rundung nicht mehr ersichtlich ist (vgl. bspw. NER 5).

⁷⁵ Bei der Bedarfsprognose der Fallzahlen wurden die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) zwar berücksichtigt, die Fallzahlen des UKBB wurden jedoch nur zu den Resultaten addiert und konnten aufgrund der verfügbaren Informationen nicht in die Berechnung der Prognose miteinbezogen werden.

⁷⁶ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).

Leistungsgruppen		Bedarfsprognose Pfl egetage					
		Ist	2022	2025	2029	Entwick- lung Ist-2029	2033
MSK 1	Allgemein muskuloskeletal	41'033	42'342	44'067	46'441	13.2 %	48'888
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Ver- letzungen	343	367	383	400	16.8 %	422
MSK 3	Amputationen	335	347	355	361	8.0 %	370
NER 1	Allgemein neurologisch	24'438	25'144	26'094	27'424	12.2 %	28'728
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsy- chiatrischen Symptomen	6'825	7'152	7'511	8'029	17.6 %	8'541
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	1'833	1'865	1'904	1'939	5.8 %	1'963
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstö- rungen (Spätphase)	2'152	2'211	2'290	2'409	12.0 %	2'557
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verlet- zungen	786	801	820	845	7.6 %	865
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	7'674	7'827	8'018	8'240	7.4 %	8'423
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	7'759	7'948	8'211	8'575	10.5 %	8'937
PNR	Pulmonale Rehabilitation	6'884	7'090	7'363	7'713	12.0 %	8'012
INO 1	Internistisch	4'018	4'149	4'307	4'518	12.5 %	4'725
INO 2	Onkologisch	4'618	4'716	4'851	5'042	9.2 %	5'240
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	1'308	1'317	1'333	1'358	3.9 %	1'379
GER	Geriatrische Rehabilitation	74'143	79'053	84'573	92'377	24.6 %	100'646
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁷⁷	498	474	493	513	3.2 %	531
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	2'795	2'884	2'978	3'098	10.8 %	3'204
Gesamt		187'437	195'691	205'551	219'282	17.0 %	233'429

Tabelle A.15 Leistungsprognose Rehabilitation, Pfl egetage, hohes Szenario, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁷⁸

⁷⁷ Bei der Bedarfsprognose der Pfl egetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Die Prognose der Pfl egetage ist folglich nur bedingt interpretierbar.

⁷⁸ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in der Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).

Leistungsgruppen		Ambulantisierungseffekt Fälle	Ambulantisierungseffekt Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Gesamt
MSK 1	Allgemein muskuloskeletal	736	1'497	2'232
MSK 2	Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen	6	13	19
MSK 3	Amputationen	6	12	17
NER 1	Allgemein neurologisch	434	884	1'318
NER 2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	126	257	383
NER 3	Multiple Sklerose (Spätphase)	31	63	94
NER 4	Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	38	78	116
NER 5	Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	13	27	41
PAR	Paraplegiologische Rehabilitation	131	267	398
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	137	278	415
PNR	Pulmonale Rehabilitation	123	250	373
INO 1	Internistisch	72	145	217
INO 2	Onkologisch	80	164	244
SOM	Rehabilitation somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	22	44	66
GER	Geriatrische Rehabilitation	1'436	2'922	4'359
PÄD	Pädiatrische Rehabilitation ⁷⁹	8	16	25
NZL	Nicht zuteilbare Leistungen	49	100	149
Gesamt		3'449	7'016	10'465

Tabelle A.16 Reduktion der Pflagegetage aufgrund der Ambulantisierungsannahmen im mittleren Szenario, Ist (= Durchschnitt der Jahre 2019 und 2021) und dem Jahr 2029 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, Angaben UKBB, eigene Berechnungen)⁸⁰

⁷⁹ Bei der Bedarfsprognose der Pflagegetage konnten die Fälle des UKBB für die Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation» (PÄD) nicht berücksichtigt werden, da die hierfür notwendigen Informationen nicht vorliegen. Die Prognose der Pflagegetage ist folglich nur bedingt interpretierbar.

⁸⁰ Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» (UEB) wird in den Analysen zur Prognose nicht separat dargestellt, da es sich um sehr wenige Fälle handelt (siehe Tabelle 6).