

Evaluation
Spitalplanung und Spitallisten
nach Art. 39 KVG

Die Planungsmethoden der Kantone

zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen
Sanitätsdirektorenkonferenz SDK

von
Ortrud Biersack, lic.rer.pol

Anschrift: Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik
Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ) der Universität Basel
Petersgraben 51
4003 Basel

Basel, im Januar 2000

Einleitung

1. Allgemeines zur Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen	1
1.1 Die Problematik von Bedarfsanalysen im Gesundheitswesen	1
1.2 Methoden der Bedarfsermittlung im stationären Sektor	3
1.2.1 Die analytische oder traditionelle Methode	3
1.2.2 Die normative Methode	4
2. Vorgehen und erster Überblick über die Methoden in den Kantonen	5
3. Das Vorgehen der Kantone mit ausschliesslich normativer Methode	8
3.1 Zur Wahl der Normbettendichte und zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Service-Population	9
3.1.1 St. Gallen und Kantone mit St. Gallen als Richtwert	9
3.1.2 Kantone mit anderen Richtwerten	11
3.2 Zusammenfassung	12
4. Das Vorgehen der Kantone mit ausschliesslich analytischer Methode	15
4.1 Zum Vorgehen bei der Ermittlung der Bedarfsdeterminanten	16
4.2 Ausgewählte Beispiele	17
4.2.1 Beispiel: Argumentative/intuitive Vorgehensweise	17
4.2.2 Beispiel: Normative Vorgehensweise	18
4.2.3 Beispiel: Detailliert projektive Vorgehensweise	20
4.3 Zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Service-Population und sonstige Merkmale	21
4.4 Zusammenfassung	22
5. Das Vorgehen der Kantone mit normativer und analytischer Methode	30
5.1 Zur Wahl der Normbettendichte	31
5.2 Zum Vorgehen bei der Ermittlung der Bedarfsdeterminanten	31
5.3 Zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Service-Population und sonstige Merkmale	31
5.4 Zusammenfassung	32
6. Synthese und kritische Würdigung	35

Überblickstabellen

Tab. 3.2: Kantone mit <i>ausschliesslich</i> normativer Methode	13-14
Tab. 4.2: Kantone mit <i>ausschliesslich</i> analytischer Methode	24-29
Tab. 5.2: Kantone mit normativer <i>und</i> analytischer Methode	33-34

Einleitung

Im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK sollte basierend auf den kantonalen Spitalplanungsdokumenten eine Bestandsaufnahme der *Planungsmethoden im somatischen Akutbereich* in den Kantonen erarbeitet werden. Die Untersuchung konzentrierte sich dabei auf folgende Punkte:

- Überblick gewinnen über die Wahl zwischen analytischer und normativer Planungsmethode in den Kantonen
- Typologisierung der Kantone nach ihrer Vorgehensweise zur Bedarfsermittlung je nach gewählter Methode:
 - welche Referenzwerte, Kriterien wurden unter der normativen Methode herangezogen
 - wie wurden die Bedarfsdeterminanten bei der analytischen Methode ermittelt
 - durch welche sonstigen Merkmale zeichnen sich die Planungen der Kantone aus
 - welche Bedarfswerte wurden ausgewiesen
- Synthese und kritische Würdigung

Die Ergebnisse präsentieren sich im wesentlichen in tabellarischer Form im Anschluss an die jeweiligen sie kommentierenden Abschnitte. Nicht immer konnten alle obigen Fragen hinsichtlich der Planungsmethodik wie sie in der Schweiz gegenwärtig praktiziert wird, befriedigend beantwortet werden. Dazu präsentiert sich die Lage (leider) allzu oft als zu heterogen, um diese auf einen einfachen Nenner bringen oder vollumfassend darstellen zu können.

1. Allgemeines zur Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen

1.1 Die Problematik von Bedarfsanalysen im Gesundheitswesen

Die grundsätzliche Problematik bei Gesundheitsplanungen besteht darin, dass der sog. "Bedarf" im Gesundheitswesen eigentlich nicht als objektive Grösse ermittelt werden kann. Zum einen zunächst deswegen, weil – mit Ausnahme der demographischen Entwicklung – die anderen dem Bedarf zugrundeliegenden *exogenen Einflussfaktoren* wie Veränderung der Morbidität und Fortschritte der Medizin in ihren Auswirkungen nicht wirklich abgeschätzt und quantifiziert werden können. Zum weiteren aber auch, weil das, was sich bereits aufgrund der gegenwärtigen Inanspruchnahme als vermeintlich "bedarfsgerecht" etabliert hat, auch aufgrund von folgenden *endogenen Einflussfaktoren* zustande gekommen ist:¹

(1) *Grosse Ermessensspielräume in der Medizin*

Die Medizin ist keine exakte Wissenschaft. Es besteht im Gegenteil eine grosse Grauzone bei den Entscheiden über diagnostische und therapeutische Leistungen, ein weiter Ermessensspielraum, den der Arzt je nach Zeit und Einrichtung auch entsprechend nutzen kann und welcher letztlich die international und national beobachteten grossen Unterschieden in den Behandlungsraten von verschiedenen medizinischen Indikationen miterklärt.² Damit erweist sich die Forderung, die Bevölkerung nach wissenschaftlich objektiven Kriterien auf ihren Gesundheitszustand zu untersuchen und daraus den Bedarf nach medizinischen Leistungen und somit die Grösse und den Ausstattungsgrad der medizinischen Einrichtungen exakt bestimmen zu können, als Illusion.

(2) *Verfügbarkeitseffekt*

Im Gesundheitswesen ist ein ausgeprägter Verfügbarkeitseffekt zu beobachten. So wurde von Milton Roemer schon 1959 darauf hingewiesen, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen mit der Zahl der vorhandenen Krankenhausbetten wächst.³ Je grösser das medizinische Angebot einer Region also ist, desto höher

¹ Eine umfassende Ausarbeitung und grundsätzliche Diskussion der nachfolgenden Punkte findet sich im Werk von Jürg H. Sommer: "Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt", Schattauer: 1999.

² U.a. Wennberg, J.E.: Population Illness Rates Do Not Explain Population Hospitalization Rates. In: Medical Care, 1987, 25: 354-359.

³ Das sogenannte "Roemer's Law" lautet: "A built bed is a filled bed."

sind der Versorgungsgrad (Spitalbenutzung, Zahl der Arztbesuche etc.) und Pro-Kopf-Ausgaben der dortigen Bevölkerung.⁴ Das bestehende Angebot an Kapazitäten wird also die empirisch feststellbare Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wesentlich mitbestimmen.

(3) *Auf Expansion ausgerichtete finanzielle Anreize*

Die im schweizerischen Gesundheitswesen anzutreffenden (finanziellen) Rahmenbedingungen sind für Patient/Versicherter, Leistungserbringer und Krankenversicherer so ausgestaltet, dass sie diese nicht zur Suche nach den *effizientesten* Versorgungsvarianten veranlassen. Vielmehr ist in einem solchen System (von Einzelleistungshonorierung, Tagespauschalen, Subventionierung des stationären Sektors, konventioneller Versicherung etc.) alles auf Mengenausweitung ausgerichtet, da für jeden Akteur nur *partikulare Nutzenüberlegungen* zählen, während die Kosten keine Rolle spielen. Damit kann aber auch der daraus zu beobachtende medizinische Versorgungsgrad der Bevölkerung dem *eigentlichen* Bedarf nicht gleichgesetzt werden.

Was demnach als "bedarfsgerecht" zu bedeuten hat, ist also zusammenfassend aus folgenden Gründen schwierig zu ermitteln:

1. Die Medizin ist keine so exakte Wissenschaft, als dass sich aus dem Morbiditätsspektrum der Bevölkerung nach wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien eindeutige und objektive Bedarfszahlen ableiten liessen. Letzlich bleibt es immer eine politische Entscheidung, was als "Bedarf" im Gesundheitswesen gelten soll, auch wenn eine noch so differenzierte und anspruchsvolle Methodik zur Ermittlung des "Bedarfs" angewandt wird.
2. Die im schweizerischen Gesundheitswesen gesetzten, auf Expansion ausgerichteten finanziellen Anreize (die insbesondere im Spitalsektor zu einem kostensteigernden Ausrüstungs- und Annehmlichkeitswettbewerb führen) verunmöglichen es, den heutigen medizinischen Versorgungsgrad der Bevölkerung unbesehen auch mit dem effektiven Bedarf gleichzusetzen.

⁴ Von Leu und Doppmann mit Daten der SOMIPOPS-Gesundheitsbefragung für die Schweiz nachgewiesen. (Leu, R.E., Doppmann, R.J.: Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, Diskussionspapier Nr. 94, Basel: Institut für Sozialwissenschaften der Universität Basel, 1985.)

1.2 Methoden der Bedarfsermittlung im stationären Sektor⁵

1.2.1 Die analytische oder traditionelle Methode

Grundsätzlich wird in der Krankenhausversorgung ausgehend vom Pflage-tag als traditioneller Leistungseinheit die Kapazität eines Krankenhauses durch die Zahl der Krankenbetten definiert. Im Anschluss daran wird somit auch der *Bedarf* an Krankenhausleistungen im allgemeinen durch die Zahl der *notwendigen Betten*⁶ zur Unterbringung der Patienten beziffert.

Eine auch im internationalen⁷ Gebrauch traditionell vorherrschende Methode zur Bedarfsermittlung im Krankenhausesektor ist die sogenannte *analytische* Bettenbedarfsrechnung. Kernstück dabei bildet die sogenannte *Bettenbedarfsformel*⁸, die ein mathematisches, statistisches Verfahren darstellt und den Bettenbedarf (B) eines bestimmten Versorgungsgebietes nach folgenden Bedarfsdeterminanten ermittelt:

B = Bettenbedarf

AD = Mittlere Aufenthaltsdauer (Pflegetage/Patienten)

SE = Spitaleinweisungen je 1000 Einwohner (Hospitalisationsrate)

EW = Einwohner des Versorgungsgebietes (Service-Population)

(HS = Anzahl Hospitalisationen = Patienten = (EW x SE))

BB = Mittlere Bettenbelegung (Pflegetage/Betten)

$$B = \frac{EW \times SE \times AD}{365 \times BB} = \frac{HS \times AD}{365 \times BB}$$

⁵ Die hier vorgestellten Methoden empfahl die Kommission "Vollzug Krankenversicherung" der SDK den Kantonen zur Festlegung ihrer Kapazitäten der stationären Versorgung im Schreiben: "Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG" 12. März 1997.

⁶ Dies im Gegensatz zur sog. leistungsorientierten Kapazitätsplanung, d.h. einer Planung bestimmter Behandlungsformen oder einzelner Leistungen (z.B. Operationen, Endoskopien), die auf einer Fallgruppenbildung der Patienten aufbaut und bei der das Bett als Planungsgrösse abgelöst wird. (Ernst Bruckenberger: M. Krankenhausplanung und Planungsgrundlagen., In: Arnold, D. Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '98, Schwerpunkt: Überkapazitäten im Krankenhaus. Stuttgart, 1998.

⁷ ebenda, sowie Institut für Gesundheits-System-Forschung: "Study of methods to determine hospital bed-to-population ratios and their use." Kiel, August 1989.

⁸ Auch Hill-Burton-Formel genannt.

Wie in Abschnitt 1.1 erläutert, wäre es bei Gebrauch dieser Methode falsch, einfach die heutigen verfügbaren Benutzungsraten aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung unkritisch in die Zukunft fortschreiben zu wollen. Vielmehr müssten bei diesem Verfahren die obigen Bedarfsfaktoren, nämlich die zu versorgende Bevölkerung, die mittlere Aufenthaltsdauer, die Hospitalisationsrate und die Bettenbelegung *in Abhängigkeit aller Einflussfaktoren* (siehe Abschnitt 1.1) für die Zukunft ermittelt und für "bedarfsgerecht" angesehen werden.

1.2.2 Die normative Methode

Dass gerade die Abschätzung und Quantifizierung der verschiedenen Einflussgrößen und damit eine zuverlässige und "bedarfsgerechte" Prognose der Bestimmungsdeterminanten mit immensen Schwierigkeiten verbunden ist und letztlich nie einen Anspruch auf Objektivität erheben kann, ist bereits dargelegt worden. Des weiteren kann eine noch so sorgfältig durchgeführte Bedarfsberechnung im Gesundheitswesen immer wieder durch eine von den beteiligten Akteuren mögliche Bedarfsfixierung weiter relativiert wird. Deshalb gehen andere Ansätze der Spitalplanung von einer vereinfachten *normativen Festlegung des Bettenangebotes* aus. Dabei bedient man sich meist – eine dem eigenen Gebiet vergleichbaren – Region als Vorbild, deren Versorgung für effizient, effektiv und von guter Qualität betrachtet wird, entlehnt als Referenzwert dessen Bettendichte (Betten/1000 Einwohner) und überträgt sie auf das eigene Einzugsgebiet (Service-Population).

2. Vorgehen und erster Überblick über die Planungsmethoden in den Kantonen

Betrachtet man die Spitalplanungssituation in den Kantonen, so lassen sich ihre planerischen Vorgehensweisen grundsätzlich zwischen den beiden vorgestellten und von der Kommission "Vollzug Krankenversicherung" der SDK empfohlenen Methoden (analytisch, d.h. Verwendung der Bettenbedarfsformel und normativ, d.h. Anwendung einer Normbettendichte) gruppieren. Dennoch war die Zuordnung zu einer der Methoden und einer *weitergehenden Typologisierung* aus folgenden Gründen mit Schwierigkeiten verbunden:

1. Uneinheitliche und unvollständige Darstellung

Die Grundlagen der Untersuchungen bildeten die Planungsdokumente der Kantone. Dabei sind die Darstellung über die Planungsmethoden, den Kriterien und der gewählten Vorgehensweise sehr unterschiedlich in der Ausführlichkeit und Einheitlichkeit zwischen den Kantonen ausgefallen. Da das gewählte Verfahren nicht immer explizit benannt wurde (z.B. FR, NE, JU, etc.), sondern oft auch nur Ausschnitte oder die Ergebnisse einer Bedarfsanalyse präsentiert werden, musste man die zugrundeliegende Vorgehensweise mehr oder weniger versuchen zu erraten.

Schwierig wird es aber bei dem Versuch einer *weitergehenden Typologisierung* der Kantone wie z.B. nach ihrer *Vorgehensweise* zur Bestimmung der zukünftigen Bedarfsdeterminanten bei der analytischen Methode. Aufgrund der uneinheitlichen und teilweisen unvollständigen Dokumentation über Herleitung und Annahmen der Berechnungen, erschwert dies ein interkantonalen Vergleich beträchtlich. Wo der Hinweis auf eine rechnerische Herleitung von Kennziffern fehlte, wurde angenommen, diese wurden *argumentativ oder normativ* bestimmt (siehe die Ausführungen der Abschnitte 3.,4.,5.). Damit treten natürlich vor allem die Kantone in den Vordergrund, welche erstens ausführlich ihre Bedarfsermittlung darlegten und zum zweiten jene, welche sich grundsätzlich von den anderen abhoben.

2. Vermischung der Planungsansätze

In einigen Kantonen vermischten sich auch die Planungsansätze, indem sowohl Vergleiche mit verschiedenen Bettendichten anderer Kantone durchgeführt sowie

zukünftige Kennziffern für die Bedarfsfaktoren präsentiert wurden und die veranschlagte Sollbettendichte offenbar ein Ergebnis von beiden Konzepten war, ohne die Entscheidungsgrundlagen explizit auszuführen.

Des Weiteren schliessen sich – angesichts der Schwierigkeiten der Bedarfsermittlung – die beiden Methoden ja auch nicht gegenseitig aus. Wie gezeigt werden wird, kann man sich beim analytischen Ansatz – wie bei der normativen Methode an die Normbettendichte – genauso gut an ("optimale") *normative* Kennziffern und Referenzwerten bezüglich den Bedarfsfaktoren anlehnen. Damit wird letztlich die Trennung zwischen analytischer und normativer Methode zu einer reinen Frage des technischen Details (siehe auch Abschnitt 6.).

Zusammenfassend stösst eine tabellarische Darstellung der kantonalen Planungsmethoden und ihren Entscheidungsgrundlagen, wie sie in den weiteren Abschnitten vorgelegt wird, an klare Grenzen und kann eigentlich nur die wesentlichen Elemente umfassen. Es kann in den folgenden Ausführungen also keinesfalls der Anspruch erhoben werden, dass die Spitalplanungen der Kantone in ihren Merkmalen vollständig eingefangen wurden.

Tabelle 2.1 zeigt zunächst die Wahl der Planungsmethode unter den Kantonen, in Abhängigkeit der Versorgungsstufe, wie sie sich in den Planungen präsentierte. Man kann nicht sagen, dass vorwiegend eine der beiden Methoden zur Anwendung kam. 10 Kantone stützten ihre Bedarfsermittlung ausschliesslich auf die normative Methode, 9 Kantone dagegen benutzten nur die analytische Methode. 7 Kantone hingegen bedienten sich beider Verfahren.

Die nun kommende Untersuchung dieser *drei Gruppen* von Kantonen folgt dem weiter unten dargestellten Schema (Abbildung 2.1). Die nachfolgenden Abschnitte sollen also Aufschluss darüber geben, auf welche Weise, die normative und analytische Methode in den Kantonen zum Einsatz kamen. Wie gezeigt werden wird, lassen sich vor allem weitere *Unterscheidungen* zwischen den Kantonen und je nach Methode machen, was ihre Vorgehensweise bei der *Ermittlung der Bedarfswerte* betrifft.

Tab. 2.1: Die Wahl der Planungsmethode in den Kantonen

Kanton	Versorgungsstufe	normative Methode	analytische Methode	Planungshorizont
OW/NW/UR ¹	*	X		2000
SZ	*	X		2000
AI	*	X	X	2010
AR	*		X	2000
GL	*		X	2005
ZG	*	X	X	2000
SH	*	X	X	nicht explizit
JU	**	X		2000/2005
TG	**		X	2005
AG	**	X	X	2005
GR	**	X		2000
LU	**	X	X	2005
SO	**		X	nicht explizit
SG	**	X		2005
FR	**	X		2020
NE	**	X		nicht explizit
VS	**		X	2000
TI	**	X		1998/2005
ZH	***		X	2005
BE	***		X	2010 (?)
BS/BL ¹	***	X	X	2002
VD	***		X	2005
GE	***		X	2001

* = Kanton der Grund- und erweiterten Grundversorgung

** = Kanton mit Angebot bis zur spezialisierten Versorgung

*** = Kanton mit Angebot bis zur hochspezialisierten Versorgung

¹ Kantone die eine gemeinsame (kantonsübergreifende) Planung durchführten.

Abb. 2.1: Mögliche Typologisierung aufgrund spezifischer Charakteristika in der Vorgehensweise der kantonalen Spitalplanung

<i>normative Methode</i>		<i>analytische Methode</i>	
Orientierung an SG	andere	argumentativ/normativ	detailliert projektiv
OW/NW/UR, GR, SZ	SG, JU, FR, NE, TI	AR, GL, SO, TG, VS, BE, GE	ZH, VD
normative und analytische Methode			
AI, ZG, SH, LU, AG, BS/BL			

3. Das Vorgehen der Kantone mit *ausschliesslich* normativer Methode

Die Kantone SG, OW/NW/UR⁹, SZ, GR, JU, FR, NE, und TI benutzten die *normative* Methode zur Ermittlung des zukünftigen Bettenbedarfs. Während die Kantone JU, FR, NE sowie TI dieser Methode eher *implizit* folgten, setzten sich die Planungskonzepte von SG, OW/NW/UR, SZ und GR intensiv und ausführlich mit den Schwierigkeiten der Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen auseinander (siehe auch Abschnitt 1.1) und begründeten damit *ausdrücklich* ihre Wahl zur normativen Vorgehensweise:

"... Ein grosser Teil aller vorhergehenden Hinweise in diesem Anhang wurden notiert, um Illustrationen für die Behauptung zu haben, dass die Separierung von einzelnen Einflussfaktoren (auf Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer, Anm. d. Autorin) schwierig ist. Es ist zudem ausgeschlossen, eine Variable, von der vermutet wird, dass sie Auswirkungen auf die Hospitalisationshäufigkeit zeitige (z.B. Altersprozess), auch mit Bezug auf die Aufenthaltsdauer zu deuten. Jede Auflistung von Spekulationen würde dann letztlich zu einer papierenen Übung verkommen, weil gesicherte empirische Werte in der Schweiz kaum existieren.

Trotzdem verlangt das neue Planungskonzept, dass nach Vorbild zur Orientierung gesucht wird. Wenn es schon ausgeschlossen ist, planungsrelevante Faktoren zu separieren und in eine sinnvolle Bedarfsrechnung überzuführen, dann bleibt nur der Versuch der Analogie. ..."

(Quelle: Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, Anhang: Methodik der Planung, August 1997, S. 20)

Tabelle 3.1 informiert im Überblick und Tabelle 3.2 (im Anschluss an diesen Abschnitt) etwas ausführlicher über die diese Vorgehensweise betreffenden wesentlichen Elemente wie die Wahl der Referenzbettendichte, allfällige Berechnung der Service-Population und die daraus resultierende Sollbettendichte in diesen Kantonen. Darunter erwies sich eine Gruppe von Kantonen (OW/NW/UR, SZ, GR), die sich am Kanton St. Gallen orientierte, als recht homogen in ihrer Bedarfsermittlung. Im folgenden werden die wichtigsten Punkte der Kantone mit normativer Methode beschrieben.

Tab. 3.1: Die Wahl der Normbettendichte in den Kantonen und sonstige Merkmale der Planung der Kanton mit *ausschliesslich* normativer Methode

<i>Elemente der Planung</i>	SG	OW/NW/UR	SZ	GR	JU	FR	NE	TI
<i>Wahl der Normbettendichte</i>	Vergleich interkantonal 3,5	Anlehnung an SG 3,28	Anlehnung an SG 3,28	grundsätzlich Anlehnung an SG 3,28 Anpassung auf 4,0/3,5	Orientierung an SDK ¹ 3,5-3,9	Vergleich internat./ (auch SDK ¹ ?) 3,5	<i>nicht explizit (auch SDK¹?)</i> 3,5-3,8	Vergleich internat. und interkantonal 3,5
<i>Vorgehen bei der Berücksichtigung von Import/Export</i>	Berechnung der Service-Population	Berechnung der Service-Population	Berechnung der Service-Population	Verrechnung von Import und Export (Patienten)	? <i>keine näheren Ausführungen</i>	Berechnung über Eigenversorgungsgrad	? <i>keine näheren Ausführungen</i>	? <i>keine näheren Ausführungen</i>
Ergebnis: Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	3,28*	2,37/2,64/ 2,68*	2,57*	Anpassung aus geogr. Gründen auf 4,0/3,5 ²	3,6/3,0 ³	3,5	3,0 3,5-3,8 ³	4,4/3,5 ⁴

* bezogen auf die öffentlich/öffentl.-subventionierten Spitäler

¹ Kommission Vollzug Krankenversicherung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, Arbeitsgruppe 2 'Spitalplanung, Spitalisten und Listen der Pflegeheime', Empfehlungen an die Kantone, Vernehmlassungsentwurf vom 1. Juli 1996, Anhang 1/2.

² Binnenbedarf, je nach Planungshorizont 2000/2005.

³ Für Betten des Typs A (entspricht Akutbereich) 3,0; inkl. Bettentyp B (A+B)=3,5-3,8

⁴ Je nach Planungshorizont 1998/2005

3.1 Zur Wahl der Normbettendichte und zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Service-Population

3.1.1 St. Gallen und Kantone mit St. Gallen als Richtwert

St. Gallen

St. Gallen geht von einem Richtwert (Schätzung) von 3,5 Betten je 1'000 Einwohnern Servicepopulation (= effektiv zu versorgende Bevölkerung) unter Vergleich mit ähnlichen Richtwerten in den Kantonen Luzern und Aargau für eine *heute* angemessene Versorgung aus. Nach Berechnung der Service-Population (siehe Rechnungsmodelle S. 11), die dem Umfang der Kantoneinwohner sehr nahe kommt, wird der aktuelle Bettenbedarf unter Verwendung des Richtwertes für den Kanton berechnet. Von diesem Bettenbedarf wird angenommen, dass er auch dem zukünftigen Bettenbedarf entsprechen wird, da davon ausgegangen wird, dass sich die Zunahme

⁹ Obwalden, Nidwalden und Uri haben sich - nebst Basel-Stadt und Baselland - zu einer gemeinsamen Planungsregion für den somatischen Akutbereich zusammengeschlossen.

der Servicepopulation¹⁰ mit der Entwicklung vermehrt ambulant vorgenommener Abklärungen und Eingriffe sowie kürzere Aufenthaltsdauer kompensiert, und es dann zu einer Anpassung des Richtwertes auf 3,28 pro tausend Einwohner (bezogen auf die öffentlichen Spitälern) im Jahr 2005 kommt.

OW/NW/UR, SZ und GR

Die Kantone OW/NW/UR, SZ und GR übernahmen in ihren Planungen das sanktgallische Resultat von 3,28 Betten/1000 Einwohner bereits für das Jahr 2000. Insbesondere OW/NW/UR, und SZ begründeten diese Wahl ihres Richtwertes mit den Überlegungen, dass kein planerisches Vorbild aus einem vergleichbaren Kanton existiere, d.h., ein Kanton mit Betrieb von nur einem einzigen Spital. Zudem gehört der Betriebsaufwand der sanktgallischen Spitälern gesamtschweizerisch zu den tiefsten. Damit ist die Orientierung an St. Gallen zwar die zweitbeste der zur Verfügung stehenden Variante, dennoch entspricht sie weitgehend den planerischen Vorstellungen des Gutachters¹¹. Zudem ist St. Gallen gewillt, zwischen 250 und 300 Betten abzubauen, während der Betriebsaufwand der Spitäler gesamtschweizerisch zu den tiefsten gehört. Darüber hinaus sollte bewusst nicht der tiefste Wert (z.B. jener des Kantons Thurgau) übernommen werden: "*... weil sonst die Etikettierung als Extremwert provoziert worden wäre.*"¹²

GR passte zusätzlich den sanktgallischen Richtwert wegen seiner speziellen geographischen Verhältnissen, der massiv unterschiedlichen Abdeckung mit Spezialärzten und wegen der Schwankungen aus dem Tourismus noch nach oben auf einen Wert von 4,0 für 2000 und 3,5 für 2005 an.

Daneben erfordert die Übernahme einer Normbettendichte die Umlegung auf die tatsächliche Service-Population, das heisst die Anpassung um zu- und abgewanderte Patienten, was in den betreffenden Kantonen auch anhand folgender zwei Rechnungsmodellen (implizit oder explizit) vollzogen wurde. Dabei wurden die gegenwärtigen Import und Exportverhältnisse für die Zukunft beibehalten:

¹⁰ Zwischen drei Szenarien der kantonalen Bevölkerungsprognose wurde jenes mit "gemässigtem Wachstum" gewählt. Bei Patientenimport und - export wurde mit gleichbleibenden Verhältnissen gerechnet.

¹¹ Die Planungen von OW/NW/UR und SZ berufen sich auf denselben Gutachter.

¹² Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, Anhang: Methodik der Planung, August 1997, S. 25.

Modell 1: Direkte Verrechnung von "Patientenimport" und "-export"

$\text{Bettenbedarf} = \text{Normbettendichte} \times \frac{\text{kant. Patienten im Kanton}}{\text{kant. Pat. im Kanton} + (\text{kant. Pat. ausserkant.} - \text{ausserkant. Pat im Kanton})}$
--

Modell 2: Berechnung nach der Service-Population

$\text{Servicepopulation} = \text{Kantonsbevölkerung} \times \frac{(\text{kant. Pat. im Kanton} - \text{ausserkant. Pat. im Kanton})}{(\text{kant. Pat. im Kanton} - \text{kant. Pat. ausserkant.})}$
$\text{Bettenbedarf} = \text{Normbettendichte} \times \text{Servicepopulation}$

Tabelle 3.1 zeigt die daraus resultierenden Sollbettendichten pro 1000 Einwohner. Für die Kantone OW/NW/UR ergab sich ein Wert von je 2,37/2,64/2,68, für SZ 2,57 und für Graubünden je nach Planungshorizont 4,0 und 3,5. Es sei hier schon einmal darauf verwiesen, dass sich *diese* Werte *nicht* miteinander vergleichen lassen, da sie ja gerade die unterschiedlichen kantonalen Zu- und Abwanderungsverhältnisse des Kantons (beispielsweise SZ ist ein "Nettoexporteur" während GR "ein Nettoimporteur" ist) berücksichtigen.

3.1.2 Kantone mit anderen Richtwerten

Die Kantone JU, FR, NE sowie TI lassen sich - obschon sie es nicht explizit ausführen - auch zur Gruppe der *normativen* Methode zuordnen, da auch sie in ihren Planungen den zukünftigen Bettenbedarf an eine Normbettendichte (meist basierend auf einem interkantonalen oder -nationalen Vergleich) anlehnten. Als Richtwert galt unter ihnen eine Bettendichte zwischen 3,5 und 3,8. Der Kanton JU bezog sich dabei auch explizit auf die Richtwerte der Kommission Vollzug Krankenversicherung der SDK¹³, welche für die Grundversorgung eine Bettendichte von 3,0 und für eine umfassende Versorgung einen Wert von 3,5-3,8 empfahl. Durch eine mögliche Reduktion der Benutzungsfaktoren der Spitalleistungen (Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer) leitete er daraufhin einen tieferen Zielwert von 3,6 im Jahr 2000 und 3,0 für das Jahr 2005 ab. Daneben unterschied NE noch zwischen einer Bettendichte von 3,0 für Bettentyp A mit kurzer Verweildauer von 7 Tagen (Akutbereich), inklusive Bettentyp B (21 Tage Verweildauer) eine Bettendichte von 3,5-3,8.

¹³ Kommission Vollzug der Schweizerischen Krankenversicherung, Arbeitsgruppe 2 'Spitalplanung, Spitalisten und Listen der Pflegeheime', Empfehlungen and die Kantone, Vernehmlassungsentwurf vom 1. Juli 1996, Anhang 1/2.

Trotz punktuellen Angaben in den Planungsdokumenten über die Inanspruchnahme von Leistungen ausserhalb des Kantons und durch ausserkantonale Patienten im Kanton, wird deren Einbezug in die Bedarfsberechnungen von JU, NE und TI nicht näher erläutert. Die Berechnungen beziehen sich auf die Kantonseinwohner (siehe Tabelle 3.2). FR hingegen berechnete seine Bettenanzahl unter der Annahme der Beibehaltung eines Eigenversorgungsgrades von mindestens 95 %.

3.2 Zusammenfassung

St. Gallen orientierte sich an einer *Normbettendichte von 3,5* und erhielt aufgrund der Anpassung an die zukünftige Service-Population unter der Annahme von gleichbleibenden Zu- und Abwanderungsverhältnissen eine Bettendichte von 3,28 (Betten/1000 Einwohner) für das Jahr 2005.

Eine im Vorgehen recht homogene Gruppe von Kantonen (OW/NW/UR, SZ, GR) nahm diese Bettendichte von 3,28 *des Kantons St. Gallen als Referenzwert*, da er weitgehend ihren Vorstellungen einer (zukünftigen) "guten Versorgung" (Benchmark) entsprach, setzte ihn aber bereits für den Planungshorizont 2000 (GR auch 2005) an. Sie ermittelten die zukünftigen Service-Populationen, ebenfalls unter der Annahme, dass die Zu- und Abwanderungsverhältnisse konstant bleiben, und berechneten einen angepassten Bettenwert.

Die Kantone JU, FR, NE und TI orientierten sich (grob) entweder aufgrund eines interkantonalen Vergleichs oder auch gestützt auf die Richtwerte der SDK an einen Wert zwischen 3,5-3,8. FR ermittelte unter Beibehaltung eines Eigenversorgungsgrad von 95 % seinen Bettenbedarf auf Basis von einer Bettendichte von 3,5 für den langfristigen Zeithorizont von 2020. JU, NE, TI machten hingegen keine näheren Ausführungen zum Einbezug von Im- und Export und bezogen ihre Bettenberechnung auf die zukünftigen Kantonseinwohner (JU: 2000/2005, TI: 2005, NE: nicht explizit).

Im Vergleich mit anderen Spitalplanungen (siehe Abschnitt 4) wurde unter diesen Kantonen die Versichertenstruktur der Service-Population bzw. der Kantonseinwohner nicht miteinbezogen.

Tab. 3.2: Kantone mit *ausschliesslich* normativer Methode

Merkmale der Planung	SG	OW/NW/UR	SZ	GR
Zur Wahl des Bettenwertes				
Anlehnung an	Verweis auf ähnliche Werte: LU, AG	SG	SG	SG
Normbettendichte (Betten/1000 EW)	3,5	3,28	3,28	3,28
Vorgehen/Annahmen zur Service-Population				
- Demographische Entwicklung	3 Bevölkerungsszenarien: Wahl fiel auf gemässigt Wachstum 1994-2005 ca. + 7,8 %. Es wird mit einer Bevölkerung von 475'000 resp. mit einer Serv.-Pop. von 465'000 gerechnet.	Bevölkerungsprognose: steigend, (jedoch keine näheren Ausführungen) Es wird mit einer Bevölkerung von 32'500/39'000/36'200 gerechnet.	Bevölkerungsprognose steigend: 1996-2000 ca. + 4,7 % auf 128'500	Bevölkerungsprognose: steigend, (jedoch keine näheren Ausführungen) auf 185'000.
- Einbezug von Import und Export	Berechnung der Service-Population durch Erhebung, Einwohnerzahl entspricht auch ca. Umfang Service-Population	Berechnung der Service-Population ¹ , Schätzung durch Anfrage an ausserkantonale Institutionen	Berechnung der Service-Population ¹ , Schätzung durch Anfrage an ausserkantonale Institutionen	Verrechnung noch Import und Export (Patienten) ¹ , zur Schätzung jedoch keine näheren Ausführungen
- Entwicklung Import, Export	Fortschreibung unter Annahme gleichbleibender Voraussetzungen	implizit konstant (heutige Werte werden übernommen)	implizit konstant (heutige Werte werden übernommen)	implizit konstant (heutige Werte werden übernommen)
- Sonstige Annahmen/ Kriterien *	Die Zunahme der Serv.-Pop. wird gerade durch die zukünftige kürzere Aufenthaltsdauer kompensiert (argumentativ)			siehe kant. Besonderheiten
Ergebnis				
Die Planung betreffende Versorgungsstufe	bis zur spezialisierten Versorgung	betrifft Grund-/erweiterte Grundversorgung	betrifft Grund-/erweiterte Grundversorgung	bis zur spezialisierten Versorgung
Planungshorizont	2005	2000	2000	2000/2005
Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	3,28	2,37/2,64/2,68	ca. 2,57	4,0/3,5
Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen	1'550 Planbetten entsprechen 3,28 Betten/1000EW bezogen auf die öffentlichen Spitäler.	Planung bezieht sich auf die drei öffentlichen Kantonsspitäler.	331 Planbetten entsprechen umgerechnet 2,57 Betten/1000 EW bezogen auf die öffentl.-subvent. Spitäler	Aufgrund geographischer und regionaler Verhältnisse sowie Schwankungen aus dem Tourismus wird der Wert auf 4,0 (2000) und 3,5 (2005) angepasst. Ausweisung für Importbetten erfolgt gesondert (90 Betten)

¹ Planungen verweisen auf (zwei) verschiedene Modellberechnungen zum Einbezug der Service-Population: 1. Direkte Verrechnung von Import und Export (Patienten) 2. Berechnung ausgehend von Service-Population

* wie beispielsweise auch weitere Differenzierung der Servicepopulation nach Versichertenstatus, etc..

(Fortsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	JU¹	FR	NE	TI
Zur Wahl des Bettenwertes				
Anlehnung an	Orientierung an SDK	Anlehnung an einen Indikator für bis zur spezial. Versorgung (SDK?), Vergleich auch international	nicht explizit	Vergleich mit VS, BS, JU, VD, FR, BE, TG , internationaler Vergleich
Normbettendichte (Betten/1000 EW)	3,5-3,9	3,5	3,5-3,8 (Betten Typ A und B, siehe unten)	4,4 (1998) 3,5 (2005)

Vorgehen/Annahmen zur Service-Population				
- demographische Entwicklung	Bevölkerungsprognose steigend: 1996-2010 ca. + 3,6 %, bis 2020: ca. + 6,5 %. Für 2000 wird mit einer Bevölkerung von 69'500 gerechnet.	Bevölkerungsprognose steigend auf 265'000 (2020)	Planungshorizont nicht explizit. Es wird mit einer Bevölkerung von 170'000 gerechnet.	Für 1998: Als Servicepopulation galt 317'600 Einwohner
- Einbezug von Import und Export	keine näheren Ausführungen zum Einbezug. Berechnung bezieht sich auf Kantoneinwohner.	ca. 95 %- Eigenversorgungsgrad	keine näheren Ausführungen zum Einbezug. Berechnung bezieht sich auf Kantoneinwohner.	keine näheren Ausführungen zum Einbezug. Berechnung bezieht sich auf Kantoneinwohner.
- Entwicklung Import, Export	Keine näheren Ausführungen	Beibehaltung 95 %- Eigenversorgungsgrad	keine näheren Ausführungen	keine näheren Ausführungen
- Sonstige Annahmen/ Kriterien *				

Ergebnis				
Die Planung betreffende Versorgungsstufe	bis zu Teilbereichen der spezialisierten Versorgung	bis zur spezialisierten Versorgung	bis zur spezialisierten Versorgung	bis zur spezialisierten Versorgung
Planungshorizont	2000/2005	2020	nicht explizit	1998/2005
Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	3,6/3,0	3,5	total: 3,5-3,8, davon Betten Typ B: 0,5-0,8 Betten Typ A: 3,0	4,4/3,5
Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen	Auch "imperative" Herleitung des Planwertes ¹ : Diese Normbettendichte ist zu erreichen durch eine Reduktion der Hospitalisationsrate (Vergleich VD) und Aufenthaltsdauer (-10 bis 15 %), sowie eine Erhöhung der Belegungsrate (80-85 %)	Davon 3,1 öff. Spitäler und 0,4 in privaten Spitälern	Bei der Planung wurde unterschieden zwischen den Betten nach - Typ A: kurze Verweildauer: 7,0 Tage und Belegungsrate 80 % => <i>Akutbereich</i> - Typ B: Verweildauer 21 Tage und Belegungsrate 90 % => <i>Reha-, Palliativbereich etc.</i>	Davon 70 % Betten in den öff. Spitälern, 30 % in den privaten. Berechnung der Betten für Regionen, Regionalbetten und "zentralisierte" Betten (0,45)

¹ Die Spitalplanung des Kantons Jura enthält zwar auch Elemente der analytischen Methode (Werte für Aufenthaltsdauer, Belegungsrate etc.) und könnte eigentlich auch Gruppe C zugeordnet werden. Da diese jedoch wiederum eigentlich eher "normativ" oder "imperativ" und zur Plausibilisierung des Normbettenwertes vorgegeben werden, erfolgt die Erwähnung hier nur am Rande.

* wie beispielsweise auch weitere Differenzierung der Servicepopulation nach Versichertenstatus, etc..

4. Das Vorgehen der Kantone mit *ausschliesslich* analytischer Methode

Die neun Kantone AR, GL, SO, TG, VS, BE, GE, ZH, und VD stützten ihre Spitalplanung *ausschliesslich* auf die analytische Methode, d.h. sie verwendeten - explizit oder implizit - die *klassische Bettenbedarfsformel* wie sie in Abschnitt 1.2.1 beschrieben wurde und anhand welcher die zukünftige Patientenzahl abgeleitet und dann der Bettenbedarf berechnet wird. Tabelle 4.1 zeigt im Ergebnis die durchschnittlichen Werte der für die Bedarfsformel relevanten Bestimmungsfaktoren mittlere Aufenthaltsdauer, Hospitalisationsrate und Bettenbelegung, wie sie in den Planungen der einzelnen Kantone veranschlagt wurden.

Tab. 4.1: Die *durchschnittlichen* Werte der zukünftigen Bedarfsfaktoren und sonstige Merkmale der Planungen in den Kantonen mit *ausschliesslich* analytischer Methode

<i>Elemente der Planung</i>	AR	GL	SO	TG	VS	BE ¹	GE	ZH	VD
<i>Mittl. Aufenthaltsdauer</i>	8,5 (a/n)	9,6 (a)	10,0 (a)	9,0 (a)	7,0-7,5 (n)	8,64 (n)	10,0 (?)	9,0 (p)	5,85-6,49 (n)
<i>Hospitalisationsrate</i>	12,0 (a)	11,3 (a)	11,0 (a)	11,4 (a)	11,0 12,0 13,0 (a/n) ²	10,6 (a)	(?)	12,4 (p)	13,65 (p)
<i>Bettenbelegung</i>	80 -85 %	78,5 %	80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	80 %
<i>Sonstige Merkmale</i>		Unterscheidg nach Fachbereichen	Unterscheidg. nach Fach-/Spitalkategorien				Planung für öff. Spitäler (Uniklin.)	Unterscheidg. nach Fachb., Region, Altersgruppen	Unterscheidung zwischen Unikliniken (CHUV) und anderen (GHRV)
<i>Vorgehen bei der Berücksichtigung von Import/Export</i>	Verrechnung der Pflegetage	Verrechnung der Patienten/in Hospitalisationsrate enthalten	Berechnung Serv.-Pop. pro Spital	Verrechnung der Pflegetage/in Hospitalisationsrate enthalten	? <i>nicht explizit</i>	Berechnung der Serv.-Pop. pro Region	? <i>nicht explizit</i>	in Hospitalisationsrate enthalten	Verrechnung der Patienten/Pflegetage/in Hospitalisationsrate enthalten
<i>Einbezug der Versichertenstruktur</i>	X			X				X	X
<i>Ergebnis: Sollbettendichte (Betten/1000 EW)</i>	3,23	3,5	2,9/3,45/ 3,75 ²	3,3	max. 3,2	2,96 ¹	2,4 ⁴	insg. 3,63	2,9

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen

(a) = argumentative/intuitive Herleitung

(n) = normative Herleitung

(p) = detaillierte projektive Abschätzung

¹ bezieht sich in Bern nur auf die Grund- und erweiterte Grundversorgung

² verschiedene Szenarien

³ verschiedene Spitalkategorien

⁴ eigene Berechnung, bezieht sich nur auf die öffentlichen Spitäler (Unikliniken)

Von Interesse ist dabei, auf welche Art und Weise die jeweiligen Werte in diesen kantonalen Planungen zustande kamen. Während die *Bettenbelegung* grundsätzlich meist zwischen 80 und 85 % *normativ* festgelegt wird, lassen sich unter den Kantonen *drei Vorgehensweisen* zur Ermittlung der beiden Bestimmungsfaktoren *mittlere Aufenthaltsdauer* und *Hospitalisationsrate* für die Bettenbedarfsformel unterscheiden. Auf diese Vorgehensweisen wird im folgenden eingegangen.

4.1 Zum Vorgehen bei der Ermittlung der zukünftigen Bedarfsdeterminanten

Aufgrund der Schwierigkeiten einigermaßen zuverlässige Aussagen darüber machen zu können, welche Faktoren überhaupt welchen Einfluss auf die Bestimmungsfaktoren ausüben, geschweige denn diese auch noch zu quantifizieren, bediente sich die *Mehrheit* der Kantone (siehe Tabelle 4.1 und 4.2) einer *pragmatischen* Vorgehensweise. So erfolgte die Herleitung der Bestimmungsfaktoren zum einen auf eine *argumentativen/intuitiven* Weise und/oder man ging zum anderen *normativ* vor, indem man bestehende für geeignet erachtete Referenzwerte herbeizog und gegebenenfalls auf kantonale Verhältnisse anpasste. (Eine sehr *dezidiert normative* Vorgehensweise war insbesondere der Fall bei der Ermittlung der mittleren Aufenthaltsdauer bei VS, VD und BE.)

Daneben zeichnen sich die Kantone ZH und VD durch eine detailliertere Herleitung der Bestimmungsfaktoren (vor allem der Hospitalisationsrate) aus. ZH mehr oder weniger damit, dass es den Entwicklungstrend seiner vergangenen und gegenwärtigen Werte auf der Basis der demographischen Entwicklung (nach Altersgruppen und Region) in die Zukunft extrapolierte.¹⁴ Das detaillierte projektive Vorgehen VD bei der Bestimmung der Hospitalisationsrate stellt hingegen unter allen Planungen einen besonderen Fall dar und wird in Abschnitt 4.2.3 in groben Zügen vorgestellt.

Diese drei Vorgehensweisen werden nun im folgenden anhand von Beispielen (idealtypisch) skizziert.

¹⁴ Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Zürcher Krankenhausplanung 1991.

4.2 Ausgewählte Beispiele

4.2.1 Beispiel: Argumentative/intuitive Vorgehensweise

Mit unterschiedlicher ausführlicher Argumentation werden in diesen Planungen die verschiedenen *Einflussfaktoren* auf die Bedarfsgrössen, wie Altersstruktur, Morbidität, medizinischer Fortschritt sowie gelegentlich auch die institutionellen Rahmenbedingungen etc. diskutiert und die jeweiligen Trends und Auswirkungen mehr oder weniger *intuitiv abgeschätzt*, meist mit dem Resultat, dass sich die *heutige* mittlere Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate in Zukunft reduzieren werden. Da man daneben auch oft zur Unterstützung Vergleichswerte aus anderen Kantonen heranzieht, ist diese Vorgehensweise folglich auch nie frei von *normativen Elementen*.

Die nachfolgenden Auszüge aus Planungsdokumenten illustrieren idealtypisch das Vorgehen der Kantone, welche eine argumentativen/intuitiven Abschätzung der mittleren Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate wählten.

Beispiel: Mittlere Aufenthaltsdauer

"...

Das starke Wachstum des Anteils der über 65jährigen lässt eine längere Aufenthaltsdauer erwarten (Komplexität der Fälle, längere Regenerationsphase). Ebenso spricht die Entwicklung der Haushaltsstrukturen für längere Aufenthalte der Betagten.

Heutige Kurzhospitalisationen können bei richtigem Setzen der Anreizsysteme vermehrt in ambulante Behandlungen umgewandelt werden. Damit kommt es zu einem Anstieg der Aufenthaltsdauer bei Verminderung der Spitalhäufigkeit. Gleichzeitig darf aber mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer gerechnet werden durch bessere ambulante, schonendere Eingriffe und wirksamere Medikation. So kann auch bei grösser werdendem Anteil der älteren Bevölkerung mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf 9,0 bis 9,5 gerechnet werden.

Im interkantonalen Vergleich bewegt sich die Grösse in der Planung zwischen 9,0 und 9,5 Tagen."

(Quelle: Planung der stationären Gesundheitsversorgung des Kantons Thurgau 1998 (Spitalplanung 1998), vom Regierungsrat genehmigt am 9. Dezember 1997, S.33)

Beispiel: Hospitalisationsrate:

"...

In der folgenden Tabelle werden Einflussfaktoren auf die Hospitalisationshäufigkeit gezeigt:

<i>Einfluss auf die Spitalbelastung</i>	<i>Trend</i>
<i>Morbidität der Bevölkerung</i>	↑
<i>Altersstruktur der Bevölkerung</i>	↑
<i>Ärztliche Grundversorgung</i>	↓
<i>Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie/ Fortschritte der Medizin</i>	↓↑
<i>Prävention und Gesundheitspflege</i>	↓
<i>Zuwanderung</i>	↑
<i>Abwanderung</i>	↓

Die erwähnten Einflussfaktoren auf die Hospitalisationshäufigkeit sind nur schwer zu quantifizieren und können sich kontrovers auf die Spitalbelastung auswirken: ...

...

Die Spitalplanung für den Kanton ... rechnet in der Planungsperiode 1998-2005 mit einer Spitalbelastung von 10,5-11,5 durch Patienten mit Wohnsitz in und ausserhalb des Kantons. Es wird davon ausgegangen, dass

- der Anteil der ausserkantonalen Patienten konstant bleibt und*
- weniger Personen mit Wohnsitz im Kanton in andere Kantone abwandern, um dort Leistungen in Anspruch zu nehmen.*

...."

(Quelle: Sanitätsdirektion Kanton Glarus: Spital- und Heimplanung des Kantons Glarus 1998, Dezember 1997, S. 10 und S. 15)

4.2.2 Beispiel: Normative Vorgehensweise

Eine dezidiert normative Bestimmung der mittleren Aufenthaltsdauer erfolgte vor allem in den Kantonen VS, BE und auch VD (GE Herleitung unklar) und soll hier deshalb vorgestellt werden. Unter *normativer* Vorgehensweise wird dabei verstanden, dass man sich auf einen bereits beobachteten Vergleichswert beruft, von dem man annimmt, er entspreche einer "optimalen" Kennziffer. Dabei werden für die Bedarfsdeterminanten in der Regel andere *kantonale durchschnittliche* Werte oder (kantonale und innterkantonale) Werte auf *Spitalebene* herbeigezogen.

Bei dieser (normativen) Vorgehensweise fällt auf, dass im Ergebnis BE, VD und VS mit weit aus *tieferen* durchschnittlichen Aufenthaltsdauern für die Zukunft rechnen als die Kantone, welche mehr argumentativ/intuitiv vorgehen:

BE setzte seine zukünftige mittlere Aufenthaltsdauer gemäss dem Durchschnitt der sechs Bezirks- und der drei Regionalspitäler mit den kürzesten Aufenthaltsdauern bei 8,64 Tagen fest.

VD wählte die im Kanton *zweittiefste beobachtete* mittlere Aufenthaltsdauer pro GPH (Groupes de Patients Hospitalisé/Hospitalisierte Patientengruppen¹⁵) als Standard für die zukünftigen mittleren Aufenthaltsdauer pro GPH. Aus diesen wurde dann die kantonale (über alle GPH) mittlere Aufenthaltsdauer berechnet und ergab für die Unikliniken (CHUV) je nach Basisjahr (1995 oder 1996) einen Wert von 6,46-6,8 Tagen und 5,85 Tage für die anderen (regionalen) Spitäler (GHRV).

VS wählte ein komplizierteres Verfahren. Es wurde zunächst die mittlere Aufenthaltsdauer pro DRG¹⁶-Kategorie über alle Spitäler ermittelt. Diese galt als Bezugswert und wurde mit der beobachteten mittleren Aufenthaltsdauer pro DRG-Kategorie für jedes Spital und jede Abteilung in Abhängigkeiten der Pathologien, der Patienten und deren Eingriffen verglichen. (Als zweite Variante wurden die selben Berechnungen mit dem GPH durchgeführt.) Die Resultate wurden mit jenen der Waadtländer Spitäler und der dort beobachteten mittleren Aufenthaltsdauer pro DRG/GPH verglichen und zu "zu erwartende Hospitalisationstagen" hochgerechnet, was wiederum- geteilt durch die Hospitalisationen - die "zu erwartende" mittlere Aufenthaltsdauer ergibt:

"Insgesamt wären 1994 in den Walliser Akutspitäler nur 269'695 Hospitalisationstage registriert worden, wäre die DMS¹⁷ der hospitalisierten Patienten ähnlich der geleisteten Behandlungen in den Waadtländer Spitäler. Die beobachtete DMS in jenem Jahr berechnet sich 303'014 geteilt durch 35'313, ergibt 8.58 Tage. Die erwartete DMS beträgt jedoch 269'695 geteilt durch 35'313, ergibt 7.64 Tage.

...

¹⁵ Die GPH sind Kategorien von Patienten aus mehreren DRG (Diagnosis Related Group) zusammengefasst. (Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen: Revision der Bettennormen im Akutpflegebereich Kanton Wallis, Dezember 1996)

¹⁶ Diagnosis Related Group/Diagnosebezogene Patientengruppen

¹⁷ Durée moyenne de séjour/mittlere Aufenthaltsdauer

Die Resultate ... zeigen auf, dass für die Akutspitäler des Kantons Wallis eine DMS von 7.5 Tagen als realistische Zielsetzung erscheint, zumal sie den erwarteten Wert für 1994 im Vergleich mit den Waadtländern Spitälern aufweist."

(Quelle: Revision der Bettennorm im Akutpflegebereich Kanton Wallis, Dezember 1996, S. 22 und S. 27)

4.2.3 Beispiel: Detailliert projektive Vorgehensweise

Das detaillierte projektive Vorgehen von VD bei der Ermittlung der Hospitalisationsrate (und der daraus berechneten zukünftigen Patientenzahl) hebt sich von den Methoden der anderen Kantone ab¹⁸. Ein wichtiges Element bei der Abschätzung zukünftigen Bedarfs spielt dabei das Konzept des "*Hospitalisation d'un jours*" (HDJ). Hier wird angenommen, dass die Interventionen, deren Aufenthaltsdauer heute unter vier Tagen betragen, im Jahr 2005 nur mehr (noch) einen Tag beanspruchen werden (HDJ). Die daraus abgeleitete Prognose der Patientenzahl gliedert sich dabei in folgende Etappen.

1. Stufe: Die zukünftige Bevölkerung (im Jahr 2005) wird in Altersklassen (in 15-Jahresschritten) eingeteilt. Verrechnet mit der Hospitalisationsrate pro Altersklasse des Basisjahres ergibt das zunächst (vorläufig) die Patientenzahl pro Altersklassen im Jahr 2005.
2. Stufe: Diese Patientenzahl pro Altersklassen wird unter den GPH (Groupes de Patients Hospitalisés) eingeteilt und auf die Anzahl der Patienten pro GPH zusammengerechnet.
3. Stufe: Von diese Anzahl der Patienten pro GPH werden nun der Anteil der HDJ pro GPH abgezogen, wodurch man nun die "bereinigte" Anzahl Patienten pro GPH erhält.

¹⁸ Die Spitalplanung (1991) von Zürich ist auch unter die detaillierteren projektiven Planungen einzuordnen, indem es die Trends der Bestimmungsfaktoren mehr oder weniger ausführlich untersucht und in die Zukunft extrapoliert. Dieses klassische Verfahren wird hier jedoch nicht weiter behandelt werden. Für die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung wurde zudem noch gesondert eine leistungsorientierte Bedarfsanalyse durchgeführt (siehe Tabelle 4.2).

4. Stufe: Diese neue prognostizierte Patientenzahl pro GPH wird mit der in der jeweiligen GPH gegenwärtig beobachteten *zweittiefsten* mittleren Aufenthaltsdauer multipliziert (siehe Abschnitt 2.2). Aggregiert über alle GPH ergibt dies die Patientenzahl für das Jahr 2005.

4.3 Zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Service-Population und sonstige Merkmale

In der Bettenbedarfsformel kann in unterschiedlicher Weise die Zu- resp. Abwanderung von Patienten und somit der Umfang des eigentlichen Versorgungsgebietes (Service-Population) berücksichtigt werden. Zum einen über die Verwendung der Kennziffer Hospitalisationsrate, die sich dabei auf die *innerkantonale Spitalbelastung* beziehen muss, d.h. bereits den (allfälligen) Importanteil miteinbezieht¹⁹. Zum anderen dadurch, dass einfach die absolute Anzahl der *innerkantonalen Hospitalisationen* (Kantonseinwohner und ausserkantonale Patienten) zusammengerechnet werden und in der Formel die Variablen Hospitalisationsrate und Wohnbevölkerung ersetzen (siehe die Bettenbedarfsformel in Abschnitt 1.2.1).

Wie der Import und Export in der Bettenbedarfsformel berücksichtigt wurde, wurde in den Kantonen VS und GE nicht explizit erläutert. In der Regel (ZH, VD, BE, TG, GL) bezieht sich jedoch die ausgewiesene (zukünftige) Hospitalisationsrate auf die *innere Spitalbelastung* und beinhaltet damit bereits die Zuwanderung von ausserkantonalen Patienten. Damit sind diese aber ohne die spezifischen Kenntnisse der Im- und Exportverhältnisse der einzelnen Kantone *nicht* untereinander vergleichbar. Daneben wurden auch oft einfach die erhobenen Patienten oder Pflgetage (innerkantonal resp. ausserkantonal erbrachte) miteinander verrechnet, um so die *im* Kanton zu erbringenden Leistungen an Patienten/Pflgetage zu ermitteln, welche dann wiederum auf eine Bettendichte umgelegt wurden.

¹⁹ Das erklärt auch die unterschiedliche Hospitalisationsrate von beispielsweise AI von 8,0 und ZG 12,0, da AI aufgrund seines starken Anteils an exportierten Patienten auch über eine tiefere innerkantonale Spitalbelastung verfügt.

In den Kantonen AR, TG²⁰, ZH und VD geschah dies zusätzlich unter Berücksichtigung der Versichertenstruktur der Patienten. Sie unterschieden explizit zwischen einem Bettenbedarf für Grund- und Zusatzversicherte, meist aufgrund der Annahme, dass sich der zukünftige Bestand an Halbprivat- und Privatversicherten rückläufig entwickeln wird. AR und TG folgerten daraus, dass sich damit auch der Export reduzieren würde, während die anderen Kantone (ausser GL) in der Regel konstante Import-/ Exportverhältnisse (konstante Anzahl an im- und exportierten Patienten) unterstellten. Auch GL ermittelte "dezisionistisch" eine für die Zukunft höhere innerkantonale Spitalbelastung und somit einer Reduktion des Exportes, da festgestellt wurde, dass ca. 30 % der gegenwärtig ausserkantonale versorgten Patienten, genau so gut auch im Wohnkanton behandelt werden könnten.

4.4 Zusammenfassung

Die Kantone AR, GL, SO, TG, VS, BE, GE, ZH, und VD stützten ihre Spitalplanung *ausschliesslich* auf die analytische Methode. Grundsätzlich dominierte dabei eine *pragmatische* Vorgehensweise. Angesichts der Problematik überhaupt "bedarfsgerechte" Prognosen von den in der Bettenbedarfsformel zugehörigen Bedarfsdeterminanten zu generieren, behelfen sich die Kantone AR, GL, SO, TG u.a. mit einer *argumentativen/intuitiven Abschätzung*.

BE, VS und VD bestimmten ihre Aufenthaltsdauer dezidiert *normativ*, indem sie entweder Referenzwerte aus dem Vergleich innerkantonale Spitäler generierten (BE) oder inner- und interkantonale die mittlere Aufenthaltsdauer unter den GPH (Groupes Patients de Hospitalisés) verglichen. Im Vergleich zu den anderen Kantonen erzeugte diese normative Vorgehensweise die tiefsten Werte der mittleren Aufenthaltsdauer für die Zukunft (siehe auch Abschnitt 6.).

Die Kantone ZH und VD zeichnen sich daneben noch durch eine *detailliertere projektive* Vorgehensweise aus. ZH eher dadurch, dass es klassisch den Entwicklungstrend der Bestimmungsfaktoren aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in die Zukunft prognostiziert. VD ermittelte die *zukünftige Hospitalisationsrate* durch ein eigenes Verfahren, indem sie die zukünftige Spitalbelastung auf der Basis der demogra-

²⁰ TG ist darunter eine Planung mit sehr ausführlicher Darstellung.

phischen Entwicklung hochrechneten und dann um die Entwicklung der HDJ (hospitalisations d'un jour) korrigierten.

Bei der Berechnung des kantonalen Bettenbedarfs, fand die Berücksichtigung der Service-Population entweder über die Hospitalisationsrate statt, die sich auf die innerkantonale Spitalbelastung inklusive den zugewanderten Patienten bezog, oder man berechnete die absolute Anzahl der zukünftigen innerkantonalen Hospitalisationen. (VS und GE machten hierzu allerdings keine näherern Ausführungen.)

Bis auf die Kantone VD, ZH, AR und TG, welche zusätzlich bei ihrer Bedarfsermittlung noch zwischen dem Bereich der Grund- und Zusatzversicherten unterschieden, wurden dabei in der Regel (implizit) konstante Import- und Exportverhältnisse unterstellt.

Tab. 4.2: Kantone mit *ausschliesslich* analytischer Methode

Merkmale der Planung	AR	GL	SO	TG
Zur Ermittlung der Bestimmungsfaktoren				
- <i>Mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen)</i>	<i>argumentativ/normativ</i> : sinkend sowie Anlehnung an ATAG-Studie ¹ (Entwicklung gemäss CH-Durchschnitt)	<i>argumentativ</i> : konstant (Abwägen der Trends zwischen 9,0-10,0 führt zur impliziten Beibehaltung der heutigen Werte). Unterscheidung nach Fachbereichen Chir (inkl. ORL, HNO, Ur.): 7,5/ Med.: 14/Päd.: 4/Gyn./Geb.: 6,5 total: 9,6	<i>argumentativ</i> : sinkend Vergleich mit ausserkant.. Spitälern. Unterscheidung nach Fachbereichen Chir.: 10/ ORL: 5/ Inn. Med.: 14/ Augen: 5/ Frauenheilk.: 7 total: 10,0	<i>argumentativ</i> : sinkend sowie Vergleich international, senk von 10,1 auf 9,0
- <i>Hospitalisationsrate (Patienten/100 EW)</i>	<i>argumentativ/normativ</i> : konstant (Trends der verschiedenen Einflussfaktoren neutralisieren sich) Vergleich noch mit ZH inkl. Export, exkl. Import 12,0	<i>argumentativ</i> : konstant (Abwägen der Trends führt zur impliziten Beibehaltung der heutigen Hospitalisationsrate (und der heutigen Patientenanzahl) innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 11,3 (bezogen auf Kantonsspital)	<i>argumentativ</i> : Vergleich mit ausserkant. Spitälern. Unterscheidung nach Fachbereichen Chir.: 4,8/ ORL: 1,0/ Inn. Med.: 2,7/ Augen: 0,4/ Frauenheilk.: 2,1 total: 11,0	<i>argumentativ</i> : konstant innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 11,4
- <i>Bettenbelegung</i>	normativ 80-85 %	Schätzung, freie Kapazitäten für Spitzenbelastungen, da nur ein Akutspital, aufgrund Tourismus um 80 % Chir (inkl. ORL, HNO, Ur.): 72 %/Med.: 85 %/Päd.: 50 %/Gyn./Geb.: 77,5 % total: 78,5 %	normativ Chir.: 80 %/ORL: 75 %/Inn. Med.: 75 %/ Augen: 75 %/Frauenheilk.: 80 % total: 80 %	normativ 85 %

¹ ATAG Ernst & Young: Gesundheitswesen - Quo Vadis?, Bern 1995.

(Forsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	AR	GL	SO	TG
Vorgehen/Annahmen zur Service-Population				
- Demographische Entwicklung	Bevölkerung steigend (1997-2000) ca. + 3,7 % auf 56'000. Leicht höherer Anteil an Betagten im gesamtschweiz. Vergleich	Bevölkerung nur leicht steigend (1996-2005) ca. + 1% auf 40'000 (Annahme: bisherige Patientenzahl etwa gleich)	keine näheren Ausführungen	Bevölkerungsprognose: steigend (1995-2005) + 11,4 % auf 251'593 (Anstieg grösser CH-Durchschnitt)
- Einbezug von Import und Export	ja Ausführliche Datenerhebung der Zu- und Abwanderungen bei den Leistungsanbietern. Inner- und ausserkantonale Pflegetage werden miteinander verrechnet.	ja Datenerhebung der Zu- und Abwanderungen bei den Leistungserbringern. Verrechnung über Patientenzahl	ja Berechnung der Serv.-Pop. pro Spital (ermittelt über das jeweilige Einzugsgebiet, dem Ausmass der "theoretischen" und der effektiven Patienten)	ja Auswertung interkantonaler Statistik über Angebots- und Nachfrageindikatoren ¹ , Statistik der Kostengutsprachen. Patientenaufkommen wird nach Herkunft und Versichertenstatus differenziert. Berechnung der Pflegetage pro Kategorie.
- Entwicklung Import, Export	Import sinkend, Export sinkend. (generell: starke Ab- und Zuwanderung)	Import konstant, Export sinkend, da 30-35 % der ausserkant. Hosp. (rund 200 Patienten) auch innerkant. erbracht werden können (Grundversorgung).	implizit gleichbleibend (Übernahme der bestehenden Serv.-Pop. der Spitäler)	Verschiebung in der Versichertenstruktur verringert Export. Import geht weniger stark zurück, da davon 75 % Zusatzversichert.
- Sonstige Annahmen/ Kriterien*	Anteilmässige Trennung von Grund- und Zusatzversicherten: Rückgang Zusatzvers. von 24 % auf 22 % (Anl. an ATAG-Studie ¹)	Trennung der Bestimmungsfaktoren für kantonale und ausserkant. Patienten	Differenzierung nach Versorgungsstufen resp. Spitalfunktion, Berechnung der Serv.-Pop. pro Spital	Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherten auch bei ausserk. Patienten. Rückgang Zusatzvers. wird erwartet

Ergebnis				
Die Planung betreffende Versorgungsstufe	betrifft Grund-/ erweiterte Grundversorgung	betrifft Grund-/ erweiterte Grundversorgung	bis zu spezialisierten Versorgung	bis spezialisierte Versorgung (Teilbereiche)
Planungshorizont	2000	2005	nicht explizit	2005
Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	Insgesamt, für Grund- und Zusatzversicherte 3,23	3,5	3,76 Zentrumsspital 3,45 Bezirksspital mit Frauenheilkunde 2,9 Bezirksspital	Allg. Abt: 2,0/ Privatabt.: 1,3 für kant. EW.: 2,5 (Binnenbedarf)/ für Ausserk.: 0,8 total: 3,3
Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen	Ausscheidung bei der Berechnung von Betten für Grund- (78 %) und für Zusatzversicherte (22 %).	Bestimmungsfaktoren werden eigentlich beibehalten. Umfang der im Kanton behandelten Patienten nehmen aufgrund von einer "Umschichtung" zu. (Vermehrt innerkant. Hosp.)	Berechnung der Bettendichte nach Spitaltyp und damit der Bettenzahl pro Spital, aufgrund von Serv.-Pop. pro Spital.	Ausscheidung von Betten für Grund- und Zusatzversicherte sowie Binnenbedarf und "Importbetten" (in Privatkliniken hauptsächlich ausserkant. Patienten: 2/3 der Pflegetage).

¹ GCI: "Angebots- und Nachfrageindikatoren im Bereich der stationären Hospitalisation, 1992-1994."

* wie beispielsweise weitere Differenzierung der Service-Population nach Versichertenstatus etc.

(Fortsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	VS	BE	GE
Zur Ermittlung der Bestimmungsfaktoren			
- Mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen)	<i>normativ</i> 1. Vergleich der beobachteten und erwarteten Hospitalisationstagen geordnet nach DRG und GPH ¹ in den verschiedenen Fachbereichen unter den Akutspitälern (innerkantonal). 2. Vergleich der Werte mit VD-Spitälern (interkantonal) 7,0 oder 7,5	<i>normativ</i> Durchschnitt der sechs Bezirks- und der drei Regionalspitäler mit der kürzesten Aufenthaltsdauer 8,64	<i>normativ</i> (Reduktion des heutigen Wertes von 10,6 auf 10,0, keine näheren Ausführungen) (20,0 Klinik Joli-Mont/Montana) 10,0 für Unikliniken
- Hospitalisationsrate (Patienten/100 EW)	<i>argumentativ</i> (Verweis auf Studie IFG ²) verschiedene Szenarien mit folgenden Werten: 11,0/12,0/13,0	<i>argumentativ</i> innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 10,6	keine Angaben
- Belegungsrate	<i>normativ</i> 85 %	<i>normativ</i> 85 %	<i>normativ</i> 85 %

¹ DRG = Diagnosis Related Group/GRP = Groupes de Patients Hospitalisés

² Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen: Organisation hospitalière de canton du Valais. Lausanne, 1992

(Fortsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	VS	BE	GE
Vorgehen/Annahmen zur Service-Population			
- Demographische Entwicklung	Bevölkerung steigend von (1995-2000) + ca. 4 % auf 279'440.		Bevölkerung steigend, (Referenz: Szenario B de Publication n° 21 de l'OCSTAT, 1995) auf ca. 413'000 (2000)
- Einbezug von Import und Export	Import und Export wurden zwar geschätzt/erhoben jedoch keine näheren Ausführungen zum Einbezug. (Berechnung bezieht sich auf Kantonseinwohner.), <i>Hospitalisationsrate bezieht sich auf innerkantonale Spitalbelastung ?</i>	Berechnung der Servicepopulationen/ Patientenströme pro Region/Spitalbezirk.	Export wurde untersucht, jedoch keine näheren Ausführungen zum Einbezug. Berechnung bezieht sich auf Kantonseinwohner, da Export vernachlässigbar, <i>Import ?</i>
- Entwicklung Import/Export	implizit konstant	implizit konstant	Export vernachlässigt (marginal), <i>Import ?</i>
- Sonstige Annahmen/ Kriterien *			

Ergebnis			
Die Planung betreffende Versorgungsstufe	bis zur spezialisierten Versorgung	betrifft Grund-/erweiterte Grundversorgung	bis zur hochspezialisierten Versorgung
Planungshorizont	2000	2010 (?)	2001
Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	theoretische Werte 2,5-3,1 max. 3,2	Grund- und erw. Grundversorgung (angepasster Bettenwert Spitalliste ab 2000): 2,96	Keine Bettendichte ausgewiesen, Bettenreduktion pro Spital. Anvisierte Bettendichte der <i>öffentl.</i> Spitäler (Unikl.) jedoch umgerechnet ca. 2,4 (2001)
Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen	Als maximaler Bettenwert wurde 3,2 festgelegt (öff. und priv. Spit. zusammen)	Planung für öff. und priv. Spitäler zusammen. Rund 15 % der Patienten nehmen hochspezialisierte/zentrumsmedizinische Versorgung in Anspruch, berechnet aufgrund der Patientenströme.	Planung nur für <i>öffentliche</i> Spitäler (priv. Spitäler verfügen über keine Allgemeinabteilung): Trennung zwischen den Universitätskliniken (Ziel: 1'000 Betten) und Klinkiken Jili-Mont und Montana.

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen.

* wie beispielsweise weitere Differenzierung der Service-Population nach Versichertistenstatus etc.

Fortsetzung

Merkmale der Planung	ZH¹	VD
Zur Ermittlung der Bestimmungsfaktoren		
- <i>Mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen)</i>	<i>projektiv</i> Fortschreibung der vergangenen Entwicklung pro Altersgruppe und Region kantonaler Durchschnitt Verkürzung von 9,6 (1996) auf 9,0	<i>normativ</i> Als Standard wird die zweitiefste (beobachtete) mittlere Aufenthaltsdauer pro GPH ² unter den Spitälern für die Zukunft übernommen. Aggregiert ergibt das eine verkürzte kantonale mittl. Aufenthaltsdauer von ca. 6,49 für öff. Spitäler/ 5,85 für priv Spitäler
- <i>Hospitalisationsrate (Patienten/100 EW)</i>	<i>projektiv</i> Prognose/Fortschreibung der Verkürzung der Spitalhäufigkeit pro Region aufgrund Bevölkerungsentwicklung pro Altersgruppe kantonaler Durchschnitt innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 12,4	<i>projektiv</i> Zukünftige Patientenzahl wird projektiv ermittelt: - Hochrechnung der Anzahl Patienten pro Altersgruppen - Unterteilung nach GPH, nach GPH zusammenrechnen (Anzahl Patienten pro GPH) - Abzug der HDJ ³ -Fälle (Anzahl der heutigen Fälle unter 4 Tagen ergeben HDJ) ergibt neue (zukünftige) Patientenanzahl =>innerkantonale Spitalbelastung: Patienten 2005: 63'095 in öff. Spitäler/21'581 in privaten Spitälern entspricht umgerechnet ca. 13,65
- <i>Bettenbelegung</i>	normativ, für jede Spitalategorie einen Richtwert, im Durchschnitt 85 %	normativ 80 %

Vorgehen/Annahmen zur Service-Population		
- <i>Demographische Entwicklung</i>	Bevölkerung steigend (1994-2005) ca. 2,4 % auf 1'190'000 (von 3 Bevölkerungsszenarien wurde die 'mittlere' gewählt) Im Ergebnis: Rückgang der Gesamtpatientenanzahl (inkl. Import)	Bevölkerung steigend (1996-2005) ca. + 2,6 % auf 620'000 Im Ergebnis: Rückgang der Gesamtpatientenanzahl (inkl. Import)
- <i>Einbezug von Import/Export</i>	Berechnung der Wanderungen pro Region, Hospitalisationsrate, beinhaltet Import	Berechnung der Patienten/Pflegetage für Binnenbedarf und Import
- <i>Entwicklung Import/Export</i>	konstante Anzahl ausserkantonaler Patienten	konstante Verhältnisse
- <i>Sonstige Annahmen/Kriterien*</i>	Versichertenstruktur wird berücksichtigt Rückgang der Zusatzversicherten in Anlehnung an ATAG-Studie ³	Versichertenstruktur wird berücksichtigt. Veränderung Versichertenstruktur vernachlässigbar (Berechnung der Pflegetage unterteilt nach Allgemein-/Halbprivat- und Privatbetten und getrennt für öff. und priv. Spitäler)

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen.

¹ Ausführungen beziehen sich auf die Planungsmethode der Zürcher Krankenhausplanung 1991. Die Werte der Bestimmungsfaktoren sind die (aktualisierten) Ergebnisse einer Teilrevision dieser Krankenhausplanung (Planungsberichtes zur Zürcher Spitalliste 1998).

² GPH = Groupes des Patients Hospitalisés/Hospitalisierte Patientengruppen

³ HDJ = les hospitalisations d'un jour

* wie beispielsweise weitere Differenzierung der Service-Population nach Versichertenstatus etc.

(Fortsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	ZH¹	VD
Ergebnis		
<i>Die Planung betreffende Versorgungsstufe</i>	bis zur hochspezialisierten Versorgung	bis zur hochspezialisierte Versorgung
<i>Planungshorizont</i>	2005	2005
<i>Sollbettendichte (Betten/1000 EW)</i>	umgerechnet: 3,19 Binnenbedarf/0,44 für Import/ 2,35 Allgemein/0,84 Halbpriv.-Privat insgesamt 3,63	umgerechnet 2,9
<i>Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen</i>	<p>Betten ausgewiesen für Import/Binnenbedarf, auch unterteilt nach Allgemein-/Halbprivat- und Privatbetten (für öff. und priv. Spitäler)</p> <p>Für die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung wurde getrennt von der hier besprochenen Spitalplanung noch eine Bedarfs- und Strukturanalyse vom DKI GmbH Deutsches Krankenhausmanagement Beratung und Forschung durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine morbiditätsorientierte, leistungsbezogene Bedarfsplanung: Sie prognostizierte die Hospitalisationshäufigkeit je DKI-Gruppe³ (alters-/geschlechtsspezifisch) für 2005/2010 aufgrund der demographischen Entwicklung (zukünftige Wohnbevölkerung) und unter Verwendung von Annahmen über trendverändernde Faktoren: Medizinische Entwicklung, medizintechnische Entwicklung und Diffusion medizinischer Fortschritt.</p>	<p>Die Berechnung erfolgt über eine Hochrechnung der Patienten unterteilt nach GPH und daraus der Ermittlung der Gesamtpflegetage.</p> <p>Betten ausgewiesen für Import/Binnenbedarf, auch unterteilt nach Allgemein-/Halbprivat- und Privatbetten (für öff. und priv. Spitäler)</p>

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen.

¹ Ausführungen beziehen sich auf die Planungsmethode der Zürcher Krankenhausplanung 1991. Die Werte der Bestimmungsfaktoren sind die (aktualisierten) Ergebnisse einer Teilrevision dieser Krankenhausplanung (Planungsberichtes zur Zürcher Spitalliste 1998).

² GCI: "Angebots- und Nachfrageindikatoren im Bereich der stationären Hospitalisation, 1992-1994."

³ ATAG Ernst & Young: Gesundheitswesen - Quo Vadis?, Bern 1995.

⁴ Ein von der DKI eigenes entwickeltes Fallgruppensystem.

5. Das Vorgehen der Kantone mit normativer *und* analytischer Methode

Die dritte Gruppe von Kantonen sicherte ihre Bettenbedarfsermittlung sowohl durch die normative wie analytische Methode ab. Hierzu zählten AI, ZG, SH, LU, AG, sowie BS/BL. Je nach dem zogen die Kantone eine der Methoden her, um ihr Ergebnis mittels der anderen Methode zu *plausibilisieren*. Für BS/BL stand dabei die normative Methode im Vordergrund.

Analog der vorhergehenden Ausführungen lassen sich die Kantone wiederum unterteilen, nach welchen Normwerten und Vorgehensweisen sie sich ausrichteten (Tabelle 5.1).

Tab. 5.1: Die *durchschnittlichen* Werte der zukünftigen Bedarfsfaktoren, Normbettendichte sowie sonstige Elemente der Planung in den Kantonen mit analytischer *und* normativer Methode

Elemente der Planung	AI	ZG	SH	LU	AG	BS/BL¹
<i>Mittl. Aufenthaltsdauer</i>	9,0 (a/n)	9,0 (a)	? (a/n)	8,4 (a)	9,0 (a/n)	9,0 (?)
<i>Hospitalisationsrate</i>	8,0 (a/n)	12,0 (a)	11,0 -12,0 (n)	11,2 -11,5 (a)	12,2 (a/n)	12,6 (?)
<i>Bettenbelegung</i>	85 %	80 %	85 %	80 - 85 %	85 %	82 %
<i>Wahl der Normbettendichte (=Sollbettendichte)</i>	Vergleich interkantonal/ SDK ² 2,5	SDK ² 3,0 erw. Grundv./3,8 umfass. Vers.	Vergleich interkantonal 3,5	Vergleich interkantonal ZH, BE, ZG 3,1-3,3	Vergleich mit CH-Durchschnitt, ZH 3,3	Vergleich interkantonal und international 3,8 Binnenbed.
<i>Vorgehen bei der Berücksichtigung von Import/Export</i>	in Hospitalisationsrate enthalten	in Hospitalisationsrate enthalten	Verrechnung der Patienten/in Hospitalisationsrate enthalten	Verrechnung der Patienten/Pflege-tage/in Hospitalisationsrate enthalten	Berechnung Eigenversorgungsgrad	Verrechnung der Patienten
<i>Einbezug der Versichertenstruktur</i>				X		
Ergebnis: Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	2,3-2,5	3,6	3,5	3,3/3,1 ³	3,1 Binnenbed. 3,3 inkl. Import	3,8 Binnenbed. 4,7 inkl. Import

bei kursiven Werte handelt es sich um eigene Berechnungen

(a) = argumentative/intuitive Herleitung

(n) = normative Herleitung

¹ Der Schwerpunkt wird auf die normative Methode gelegt.

² Kommission Vollzug Krankenversicherung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, Arbeitsgruppe 2 'Spitalplanung, Spitalisten und Listen der Pflegeheime', Empfehlungen an die Kantone, Vernehmlassungsentwurf vom 1. Juli 1996, Anhang 1/2.

³ Je nach Planungshorizont 2000/2005

5.1 Zur Wahl der Normbettendichte

Vorherrschend war unter diesen Kantonen ein genereller Vergleich mit Planungswerten bzgl. Bettendichte aus anderen Kantonen, die selbst meist ihre Planung auf die analytische Methode stützten (siehe Tabelle 5.2, Bsp. ZH). AI und ZG verwiesen auch explizit auf die Richtwerte der Kommission "Vollzug Krankenversicherung" der SDK (siehe auch Abschnitt 3.1.2). Diese Werte wurden für den jeweils veranschlagten Planungshorizont und unter Berücksichtigung des kantonalen Angebots (nach unten) angepasst und dienten eigentlich nur (bis auf BS/BL) dazu, die (parallelen) Ergebnisse aus der analytischen Berechnung zu stützen. BS/BL rechtfertigte seinen im Vergleich zu anderen Kantonen überdurchschnittlich hohen Referenzwert von 3,8 Betten/1000 Einwohner für den Binnenbedarf aufgrund seiner über dem Durchschnitt liegenden hohen Altersstruktur

5.2 Zur Bestimmung der zukünftigen Bedarfsdeterminanten

Diese Kantone zeichneten sich bei der Ermittlung der zukünftigen Bedarfsdeterminanten durch eine *pragmatische* Vorgehensweise aus. So wurden die mittlere Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate ausgehend von im Kanton beobachteten Werten meist *argumentativ/intuitiv* für die Zukunft hergeleitet und gelegentlich mit Kennziffern aus anderen Kantonen verglichen (AI²¹ mit SZ, SH mit ZH) (siehe Abschnitt 4.2.1)

5.3 Zum Vorgehen bei der Berücksichtigung der Servicepopulation und sonstige Merkmale

Die Import/Exportverhältnisse sind bei den Kantonen AI, ZG, SH und LU in der Hospitalisationsrate, die sich auf die innerkantonale Spitalbelastung bezieht, mitberücksichtigt. AG bezog seine Bedarfsberechnung auf einen Eigenversorgungsgrad von 95 %, der auch in Zukunft beibehalten werden sollte. BS/BL berrechnete zunächst

²¹ Die neueste Planung von SZ beruht auf der normativen Methode. AI stützt sich bei seiner Übernahme der Werte für die Hospitalisationsrate und mittleren Aufenthaltsdauer auf die ältere auf der analytischen Methode basierenden Planung von SZ im Jahre 1995.

den Binnenbedarf seiner Kantonseinwohner und wies für seine importierten Patienten getrennt ein Bettenangebot aus. Unter diesen Kantonen wurde einfachhalber auch das Ausmass der Zu- und Abwanderung von Patienten für konstant betrachtet. Einzig Kanton LU unterschied wie die Kantone ZH, VD, TG und AR zwischen einem Bedarf für Grund- und Zusatzversicherten.

5.4 Zusammenfassung

Die Kantone AI, ZG, SH, LU, AG und BS/BL verfahren bei der analytischen Methode ebenfalls auf *pragmatische Weise* und ermittelten die Bedarfsdeterminanten auf argumentative/intuitive Weise unter gelegentlichem Beizug von Vergleichswerten aus anderen Kantonen (AI, SH). Bei der normativen Methode dominierte der Vergleich mit Bettendichten aus *mehreren* anderen Kantonen, gelegentlich auch den Richtwerten der SDK. Das Ausmass der effektiven Service-Population wurde in den Planungen berücksichtigt, entweder über die Hospitalisationsrate oder der Verrechnung der absoluten Patientenzahl, unter der Annahme konstanter Zu- und Abwanderungen. Nur LU bezog zusätzlich in der Bedarfsermittlung die Versichertenstruktur der Patienten mit ein.

Tab. 5.2: Kantone mit normativer *und* analytischer Methode

Merkmale der Planung	AI	ZG	SH	LU	AG	BS/BL
Zur Ermittlung der Bestimmungsfaktoren (Teil analytische Methode)						
- Mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen)	argumentativ/normativ Anlehnung an SZ, da ähnliches Import/Export-Verhältnis senk. von 12,4 auf 9,0	argumentativ Anlehnung an frühere (verschied.) Planungsstudien 9,0	argumentativ/normativ Anlehnung an ZH Trend zur Verkürzung nicht explizit	argumentativ (Unterscheidung zwischen öff. und priv. Spitälern (kleine Sp. mit wenig Betten nicht einbezogen) öff.: 8,8/priv.: 6,8 total: 8,4	argumentativ/normativ, Vergleich mit CH-Durchschnitt 9,0	(Quelle?) 9,0
- Hospitalisationsrate (Patienten/100 EW)	argumentativ/normativ Anlehnung an SZ, da ähnliches Import/Export verhältnis innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 8,0	argumentativ Anlehnung an frühere (verschied.) Planungsstudien innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 12,0	normativ Anlehnung an ZH, bleibt für den Kanton eher stabil bis leicht zunehmend innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 11,0-12,0	argumentativ tendenziell sinkend von 11,7 auf 11,5 innerkantonale Spitalbelastung, d.h. inkl. ausserk. Patienten (Import): 11,5 (2000) 11,2 (2005)	argumentativ/normativ Vergleich mit ZH, ZG. Wert ist tiefer, da niedrigere Altersstruktur, Überbelegung, hohe Ärztedichte, unterdurchschnittl. Bettenangebot inkl. Reha, Psych. und ausserkant. Hospitalisationen (Export): 12,2	(Quelle?) exkl. ausserkant. Patienten (Import) nur bezogen auf Binnenbevölkerung: 12,6
- Bettenbelegung	normativ 85 %	normativ 80 %	normativ 85 %	normativ: Übernahme des heutigern Mittelwertes 80-85 %	normativ 85 %	normativ 82 %
Zur Wahl des Bettenwertes (Teil normative Methode)						
Anlehnung an	Vergleiche mit Bettendichten der Grundversorgung in den Kantonen ZG, SO, ZH und den Richtwerten SDK ¹ Für 2010 Anpassung auf	Richtwerte SDK ¹	Vergleiche mit anderen Kantonen mit dezentraler Spitalstruktur weisen noch höhere Bettendichte auf (recht unausführliche Darstellung)	Vergleich mit ZH, BE, ZG	Vergleich mit CH-Durchschnitt, ZH, normative Anpassung nach unten auf	Vergleiche mit Kantonen AG, SG, SO, TG, ZH, LU, SZ und Ausland. Anpassung nach oben aufgrund überdurchschnittlicher hohe Altersstruktur
Normbettendichte = Sollbettendichte (Betten/1000 Einwohner)	2,5	3,0 Grund/erw. Grundvers. 3,8 umfassende Vers.	3,5	3,1-3,3	3,3	3,8 für Binnenbedarf

¹ Kommission Vollzug Krankenversicherung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, Arbeitsgruppe 2 'Spitalplanung, Spitalisten und Listen der Pflegeheime', Empfehlungen an die Kantone, Vernehmlassungsentwurf vom 1. Juli 1996, Anhang 1/2.

(Fortsetzung nächste Seite)

Fortsetzung

Merkmale der Planung	AI	ZG	SH	LU	AG	BS/BL
Vorgehen/Annahmen zur zukünftigen Servicepopulation						
- <i>Demographische Entwicklung</i>	Bevölkerung steigend (1995-2010) ca. + 6,7 % auf 16'000	Bevölkerung steigend (1995-2000) ca. + 2,2 % auf 94'200.	nicht explizit genannt	Bevölkerung steigend (1995-2005) ca. +3,5 % auf ca. 352'000 Prognose: insg. Rückgang Patienten inkl. ausserkantonale Pat.	Bevölkerung steigend (1996-2005) ca. + 3,7 % auf 560'000	kurz- und mittelfristig weitgehend stabil
- <i>Einbezug von Import und Export</i>	erfolgt über Hospitalisationsrate (bezieht sich auf innerkantonale Spitalbelastung)	erfolgt über Hospitalisationsrate (bezieht sich auf innerkantonale Spitalbelastung)	erfolgt über Hospitalisationsrate (bezieht sich auf innerkantonale Spitalbelastung), relativ ausgeglichene bis positive Wanderungsbilanz, Anzahl der Hospitalisationen ungefähr gleichbleibend	erfolgt über Hospitalisationsrate (bezieht sich auf innerkantonale Spitalbelastung) Berechnung der Pflgetage (Annahme: Rückgang)	erfolgt über Eigenversorgungsgrad von 95 % (Exportüberschuss von 6,6 %) Verrechnung über Patientenzahl	Hospitalisationsrate betrifft 'Binnenbedarf' Berechnung des Bettenbedarfs für Import und 'Binnenbedarf' über Anzahl Hospitalisationen (Importrate)
- <i>Entwicklung Import/ Export</i>	implizit konstant	implizit konstantes Verhältnis, keine weiteren Ausführungen	implizit konstant		Verhältnis implizit konstant. (Eigenversorgungsgrad von 95 % soll beibehalten werden)	kurz- und mittelfristig konstant.
- <i>Sonstige Annahmen/ Kriterien*</i>				- Rückgang Zusatzversicherte: öff. Sp.: von 27 % auf 22 %, bei priv. Sp.: von 84 % auf 80 %)		- hohe Altersstruktur

Ergebnis						
<i>Die Planung betreffende Versorgungsstufe</i>	betrifft Grund-/ erweiterte Grundversorgung	betrifft Grund-/ erweiterte Grundvers.	betrifft Grund-/erweiterte Grundversorgung	bis zur spezialisierten Versorgung	bis zur spezialisierten Versorgung	bis zur hochspezialisierten Versorgung
<i>Planungshorizont</i>	2010	2000	nicht explizit	2005	2005	2002
<i>Sollbettendichte (Betten/1000 EW)</i>	2,3-2,5	umgerechnet 3,6	3,5	3,3 (2000) 3,1 (2005)	3,1 Binnenbedarf 3,3 inkl Importbetten	3,8 'Binnenbedarf' 4,7 inkl. Nettoimport
<i>Kantonale Besonderheiten/ Erläuterungen</i>	Es existiert nur ein Kantonsspital Die (tiefen) Normwerte verrechnen implizit schon den Export.	Diverse Studien wurden verglichen. rechtsgültige Spitalplanung von 1994 mit Sollbetten von 340 wurde <i>normativ</i> (Richtwerte SDK) überprüft und für passend empfunden.		Differenzierung der Pflgetage Bettenbedarf nach Grund- und Zusatzvers.	Berechnung der gesamten Hosp., Verrechnung mit Eigenversorgungsgrad ergibt. innerkant. Bettenbedarf. Getrennte Ausweisung des Bettenbedarfs für öff. und priv. Spitäler. 6 % der Betten für ausserkantonale Pat.	Unterscheidung zwischen 'Binnenbedarf' und 'Importbedarf'

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen.

* Wie beispielsweise weitere Differenzierung der Service-Population nach Versichertenstatus etc.

6. Synthese und kritische Würdigung

Die Dominanz einer argumentativen Vorgehensweise mit normativen Elementen

Angesichts der Problematik einer Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen ist es nicht erstaunlich, dass sich die kantonalen Spitalplanungen sowohl mit einer *argumentativen/intuitiven wie auch normativen Abschätzung* von Bedarfswerten behelfen. Tabelle 6.1 zeigt einen Überblick über - die nebst der normativen Methode - auch bei der sogenannten analytischen Methode vorkommenden normativen Elementen. Bedient man sich in einem Fall einer Normbittendichte (normative Methode) – kann man sich im anderen Fall (analytische Methode) genausogut an ("optimale") *normative* Kennziffern und Referenzwerten bezüglich den Bedarfsfaktoren anlehnen. So wurden auch unter der analytischen Methode oft Vergleichswerte aus anderen Kantonen (insbesondere ZH) herangezogen, um zunächst einen allgemeinen Orientierungswert zu besitzen. Dezidiert normativ gingen dagegen die Kantone BE, VD, VS vor, die gezielt mittels eines Benchmark-Verfahrens aus beobachteten Kennziffern die bestmöglichen (tiefsten) Werte ableiteten (siehe mittlere Aufenthaltsdauer).

Diese *normative Orientierung* der sogenannten analytischen Methode lässt letztlich die Unterscheidung zwischen ihr und der normativen Methode zu einer Frage des technischen Details werden.

Tab. 6.1: Überblick über *normative Elemente* in den Spitalplanungen der Kantone, insbesondere auch unter der analytischen Methode (nebst der normativen Festlegung der Bettenbelegung)

Kanton	Normative Methode		
	Bettendichte		
SG	interkantonal, LU, AG		
NW/ OW/ UR	interkantonal, SG		
SZ	interkantonal, SG		
GR	interkantonal,,SG		
JU	SDK		
FR	international,mSDK?		
NE	nicht explizit, SDK?		
TI	interkantonal und - national, VS, BS, JU, VD, FR, BE, TG		
		Analytische Methode	
		Mittlere Aufenthaltsdauer	Hospitalisationsrate
AI	interkantonal, betreffend Grundversorgung ZG, SO, ZH	u.a. Anlehnung an SZ	u.a. Anlehnung an SZ
ZG	SDK	Vergleich unter früheren (verschied.) Planungsstudien	Vergleich unter früheren (verschied.) Planungsstudien
SH	interkantonal mit Kantonen mit dezentraler Spitalstruktur	Anlehnung an ZH	Anlehnung an ZH
LU	interkantonal, BE, ZH, ZG		
AG	Vergleich mit CH-Durchschnitt und ZH	Vergleich mit CH-Durchschnitt	interkantonal, Vergleich mit ZH, ZG
BS/BL	interkantonal und - national, AG, SG, SO, TG, ZH, LU, SZ		
AR		u.a. ATAG-Studie, Entwicklung gemäss CH-Durchschnitt	
GL			
SO		u.a. Vergleich mit ausserkant. Spitälern pro Fachbereich	u.a. Vergleich mit ausserkant. Spitälern pro Fachbereich
TG		internationaler Vergleich	
VS		innerkantonal: Vergleich nach Fachbereich und DRG/GPH in den Spitälern interkantonal: Vergleich mit VD-Spitälern als Benchmark	Verweis auf IfG-Studie
BE		innerkantonal: Durchschnitt der Spitäler mit kürzester Aufenthaltsdauer	
GE			
ZH			
VD		Als Standard wird die zweittiefste (beobachtete) mittlere Aufenthaltsdauer pro GPH unter den Spitälern für die Zukunft übernommen	

Zusammenfassender Überblick und Vergleich der Bedarfswerte

In den vorausgehenden Abschnitten wurde aufgezeigt, *wie* die Kantone zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs vorgehen, ohne die daraus resultierenden Bedarfswerte deuten und miteinander vergleichen zu wollen. Tabelle 6.2 gewährt nun einen zusammenfassenden Überblick über die in den jeweiligen Kantonen zustandekommenen Kennziffern in Abhängigkeit ihrer gewählten Methode.

Ein pauschaler Vergleich der Sollbettendichte oder der Hospitalisationsrate unter den Kantonen ist jedoch aus folgenden Gründen schwierig, wenn nicht gar unzulässig:

1. Die Hospitalisationsrate bezieht sich meist auf die *innerkantonale Spitalbelastung*, d.h. sie umfasst den Anteil der zugewanderten Patienten, was bedeutet, dass ohne Kenntnisse der spezifischen Import- bzw. Exportverhältnisse der Kantone kein Vergleich möglich ist. So erklärt dies beispielsweise die im Vergleich niedrige Hospitalisationsrate von 8,0 beim nettoexportierenden Kanton AI zum nettoimportierenden Kanton VD mit einer Hospitalisationsrate von 13,65.
2. Ebenso ist auch ein direkter Vergleich der durch die Bedarfsermittlung resultierenden Sollbettendichte schwierig, da auch sie meist die kantonalen Import- und Exportverhältnisse mitberücksichtigt (siehe Vorgehen zur Service-Population) und sich gegebenenfalls noch auf besondere Kriterien wie öffentliche Spitäler oder Bettentyp beziehen. Zusätzlich muss die Spitalbettendichte (wie alle anderen Kennziffern auch) in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Versorgungsstufe und des anvisierten Zeithorizonts gesehen werden (Tabelle 6.3).

Tab. 6.2: Zusammenfassender Überblick über die Bedarfswerte in den Kantonen in Abhängigkeit der gewählten Methode

gewählte Methode	Kantone mit <i>ausschliesslich</i> normativer Methode								Kanton mit analytischer <i>und</i> normativer Methode						Kantone mit <i>ausschliesslich</i> analytischer Methode										
	SG	NW/ OW/ UR	SZ	GR	JU	FR	NE	TI	AI	ZG	SH	LU	AG	BS/ BL	AR	GL	SO	TG	VS	BE	GE	ZH	VD		
analytische Methode																									
Mittlere Aufenthaltsdauer									9,0 (a/n)	9,0 (a)	? (a/n)	8,4 (a)	9,0 (a/n)	9,0 (?)	8,5 (a/n)	9,6 (a)	10,0 (a)	9,0 (a)	7,0- 7,5 (n)	8,64 (n)	10,0 (?)	9,0 (p)	5,85- 6,49 (n)		
Hospitalisationsrate									8,0 (a/n)	12,0 (a)	11,0- 12,0 (n)	11,2- 11,5 (a)	12,2 (a/n)	12,6 (?)	12,0 (a)	11,3 (a)	11,0 (a)	11,4 (a)	11,0/ 12,0/ 13,0 ¹ (a/n)	10,6 (a)	? k.A.	12,4 (p)	13,65 (p)		
Bettenbelegung									85 %	80 %	85 %	80- 85 %	85 %	82 %	80- 85 %	78,5 %	80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	80 %		
normative Methode																									
Orientierung/ Wahl der Normbettendichte (Betten/1000 EW)	inter- kant.	SG	SG	SG	SDK	inter- nat./ SDK?	SDK? k.A.	inter- nat./ -kant	inter- kant./ SDK	SDK	inter- kant.	inter- kant.	inter- kant.	inter- nat./ -kant.											
	3,5	3,28	3,28	3,28	3,5- 3,9	3,5	3,5- 3,8	3,5	2,5	3,0- 3,8	3,5	div.	3,3	3,8											
Einbezug der Ver- sichertenstruktur												X			X			X				X	X		
Planungshorizont	2005	2000	2000	2000/ 2005	2000/ 2005	2020	nicht expl.	1998/ 2005	2010	2000	nicht expl.	2000 2005	2005	2002	2000	2005	nicht expl.	2005	2000	2010 (?)	2001	2005	2005		
Ergebnis Sollbettendichte (Betten/1000 EW)	3,28*	2,37/ 2,64/ 2,68*	2,57*	4,0/ 3,5 ²	3,6/ 3,0	3,5	3,0/ 3,5- 3,8 ³	4,4/ 3,5	2,3- 2,5	3,6	3,5	3,3/ 3,1	3,1/ 3,3 ⁴	3,8/ 4,7 ⁵	3,23	3,5	2,9 3,45 3,76 ⁶	3,3	max. 3,2	2,96 ⁷	2,4 ⁸	insg. 3,63	2,9		

bei kursiven Werte handelt es sich um eigene Berechnungen

*bezogen auf die öffentlich/öffentl.-subventionierten Spitäler

¹ verschiedene Szenarien

² nur Binnenbedarf

³ 3,0 für Bettentyp A (Akutbereich), inkl. Bettentyp B (A+B): 3,5-3,8

⁴ 3,1 Binnenbedarf/3,3 inkl. Import

⁵ 3,8 Binnenbedarf/4,7 inkl. Import

⁶ Bettendichten für verschiedenen Spitalkategorien:

⁷ bezieht sich in Bern (Kanton der spitzenmedizinischen Versorgung) nur auf die Grund- und erweiterte Grundversorgung

⁸ eigene Berechnung, bezieht sich nur auf die öffentlichen Spitäler (Unikliniken)

Tab. 6.3: Die ausgewiesenen Sollbettendichten in Abhängigkeit des Planungshorizontes und der Versorgungsstufe (wie sie sich in den Planungen präsentierte)

Kanton	Methode	Sollbettendichte (Betten/1000 EW)								
		Planungshorizont								
		nicht explizit	1998	2000	2001	2002	2005		2010	2020

Kantone mit Angebot der Grund- und erweiterten Grundversorgung

OW/ NW/ UR	n			2,37/ 2,64/ 2,68						
SZ	n			2,57						
AR	a			3,23						
GL	a						3,5			
AI	a/n								2,3-2,5	
ZG	a/n			3,6						
SH	a/n	3,5								

Kantone mit Angebot der spezialisierten Versorgung

SG	n						3,28			
GR	n			4,0 ¹			3,5 ¹			
FR	n								3,5	
NE	n	3,0/ 3,5-3,8 ⁴								
JU	n			3,6			3,0			
TI	n		4,4				3,5			
TG	n						3,3			
SO	a		2,9/ 3,45/ 3,76 ³							
VS	a			max. 3,2						
AG	a/n						3,1/3,3 ²			
LU	a/n			3,3			3,1			

Kantone der hochspezialisierten Versorgung

ZH	a						insg. 3,63			
BE	a								2,96 ⁵	
VD	a						2,9			
GE	a				2,4 ⁶					
BS/BL	a/n					3,8/4,7 ²				

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen

n = normative Methode

a = analytische Methode

¹ nur Binnenbedarf

² Binnenbedarf/inkl. Import

³ verschiedene Spitalkategorien

⁴ 3,0 für Bettentyp A (Akutbereich), inkl. Bettentyp B (A+B): 3,5-3,8

⁵ bezieht sich in Bern auf die Grund- und erweiterte Grundversorgung

⁶ bezieht sich auf die Unikliniken (öffentl. Spitäler)

Tabelle 6.3 macht aber auch deutlich, dass VD, als Kanton der spitzenmedizinischen Versorgung bereits für das Jahr 2005 die *tiefste* Sollbettendichte von 2,9 veranschlagt. Dies lässt sich wiederum auf seine niedrige mittlere Aufenthaltsdauer zurückführen (Tabelle 6.2). Generell ermittelten die Kantone, die eine *normative Vorgehensweise auf Spitalebene* bzw. *pro hospitalisierten Patientengruppen* (GPH) anwendeten, wie BE, VS (neben LU und AR) die tiefsten Werte für die Aufenthaltsdauer. Auch LU und AR beriefen sich auf zukünftige Werte unter 9 Tagen, zum einen deswegen, weil LU bereits schon eine tiefe gegenwärtige Verweildauer aufweist, AR orientierte sich daneben auch *normativ* an den ausgewiesenen Werten der ATAG-Studie.

Tabelle 6.3 zeigt weiter, dass der Kanton GL, als ein Kanton der Grund- und erweiterten Grundversorgung für das Jahr 2005 im Vergleich zu den anderen Kantonen dieses Planungshorizontes eine höhere Bettendichte mit 3,5 anstrebt. FR setzt eine Bettendichte von 3,5 *erst* für das Jahr 2020 an, während eigentlich fast alle Kantone *bereits* im Jahr 2005 diesen Wert erreicht sehen wollen. BS/BL ist mit seiner anvisierten für das Jahr 2002 Bettendichte von 3,8 für den Binnenbedarf und 4,7 inklusive zugewanderte Patienten nach wie vor das Gebiet mit der höchsten Bettendichte.

Planungsmethode und "anvisierter Bedarf"

Die Frage, was letztlich jede gewählte Vorgehensweise im Hinblick auf ihr angestrebtes Ziel, der Bedarfsermittlung, zu leisten vermag, ist schwierig zu beurteilen. Selbst wenn die Wahl auf ein noch so verfeinertes Verfahren fällt, ist der eigentlich *verwirklichte* Bedarf ein Ergebnis von *politischen* Entscheidungen. So ermittelte beispielsweise eine "Revision der Bettennormen im Akutpflegebereich" des Kantons VS durch ein dezidiert normatives Verfahren (siehe 4.1.2) eine im Vergleich zu den anderen Kantonen tiefe "ideale" mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 7 und 7,5 und kam anhand von verschiedenen Szenarien der Hospitalisationsrate (11,0/12,0/13,0) und einer Bettenbelegung von 85% auf eine anzustrebende Bettendichte von 2,7-3,1. Tatsächlich wurde aber im späteren Spitalplanungskonzept eine Bettendichte von max. 3,2 veranschlagt, welche sich letztlich im Ergebnis nicht mehr besonders von den Werten anderer Kantone abhebt. Damit präsentieren sich die

jeweiligen Bedarfswerte nicht nur als ein Resultat eines besonderen technischen Verfahrens, sondern sie sind von den jeweils vorherrschenden politischen Konstellationen abhängig.