



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 2025

Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutsomatische Versorgung

Version für die Vernehmlassung 1. Dezember 2025 - 23. Januar 2026



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](https://www.volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion.ch)

— [baselland.ch](https://www.baselland.ch)

Kanton Basel-Stadt

Gesundheitsdepartement

Bereich Gesundheitsversorgung

Malzgasse 30

4001 Basel

Tel. +41 61 205 32 42

gesundheitsversorgung@bs.ch

[gesundheitsversorgung.bs.ch](https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch)

12. November 2025

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	10
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	11
1.2 Kantonaler Spitalplanungsprozess	12
2 Daten und methodisches Vorgehen	14
2.1 Fallabgrenzung und -definition	14
2.2 Verwendete Daten	15
2.3 Nomenklatur	16
2.4 Methode Bedarfsanalyse	23
2.4.1 Berechnungsmethode	24
2.4.2 Kontrollvariablen	26
2.4.3 Grenzen der Methodik	27
2.5 Methode Bedarfsprognose	28
2.5.1 Prognoseschritte	28
2.5.3 Einflussfaktoren Bedarfsprognose	30
3 Akutsomatische Versorgung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion	35
3.1 Bevölkerungsentwicklung	35
3.2 Stationäre Inanspruchnahme	38
3.3 Stationäre Patientenströme	43
3.4 Stationärer Abdeckungsgrad	48
3.5 Erreichbarkeit Notfallstationen	50
3.6 Ambulante Versorgung	51
4 Ergebnisse	55
4.1 Bedarfsanalyse	55
4.2 Bedarfsprognose	60
4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht	60
4.2.2 Prognose in Fallzahlen und Pflegetagen	62
5 Einordnung der Ergebnisse und Fazit	67
6 Akutsomatische Planung 2027 – Das weitere Vorgehen	70
6.1 Einordnung der Ergebnisse des Versorgungsplanungsberichtes und der Wirkungsanalyse GGR	70



6.2	Ablauf des Bewerbungsverfahrens	73
6.3	Gemeinsame Anforderungen und Vergabekriterien	73
6.3.1	Eignungskriterien zur Präqualifikation	74
6.3.2	Definition Spitalstandort	74
6.3.3	Vergabekriterien	75
6.4	Differenzierte Anwendung der Vergabekriterien	77
6.4.1	Kanton Basel-Stadt	77
6.4.2	Kanton Basel-Landschaft	77
6.5	Mengensteuerung	78
6.5.1	Allgemein	78
6.5.2	Indirekte Mengensteuerung mittels Globalbudget gemäss Art. 51 KVG für einzelne Leistungsgruppen	78
7	Literaturverzeichnis	79
8	Abkürzungsverzeichnis	81
9	Abbildungsverzeichnis	83
10	Tabellenverzeichnis	85
11	Anhang	87



Vorwort

Eine der Kernaufgaben der Kantone stellt in der Schweiz die Planung der stationären Gesundheitsversorgung dar. Die beiden Verwaltungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt nehmen diese Kernaufgabe seit Annahme des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft durch die beiden Kantonsbevölkerungen im Februar 2019 gemeinsam wahr.

Seit Inkraftsetzung des Staatsvertrags wurden in allen drei Spitalbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation gleichlautende Spitallisten verabschiedet. Mit dem vorliegenden Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik wird der erste der drei Spitalbereiche ein zweites Mal bikantonal geplant. Die aktualisierten Zahlen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Region bestätigen, dass Leistungen ungeachtet der Kantongrenzen beansprucht werden und eine überkantonale Planung zielführend ist.

Somit freut es uns sehr, Ihnen den Versorgungsplanungsbericht für die Akutsomatik vorlegen zu können, welcher die Basis für die Spitalplanung in der Akutsomatik ab dem Jahr 2027 bildet und zentrale, für die Planung relevante Informationen enthält.

Der Bericht legt den Fokus auf die Frage, wie viele akutsomatische Spitalleistungen die Bevölkerung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) braucht. Die Beantwortung stützt sich auf eine Bedarfsanalyse, welche eine Über- bzw. Unterinanspruchnahme gegenüber der Schweiz identifiziert. Die Prognose des zukünftigen Bedarfs, welche verschiedene Trendannahmen berücksichtigt, dient uns als Grundlage, die akutsomatische Versorgung in der GGR weiterzuentwickeln.

Den Rahmen bilden die drei übergeordneten Ziele des Staatsvertrages:

- Die Optimierung der Gesundheitsversorgung,
- die Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich,
- die Sicherstellung der Hochschulmedizin.

Die kritische Begleitung und Spiegelung unserer Arbeit ist uns sehr wichtig. Die Impulse aus der Fachkommission für die GGR sind prozessual in den Versorgungsplanungsbericht eingeflossen. Der vorliegende Bericht soll eine gute Basis legen, um im Anschluss an dessen Vernehmlassung das Bewerbungsverfahren zu lancieren. Zur Vernehmlassung werden neben den betroffenen Kantonen die Spitäler der Region sowie die lokalen Ärztesellschaften, der lokale Spitalverband und die Versicherungsverbände eingeladen. Der Versorgungsplanungsbericht wird auf den Webseiten der beiden Kantone veröffentlicht.

Wir sind davon überzeugt, dass wir auf der Grundlage dieses Berichts die Spitalplanung Akutsomatik ab dem Jahr 2027 im Sinne und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten unserer beiden Kantone gestalten können. Herzlichen Dank an dieser Stelle an die Mitarbeitenden, die massgeblich zum Gelingen dieses Vorhabens beitragen.

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 gelten für die Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR) zurzeit gleichlautende Spitallisten. In der Akutsomatik trat die zurzeit geltende Liste am 1. Juli 2021 in Kraft, in der Psychiatrie erfolgte die Inkraftsetzung per 1. Januar 2024 und in der Rehabilitation per 1. Januar 2025. Allen Spitalplanungen liegen Versorgungsplanungsberichte zugrunde.

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht nimmt nun die zweite umfassende Bedarfsanalyse und -prognose im Bereich stationäre akutsomatische Versorgung für die GGR vor. Entsprechend lassen sich Vergleiche zum *Versorgungsplanungsbericht 2019* ziehen, wodurch Erkenntnisse für die Ausgestaltung der Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Akutsomatik per 1. Januar 2027 gewonnen werden können. Das Ziel der aktuellen Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik ist es, eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich nachhaltig tragbare und zukunftsfähige akutsomatische Versorgung zu ermöglichen. Dabei fokussiert sich die Bedarfsplanung vornehmlich auf die stationäre medizinische Akutsomatik 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).

Die stationäre akutsomatische Versorgung in der GGR im Überblick

Im Jahr 2023 haben 88'647 Fälle (entspricht 470'371 Pfl egetagen) von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR eine stationäre akutsomatische Behandlung in einem Spital in der Schweiz in Anspruch genommen. 82'114 Fälle (92.6 %) wurden in Spitälern der GGR behandelt, die übrigen 6'534 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt.

In den Spitälern in der GGR erfolgten im Jahr 2023 108'017 Austritte von akutsomatischen stationären Fällen. Dies entspricht 577'870 Pfl egetagen. Davon hatten 24.0 Prozent der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz nicht in der GGR. Dies bedeutet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aus der GGR weniger Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen haben, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen in der GGR beansprucht haben.

Die Hospitalisierungsrate in der GGR liegt im Jahr 2023 bei 169.9 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (gesunde Neugeborene ausgenommen; 2019: 169.0). Im Vergleich dazu liegt diejenige der Restschweiz¹ mit 129.5 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner tiefer (2019: 132.4). Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD²) der Patientinnen und Patienten aus der GGR liegt im Jahr 2023 bei 5.4 Tagen (2019: 6.1), während der Schnitt der Restschweiz bei 5.2 Tagen zu liegen kommt (2019: 6.0). Die Entwicklung der Hospitalisierungsrate und der MAHD verhält sich seit 2017 für die GGR und die Restschweiz ähnlich.

Das Ziel der Analysen im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung ist es zu klären, ob sich die akutsomatische 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 Spitalplanungsleistungsbereichen (SPLB) und Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) zu erwarten ist.

¹ Unter der Restschweiz ist die Schweiz ohne die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zu verstehen.

² Unter der MAHD wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patientin resp. Patient in stationären Institutionen in Tagen verstanden. Die Anzahl Pfl egetage wird dabei durch die Anzahl Fälle dividiert.



Leistungsanspruchnahme, Bedarf und Prognose

Die Vergabe von Leistungsaufträgen und somit auch die Analysen im Rahmen der Versorgungsplanung erfolgen entlang der Nomenklatur der SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Mit der Anwendung dieser Nomenklatur wird dem Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 20. Mai 2022 Folge geleistet. Sie ist in 24 SPLB, 138 SPLG und elf Querschnittsbereiche gegliedert.

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.

In der aktuellen Bedarfsanalyse für das Jahr 2023 zeigt sich, dass die Einwohnerinnen und Einwohner der GGR im Vergleich zur gesamten Schweiz über alle SPLG gesehen bei den unter 18-Jährigen knapp über zehn und bei den über 18-Jährigen ungefähr 20 Prozent mehr akutsomatische Leistungen in Anspruch nehmen, als zu erwarten gewesen wäre. Damit beschreibt die aktualisierte Bedarfsanalyse der erwachsenen Bevölkerung für die GGR eine Situation, in welcher sich die seit dem Jahr 2019 bestehende überdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme weiter verstärkt hat (2019: +17.3 %; 2023: +19.3 %). Bei den unter 18-jährigen Personen der GGR ist der äquivalente Wert von 12.6 Prozent im Jahr 2019 auf 10.8 Prozent im Jahr 2023 gesunken.

Mit der Bedarfsprognose wird ausgehend von der heutigen Situation der Blick auf die stationäre Leistungsentwicklung in die Zukunft geworfen. Die Bedarfsprognose ist unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren Demographie, Medizintechnik, Ambulantisierung durch Ambulant vor stationär (AVOS³), Angleichung an erwartete Leistungsmenge und Verkürzung der MAHD erstellt worden, wobei die Einflussfaktoren bis zum Jahr 2035 fortgeschrieben worden sind. Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung wird ein Anstieg von rund 499'000 Einwohnerinnen und Einwohnern per Ende Jahr 2023 um 4.5 Prozent auf rund 521'500 Einwohnerinnen und Einwohner per Ende Jahr 2035 erwartet. Dieses Bevölkerungswachstum wird durch die restlichen Annahmen (bspw. AVOS, Angleichung an erwartete Leistungsmenge) wieder gedämpft.

Die Ergebnisse, welche aus den oben aufgeführten Annahmen resultieren, sind in Abbildung Z.1 dargestellt. Es werden drei verschiedene Szenarien abgebildet. Die Resultate unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» prognostizieren eine fast gleichbleibende Anzahl akutsomatischer Fälle über alle Altersgruppen im Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2023 (-0.1 %, 2023: 88'647; 2035: 88'593). Im «Tiefen Szenario» resultiert eine Abnahme von ca. zehn Prozent und im «Hohen Szenario» eine Zunahme an Fällen um ca. 16 Prozent. Mit diesen Szenarien wird eine Spannweite zur stationären akutsomatischen Leistungsentwicklung in der GGR bis zum Jahr 2035 aufgezeigt, die gleichzeitig verdeutlicht, dass eine Prognose mit Unsicherheit verbunden ist.

³ Unter Ambulant vor Stationär wird eine Regelung des Bundes verstanden, welche bei ausgewählten Gruppen von Eingriffen eine ambulante Durchführung vorschreibt, insofern diese vergütet werden soll. Dies gilt für ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen, Eingriffen an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patientinnen und Patienten. Ausnahmen können geltend gemacht werden, falls besondere Umstände vorliegen, die eine stationäre Durchführung erfordern.

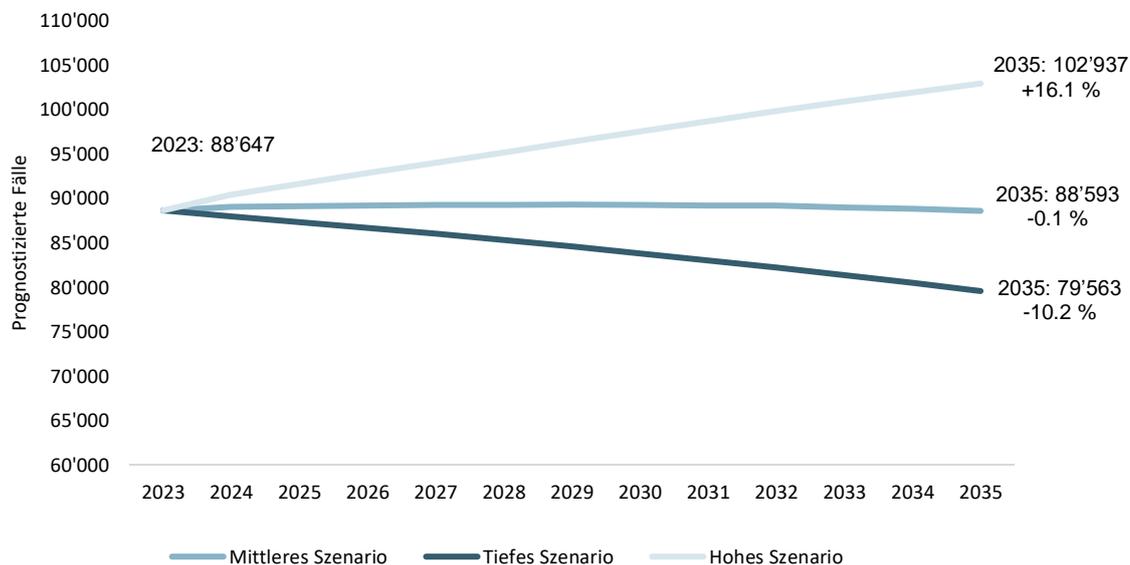


Abbildung Z.1 Prognostizierte Entwicklung der Fälle in der GGR bis 2035, Fallzahlen 2023 entsprechen den tatsächlich beobachteten Fallzahlen, alle Alterskategorien, Wachstumsraten zwischen den Jahren 2023 und 2035 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)

Die verschiedenen Szenarien schlagen sich auch in den prognostizierten Werten der Pfl egetage nieder. Die Spitalplanung konzentriert sich zwar auf die Fälle und nicht auf Betten, jedoch stellt der Prognosewert an Pfl egetagen eine wichtige Kenngrösse für weitere Planungsentscheidungen dar. Die Resultate der Bedarfsprognose unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» ergeben eine Reduktion der stationären akutsomatischen Pfl egetage bis zum Jahr 2035 über alle Altersgruppen von 11.9 Prozent (2023: 470'371; 2035: 414'562). Der prognostizierte Wert im «Tiefen Szenario» fällt mit einer Reduktion von 29.6 Prozent tiefer aus (2035: 330'915). Im «Hohen Szenario» ergibt die Prognose 515'274 Pfl egetage (+9.5 %).

In Anlehnung an das Vorgehen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird das «Mittlere Szenario» als planungsrelevantes 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 eine Reduktion der stationären akutsomatischen Fälle bis zum Jahr 2035 von 466 Fällen resp. 0.6 Prozent bei den über 18-Jährigen und eine Zunahme von 416 Fällen resp. 4.6 Prozent bei den unter 18-Jährigen.

Fazit und weiteres Vorgehen

Die Interpretation der dem Versorgungsplanungsbericht vorgeschaltete Wirkungsanalyse der GGR zeigt auf, dass die drei übergeordneten Ziele des Staatsvertrags einen unterschiedlichen Zielerreichungsgrad aufweisen. Das Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird in Bezug auf die Reduktion der überdurchschnittlichen Versorgung nicht erreicht. Positiv zu bewerten ist, dass die Versorgung über gleichlautende Spitallisten sichergestellt ist. Es überwiegen jedoch die negativen Effekte auf die Zielerreichung. Das Ziel der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums wird nicht erreicht, während das Ziel der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region in der Tendenz erreicht wird. Die Kantone werden in der nächsten Planungsperiode entsprechend die übergeordneten Ziele 1 und 2 noch intensiver weiterverfolgen.



Dieser Entscheid spiegelt sich auch in den Annahmen der Bedarfsprognose im vorliegenden Bericht, welche im «Mittleren Szenario» von einer Reduktion der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme der GGR ausgeht. Zur Definition geeigneter Massnahmen haben beide Kantone vertiefte Analysen durchgeführt, welche unterschiedliche Herausforderungen in und für die Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen aufgezeigt haben. Dem homogenen Stadtkanton mit einer hohen Bevölkerungsdichte steht ein heterogener Landkanton mit fünf Bezirken gegenüber, was hinsichtlich Bevölkerungsdichte und -verteilung erhebliche Unterschiede mitbringt. Auch bzgl. Alterung der Bevölkerung, der Angebotsstrukturen und der Rolle des Universitätsspitals Basel finden sich unterschiedliche Ausgangslagen vor. Um diesen Herausforderungen zielgerichtet zu begegnen, legen die Kantone unterschiedliche Schwerpunkte, weshalb eine Differenzierung bei der Anwendung von Vergabekriterien ermöglicht wird. Es werden gemeinsam der Bedarf ermittelt und gemeinsame Vergabekriterien definiert. Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte kann eine andere Gewichtung der Vergabekriterien erfolgen. Dies betrifft insbesondere die Versorgungsrelevanz resp. die Wirtschaftlichkeit. Beide Kantone behalten sich zudem vor, bei Bedarf gemeinsam Instrumente der Mengensteuerung einzuführen.

Damit erlassen die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt koordinierte Spitalisten 2027, womit eine Weiterentwicklung von der bisherigen Praxis der gleichlautenden Spitalisten erfolgt. Mit dieser Differenzierung sind die beiden Kantone davon überzeugt, eine weitere Optimierung der Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen zu erreichen. Die koordinierten Spitalisten 2027 erlauben die Verfolgung der beiden strategischen Ansätze durch das Erschliessen von Synergien in der Planung und die Abbildung von differenzierten kantonalen Anforderungen in den Vergabekriterien.



1 Generelles zur Versorgungsplanung

Die seit dem 1. Juli 2021 in Kraft getretenen gleichlautenden Spitallisten in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für die Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt (GGR) haben den Grundstein hinsichtlich der bikantonalen Spitalplanung von medizinischen Leistungen in einem grossen Teil des Jura-Nordbogens⁴ gelegt. Die Versorgungsplanungsberichte der letzten Jahre (vgl. Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft [VGD] und Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt [GD] 2019, VGD und GD 2022, VGD und GD 2023) haben aufgezeigt, dass die GGR aufgrund der Patientenströme als «integraler Gesundheitsraum» betrachtet werden kann.

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. In der Zwischenzeit wurden im Dezember 2022 resp. im September 2023 die entsprechenden Analysen für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation veröffentlicht, welche die Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Psychiatrie per 1. Januar 2024 und in der Rehabilitation per 1. Januar 2025 darstellen.

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht nimmt die zweite umfassende Bedarfsanalyse und -prognose im Bereich Akutsomatik für die GGR vor. Entsprechend lassen sich Vergleiche zum *Versorgungsplanungsbericht 2019* ziehen. Die Kantonsanteile für stationäre Spitalbehandlungen unterstreichen die hohe Relevanz des Spitalbereichs Akutsomatik, der im Jahr 2024 in der GGR 74.0 Prozent der kantonalen Ausgaben für die drei Spitalbereiche umfasst (eigene Berechnung basierend auf Angaben Bereich Gesundheitsversorgung des GD BS sowie Angaben Amt für Gesundheit der VGD).⁵ Gegenstand der vorliegenden Bedarfsplanung sind die stationären akutsomatischen Behandlungen der Bevölkerung der GGR. In Kapitel 2 wird die Nomenklatur, die Fallabgrenzung und -definition sowie das methodische Vorgehen bei der Bedarfsanalyse und -prognose erläutert. In Kapitel 3 wird zudem der Stand der Versorgung im stationären Bereich aufgezeigt. Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ([SR 832.10](#)) besteht für die Kantone derzeit kein expliziter Auftrag, im Rahmen der Spitalplanung den ambulanten Bereich zu analysieren. Da zumindest in gewissen Bereichen Behandlungen sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden können, wird in Kapitel 3 dieses Berichts dennoch deskriptiv ein Einblick in das Thema der ambulanten Versorgung gegeben. Kapitel 4 legt die Resultate der Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose dar und Kapitel 5 ordnet die Ergebnisse ein. Kapitel 6 beschreibt das weitere Verfahren zur Bewerbung und zu den Evaluationskriterien zur Leistungsvergabe. Die nachfolgenden Unterkapitel 1.1 und 1.2 stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen der Spitalplanung und den kantonalen Spitalplanungsprozess dar.

⁴ Siehe Kapitel 3.

⁵ Die restlichen Ausgaben fielen zu 14.1 Prozent im Bereich Psychiatrie und zu 11.9 Prozent im Bereich Rehabilitation an. Bei der Interpretation dieser Zahlen gilt es zu beachten, dass für die Zuteilung der Fallzahlen auf die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zum Ausweisen der Kantonskosten eine andere Methodik verwendet wurde als diejenige, welche im vorliegenden Bericht zur Anwendung kommt.

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die bundesrechtlichen Grundlagen hinsichtlich der Versorgungsplanung sind im KVG ([SR 832.10](#)) verankert. Gemäss diesen Richtlinien nehmen die beiden Kantone die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen vor. Sie 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 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.

In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Rechtsprechung zum Thema stationäre Versorgungsplanung und Spitalisten zu beachten.⁶ Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat im Entscheid BVGer [C-2827/2019](#) vom 18. März 2021 E. 6.7. festgehalten, dass mit der kantonalen Spitalplanung einerseits die bedarfsgerechte Spitalversorgung der Bevölkerung gewährleistet (vgl. Art. 58a Abs. 1 KVV), andererseits eine Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten angestrebt werden. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf – aber nicht mehr als diesen – deckt (vgl. Urteil des BVGer [C-1966/2014](#) vom 23. November 2015 E. 4 und Zwischenverfügung [C-6266/2013](#) vom 23. Juli 2014 E. 4.6.1 m. w. H.; [C-5603/2017](#) vom 14. September 2018 E. 9.1). Die Spitalplanung hat sich nicht auf die Verhinderung einer Unterversorgung zu beschränken (eingehend dazu Urteil des BVGer [C-6266/2013](#) vom 29. September 2015 E. 4). Zur Leistungserbringung zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind daher grundsätzlich nur so viele Spitäler zuzulassen (bzw. Leistungsaufträge zu erteilen), als für die Deckung des Bedarfs erforderlich sind (vgl. Urteil des BVGer [C-4232/2014](#) vom 26. April 2016 E. 5.4.2). Für die Versorgung eines Kantons nicht relevante Spitäler müssen bei der Vergabe eines Leistungsauftrags nicht berücksichtigt werden. Dadurch werden Überkapazitäten vermieden bzw. reduziert (vgl. Urteil des BVGer [C-2827/2019](#) vom 18. März 2021 E. 6.7; Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022, Empfehlung 2 [GDK 2022a]). Folglich ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn der Kanton Bewerbenden bei fehlender Versorgungsrelevanz keinen Leistungsauftrag erteilt, auch wenn sie die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen, zumal kein Anspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste resp. auf Weiterführung eines bis anhin bestehenden Leistungsauftrags besteht (vgl. Urteil des BVGer [C-3413/2014](#) vom 11. Mai 2017 E. 10.4.1 und E. 11.7.3). Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass sich die Auswahl der Leistungserbringer an den Kriterien gemäss Art. 58a ff. KVV orientieren kann.

Neben den bundesrechtlichen Grundlagen ist für die bikantonale Zusammenarbeit 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](#)) zu beachten. Dieser führt in § 3 aus, dass «die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht insbesondere das stationäre und ambulante Angebot umfasst». In § 4 werden die gemeinsamen Ziele verankert, welche einer effizienten und effektiven Versorgung dienen. Sie orientieren sich an den übergeordneten Zielen der GGR, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone

⁶ Eine Übersicht der Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesgerichts im Kontext kantonalen Spitalplanungen und Spitalisten kann der Webseite der GDK entnommen werden: <https://www.gdk-cds.ch/de> (Stand 03.04.2025).

zu optimieren, das Kostenwachstum im Spitalbereich deutlich zu dämpfen sowie die Hochschulmedizin in der Region langfristig zu sichern (Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft 2018, Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt 2018). § 7 hält schliesslich fest, dass der Versorgungsplanungsbericht bikantonal erarbeitet wird und als Grundlage für die Spitallisten dient.

Als weiterer Eckpfeiler zur Spitalplanung gelten die von der Plenarversammlung der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren am 20. Mai 2022 genehmigten Empfehlungen zur Spitalplanung, welche insbesondere auch die geltende Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesgerichts zu den bundesrechtlichen Grundlagen abbilden. Die GDK-Empfehlungen sind für die Kantone nicht bindend (GDK 2022a) und enthalten auch keine verbindliche Auslegung des KVG und der KVV (Urteil des BVGer [C-5603/2017](#) vom 14. September 2018 E. 9.8 m. H. auf BGE [138 II 398](#) E. 2.3.5). Vielmehr sollen sie eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit als Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG (GDK 2022a). Das Bundesverwaltungsgericht berücksichtigt sie bei seinen Entscheidungen, was ihre praktische Relevanz unterstreicht und ihnen indirekt rechtliche Bedeutung verleiht. Diese Empfehlungen fördern somit ein gemeinsames Verständnis der kantonalen Spitalplanung und unterstützen die interkantonale Koordination. Sie betreffen grundsätzlich die Planung von Leistungen in allen Versorgungsbereichen, wurden jedoch mehrheitlich vor dem Hintergrund der akutstationären Versorgung entworfen. In Empfehlung 1 (GDK 2022a) ist u. a. festgehalten, was eine Spitalplanung alles umfasst und welche Datengrundlagen verwendet werden sollen. Die Empfehlungen zu den Evaluationskriterien im Rahmen des Bewerbungsprozesses werden in Kapitel 6.3 erläutert.

1.2 Kantonaler Spitalplanungsprozess

Das Ziel der aktuellen Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik ist es, eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich nachhaltige tragbare und zukunftsfähige akutsomatische Versorgung zu ermöglichen. Abbildung 1 stellt einen idealtypischen Spitalplanungsprozess dar. Gestützt auf die Bestimmungen gemäss KVG und KVV kann dieser in drei Phasen unterteilt werden: (1) die Ermittlung und Bestimmung des Versorgungsbedarfs der GGR Bevölkerung (Bedarfsermittlung), (2) die Auswahl des Angebots, das notwendig ist, um diesen Bedarf zu decken (Angebotsbestimmung), und schliesslich (3) die Erstellung der Spitalliste und somit die Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler (Sicherung des Angebots).

Die Grundlagen zum ersten Schritt sind in Art. 58b Abs. 1 bis Abs. 3 KVV geregelt. Diese legen fest, dass die Kantone im Versorgungsplanungsbericht 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. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht erfüllt somit mit der Bedarfsanalyse und -prognose die Anforderungen an die Versorgungsplanung.⁷ Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone gemäss Schritt 2 das Angebot gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV, welches durch die Auffüh-

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. Gemäss Wissensstand der Autorschaft liegen aktuell keine Studien vor, welche für die Schweiz und insbesondere die GGR einen Zusammenhang zwischen der Quantität und Qualität der Versorgung analysieren. Falls zukünftig solche Studien bestehen, werden diese einbezogen.

rung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen (Listenspitäler) zu sichern ist, damit die Versorgung der (kantonalen) Wohnbevölkerung gewährleistet ist. Dafür werden die Kriterien Wirtschaftlichkeit, Qualität, Zugänglichkeit, Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Bewerbenden herangezogen (Art. 58b Abs. 4 KVV). Die Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt gemäss Art. 58d KVV. Bezüglich Sicherung des Angebots gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV (Schritt 3) regelt Art. 58f KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste. Die Planung wird sowohl durch die Vernehmlassung des Versorgungsplanungsberichts als auch durch die Vernehmlassung der Spitalliste mit den anderen Kantonen koordiniert (Art. 39 Abs. 2 KVG). Die Auswertung der Patientenströme (Art. 58e KVV) unterstützt die interkantonale Koordination zusätzlich.

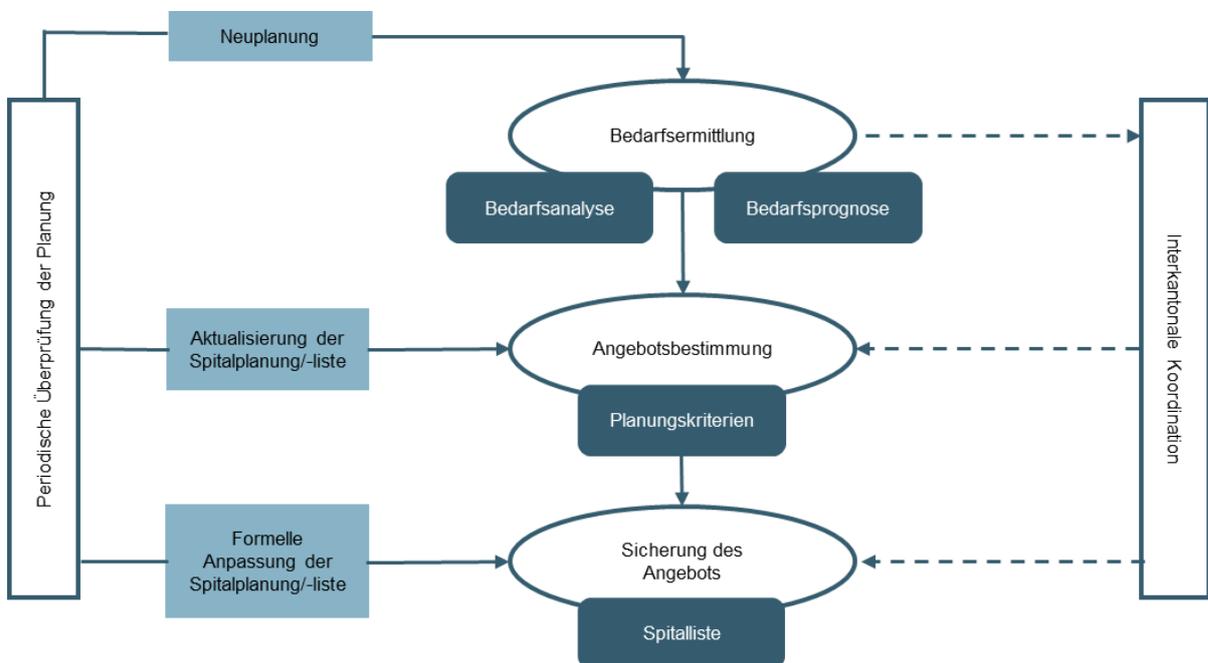


Abbildung 1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess (eigene Darstellung in Anlehnung an Jörg et al. 2024a)

Gemäss Art. 58a Abs. 2 KVV sind die Kantone verpflichtet, eine periodische Überprüfung der Planung vorzunehmen. Dabei werden unterschiedliche Ebenen von Planungseingriffen unterschieden: Eine formelle Anpassung, eine Aktualisierung oder eine Neuplanung der Spitalliste. Unter eine formelle Anpassung fällt bspw. der Nachvollzug von Beschlüssen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM-Beschlüsse) oder eine Änderung der Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik. Bei einer Aktualisierung der Spitalliste werden hingegen vor allem Änderungen bei der Vergabe der Leistungsaufträge (bspw. Neuerteilung, Überprüfung eines befristeten Leistungsauftrags) vorgenommen. Bei einer Neuplanung werden alle in Abbildung 1 dargestellten Schritte durchlaufen.

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die Neuplanung der Spitalliste per 1. Januar 2027 im Bereich Akutsomatik der GGR. Die Vernehmlassung dieses Versorgungsplanungsberichts findet vom 1. Dezember 2025 bis zum 23. Januar 2026 statt. Nach der Veröffentlichung des definitiven Versorgungsplanungsberichts im Februar 2026 startet das Bewerbungsverfahren für die koordinierten Spitallisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (mehr zum weiteren Zeitplan siehe Tabelle 20).

2 Daten und methodisches Vorgehen

Das Kapitel 2 erläutert das konzeptionelle Vorgehen betreffend Fallabgrenzung und -definition, die Nomenklatur, die verwendeten Datengrundlagen der einzelnen Analysen sowie der Erstellung der Bedarfsanalyse und -prognose.⁸ Das Kapitel 2.1 beschreibt die für die Berechnungen berücksichtigten Fälle. Das darauffolgende Kapitel 2.2 erläutert die verwendeten Datenquellen. In Kapitel 2.3 folgt die Einteilung der betrachteten Fälle in Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) und Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG), d. h. die Nomenklatur. Anschliessend wird die Methode der Berechnung der Bedarfsanalyse (Kapitel 2.4) und die Methode der Bedarfsprognose (Kapitel 2.5) beschrieben. Die Ergebnisse dieser Analysen (siehe Kapitel 4) dienen als Grundlage für die Erteilung der kantonalen Leistungsaufträge.

Den meisten Analysen liegt das Datenjahr 2023 zu Grunde. Dies entspricht der Empfehlung der GDK, das neuste verfügbare Datenjahr zu verwenden (vgl. GDK 2022a, Empfehlung 1d). Für Analysen, bei welchen auch ältere oder jüngere Datenjahre relevante Informationen enthalten, werden diese ebenfalls ausgewiesen. Die Datenjahre 2020 und 2021 werden aufgrund möglicher Verzerrungen durch die COVID-19-Pandemie meist nicht berücksichtigt. Ältere Datenjahre werden vor allem miteinbezogen, um die Veränderungen der letzten Jahre darzustellen (bspw. im Vergleich zur zurückliegenden Bedarfsanalyse). Die Resultate werden im vorliegenden Bericht mehrheitlich anhand von SPLB ausgewiesen. In gewissen Fällen werden Analysen nach SPLG im Excel-Anhang *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025* dargestellt. Diese Vorgehensweise stellt einerseits die Übersichtlichkeit und andererseits die Vergleichbarkeit der Resultate sicher. Zudem ist anzumerken, dass Auswertungen auf Ebene SPLG über mehrere Datenjahre hinweg mit gewisser Vorsicht zu betrachten sind, da der Kanton Zürich die SPLG-Systematik fortlaufend weiterentwickelt (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022).

2.1 Fallabgrenzung und -definition

In Kapitel 3 und 4 werden die akutsomatischen Leistungen anhand von stationären Fällen und Pflegetagen quantifiziert. Es werden grundsätzlich nur Fälle berücksichtigt, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind.⁹ Zur Abgrenzung der akutsomatischen Fälle gegenüber Fällen der Psychiatrie und Rehabilitation wird die Vorgehensweise des Obsan verwendet (Obsan 2024).¹⁰ Dies bedeutet, dass die Variablen Hauptkostenstelle, Krankenhaus typologie, Abrechnungstarife der Medizinischen Statistik sowie spital- und standortspezifische Anpassungen des Obsan herangezogen wurden. Sofern nichts anderes vermerkt ist, kommt diese Abgrenzung bei jeglichen Analysen zur Anwendung.

Im Vergleich zum *Versorgungsplanungsbericht 2019* zur Akutsomatik (VGD und GD 2019) wird eine andere Abgrenzung gegenüber Fällen aus der Psychiatrie und Rehabilitation verwendet.¹¹ Der aktuell verwendete Filter hat den Vorteil, dass inskünftig in allen drei Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie

⁸ Eine Ausnahme stellen die Auswertungen zum ambulanten Bereich in Kapitel 3.6 dar. Die Methodik dieser Berechnungen ist direkt im Kapitel 3.6 beschrieben.

⁹ Die Standortanpassungen gemäss Obsan können in Einzelfällen dazu führen, dass dieses Kriterium (z. B. gewisse C-Reha-Fälle) übersteuert wird.

¹⁰ Einzig bei der Klinik Arlesheim wurde eine Abweichung vom Obsan-Filter vorgenommen, da die Typologie des Spitals von K123 (Allgemeinkrankenhaus) zu K212 (Psychiatrische Klinik) geändert hat. Für diese Klinik wurden die SwissDRG-Fälle herausgefiltert und zu den akutsomatischen Fällen hinzugezählt. Zudem werden keine rückwirkenden Anpassungen des Obsan-Filters vorgenommen.

¹¹ Filter, welcher im *Versorgungsplanungsbericht 2019* für Fallabgrenzung verwendet wurde: DRG-Status=1 (SwissDRG) & Behandlungsart = 3 (stationär) & Statistikfall = A (Austritt im betrachteten Kalenderjahr).

und Rehabilitation der gleiche Filter angewendet werden kann und somit jeder Fall einem der drei Bereiche zugeordnet wird. Es wird damit sichergestellt, dass Fälle nicht doppelt gezählt oder in keinem der drei Bereiche berücksichtigt werden.

Eine Ausnahme davon findet im Bereich der Kinder und Jugendlichen statt. Der Grund dafür ist, dass mittels der Methode des Obsan die Fälle des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) nicht auf die drei Bereiche verteilt werden können. In der Rehabilitation hat das UKBB im Jahr 2021 18 Fälle mit Wohnort innerhalb der GGR behandelt (vgl. VGD und GD 2023). Aufgrund der geringen Anzahl wird hier eine Doppelzählung in der Akutsomatik und Rehabilitation in Kauf genommen. Im Bereich der Psychiatrie hat das UKBB im Jahr 2020 248 Fälle behandelt (Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik [BFS]). Diese Zahl basiert auf der Annahme, dass alle Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich der Psychiatrie diesem Bereich zuzuordnen sind.¹² Im Jahr 2023 belief sich die Anzahl Fälle mit einer solchen psychiatrischen Hauptdiagnose auf 200. Da diese Art der Fälle bereits im *Versorgungsplanungsbericht 2022* der Psychiatrie (vgl. VGD und GD 2022) berücksichtigt wurden, werden für die akutsomatischen Analysen beim UKBB alle Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nicht berücksichtigt.

Als Fall in den folgenden Auswertungen werden – sofern nicht anders definiert – diejenigen stationären, akutsomatischen Behandlungen gezählt, welche im entsprechenden Jahr abgeschlossen werden konnten (d. h. die Patientinnen und Patienten sind aus dem Spital «ausgetreten», unabhängig vom Eintrittsjahr). Patientinnen und Patienten, welche im entsprechenden Datenjahr eintreten, aber erst im darauffolgenden Datenjahr austreten, werden zum nächsten Datenjahr gezählt. Tritt eine Patientin resp. ein Patient aus und erfolgt ein Wiedereintritt in dasselbe Spital innerhalb von 18 Tagen, wird dies unter bestimmten Bedingungen als ein Fall gezählt. Für die Berechnung der Pflage tage werden die Pflage tage aller Fälle berücksichtigt, welche gemäss dieser Definition einem Datenjahr zuzuordnen sind. Es werden folglich nicht nur die Pflage tage des entsprechenden Kalenderjahrs, sondern alle Pflage tage, welche mit einem entsprechenden Fall verbunden sind, berücksichtigt.¹³ In die Auswertungen fliessen zudem alle Fälle unabhängig des Kostenträgers (OKP, Unfallversicherung [UV], Invalidenversicherung [IV] etc.) ein.

2.2 Verwendete Daten

Im vorliegenden Bericht kommen verschiedene Datenquellen zur Anwendung. Für die deskriptiven Analysen in Kapitel 3 werden neben den Daten der Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS auch Auswertungen basierend auf dem Tarifpool der SASIS AG durchgeführt. Die bisherigen und zukünftigen Entwicklungen der Bevölkerungszahlen basieren auf der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS. Bei einer Analyse werden Daten gemäss dem Eidgenössischen Gebäude- und Wohnungsregister sowie Daten der Einwohnerregister der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verwendet.

¹² Als psychiatrische Hauptdiagnosen wurden analog zum *Versorgungsplanungsbericht 2022* der Psychiatrie (VGD und GD 2022) das Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) oder die Hauptdiagnosen G30-G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems aus dem Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems des Diagnoseklassifikationssystems *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision* (ICD-10) definiert.

¹³ Als Beispiel sei hier ein Fall genannt, welcher am 27. Dezember 2022 eintritt und das Spital erst im Jahr 2023 verlässt. Die Pflage tage aus dem Jahr 2022 werden bei diesem Fall zum Datenjahr 2023 gezählt.



Die Anzahl akutsomatischer Fälle und Pflgetage für die Bedarfsanalyse in Kapitel 4.1 werden der Medizinischen Statistik des BFS entnommen. Die Kontrollvariablen zur Demographie sowie Soziodemographie und -ökonomie werden vom BFS geliefert. Die Variablen zu den Franchisen stammen aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des Bundesamts für Gesundheit (BAG; siehe Tabelle 2).

Basis der Bedarfsprognose in Kapitel 4.2 sind insbesondere die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS sowie die aktuellen Bevölkerungsszenarien des BFS. Für die Berechnung der Hospitalisierungsraten wird die Bevölkerungsstatistik (STATPOP) des BFS verwendet. Für die Annahmen bezüglich der Reduktion des Bedarfs werden die Resultate der Bedarfsanalyse gemäss Kapitel 4.1 verwendet.

Gemäss in Kapitel 2.1 erläuterten Filter sind für die Bedarfsanalyse und -prognose die Fälle von Personen mit Wohnsitz in Basel-Stadt oder Basel-Landschaft relevant. Für die Bevölkerungsdaten (sowohl STATPOP als auch Szenarien) wird in allen Analysen auf die ständige Wohnbevölkerung zurückgegriffen. Für die Bedarfsszenarien werden drei Bevölkerungsentwicklungen des BFS mit Stand April 2025 verwendet, das «Referenzszenario», das «Tiefe Szenario» und das «Hohe Szenario.»

2.3 Nomenklatur

Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG gibt vor, dass Leistungsaufträge auf der Spitalliste in Kategorien gegliedert sein müssen. Es wird deshalb für die der Spitalliste vorangehenden Analysen die möglichst gleiche Gliederung verwendet. Als Systematik wird basierend auf dem Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom Oktober 2022 (GDK 2022b) die SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich verwendet. Dabei kommen die im jeweiligen Datenjahr aktuellen Systematiken zur Anwendung. Die Fälle der Akutsomatik werden im vorliegenden Bericht mithilfe des Zürcher Groupers den einzelnen SPLG zugeteilt. Für die Zuteilung der Fälle auf die SPLG wird die Gruppierung, welche vom BFS geliefert wird, übernommen.

In der Regel gibt es jedes Jahr Anpassungen in der Gruppierung der Fälle auf die SPLG resp. in der SPLG-Systematik und den zugrundeliegenden CHOP- und ICD-10-Listen (vgl. bspw. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022), was bei Vergleichen mehrerer Datenjahre zu berücksichtigen ist. Zwischen den Jahren 2019 und 2022 bestehen keine grösseren Veränderungen in der SPLG-Systematik. Zwischen dem Jahr 2022 und 2023 gibt es jedoch einige Veränderungen (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Die Leistungsgruppen der Kardiologie (KAR) werden angepasst und anders aufgeteilt. Auswertungen über die Zeit sind deshalb für die einzelnen SPLG in der Kardiologie nicht möglich und nur auf SPLB-Ebene sinnvoll. Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie gibt es ab dem Jahr 2023 die neue SPLG BEW8.1.1. Die Leistungsgruppen BEW8, BEW8.1 und BEW8.1.1 sind deshalb nur bedingt mit den Jahren 2019 und 2022 vergleichbar. Im Bereich der Radiologie gibt es ab dem Jahr 2023 zusätzlich zu RAD1 neu auch RAD2. Die SPLG der SPLB Gefässe sind deshalb ebenfalls nur bedingt zwischen den Jahren 2022 und 2023 interpretierbar. Die Betrachtung der CHOP- und ICD-Listen der SPLG NEU3 und VIS1 weist zudem grössere Veränderungen ab dem Jahr 2023 auf. Diese SPLG sind somit ebenfalls nur bedingt zwischen den Jahren 2022 und 2023 vergleichbar.



Nicht abgebildet werden können zudem Änderungen der SPLG-Systematik durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich oder durch die IVHSM, welche aktuell noch nicht im verwendeten Grouper enthalten sind. Es muss dabei zwischen Änderungen unterschieden werden, welche aktuell noch nicht bekannt sind, aber bis zur Erstellung der Spitalliste erfolgen und Änderungen, welche aktuell bereits angekündigt resp. für die Jahre 2024 und 2025 bereits in Kraft sind, aber nicht für das Datenjahr 2023 in den Grouper eingearbeitet sind. Bspw. ist bereits eine Veränderung bei der Leistungsgruppe NEU4.2 resp. NEU4.2.1 bekannt (HSM-Beschlussorgan 2023). Da diese jedoch noch nicht im Grouper enthalten ist, kann sie – gleich wie noch nicht bekannte Änderungen – nicht berücksichtigt werden. Weitere bereits angekündigte, jedoch noch nicht im Grouper abgebildete Veränderungen betreffen die SPLB Gynäkologie, Gefässe und Herz. Für eine Übersicht zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik wird auf das Kapitel 1.2 des Strukturberichts der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2022) verwiesen. Bei Erstellung der Spitalliste Akutsomatik per 1. Januar 2027 wird eine möglichst aktuelle Nomenklatur berücksichtigt.

Die in Tabelle 1 dargestellte Nomenklatur ist diejenige per 1. Januar 2023 (SPLG-spl23), welche auch von der GDK im Oktober 2022 zur Anwendung empfohlen worden ist (GDK 2022b). Sie enthält 24 SPLB, 138 SPLG und elf Querschnittsbereiche. Grundsätzlich werden alle SPLB und SPLG analysiert. Eine Ausnahme stellen SPLG dar, welche der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zuzuordnen sind (vgl. Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG).¹⁴ Ebenfalls in den Analysen nicht abgebildet werden SPLG mit fünf oder weniger Fällen. Um eine Planungsgrundlage zu erstellen, welche differenzierte Schlüsse für die Kinder- gegenüber der Erwachsenenmedizin zulässt, werden einige Analysen anhand der zwei Altersgruppen unter und über 18 Jahren durchgeführt. SPLG, welche aufgrund ihrer Zuordnung zur HSM oder aufgrund der tiefen Fallzahl in einer der beiden Altersgruppen nicht berücksichtigt werden, werden hingegen bei einer höher aggregierten Betrachtung berücksichtigt (bspw. auf Ebene SPLB).¹⁵

Zu den Querschnittsbereichen werden grundsätzlich keine Analysen vorgenommen. Die Querschnittsbereiche Palliative Care und Akutgeriatrie können aktuell mittels des Groupers nicht eingeteilt werden (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Diese sind entsprechend auch in Tabelle 1 nicht dargestellt.

In den Analysen zusammengefasst dargestellt werden die SPLG GEBH und GEB1, NEOG und NEO1 sowie BP und BPE. Das Leistungsspektrum unterscheidet sich teilweise inhaltlich vor allem in Abhängigkeit von der Art des Spitals. GEBH und NEOG sind Leistungsaufträge für Geburtshäuser mit entsprechend geringerem Leistungsspektrum, wohingegen GEB1 und NEO1 an Spitäler vergeben werden. Bei den SPLG BP und BPE ist fachlich entscheidend, ob ein Spital gemäss Zuteilung der gleichlautenden Spitalisten per 25. Mai 2021 (Stand: 1. Januar 2023) zu den «allgemeinen Krankenhäusern» gezählt wird oder zu den «Spezialkliniken». Letztere verfügen beim BPE allgemeinmedizinisch über ein geringeres Leistungsspektrum als bei BP und zusätzlich über ein auf die Spezialisierung ausgerichtetes Leistungsspektrum des BPE (Basispaket elektiv Bewegungsapparat für auf Orthopädie spezialisierte Spitäler). Auf Datenebene ist es nicht möglich, die SPLG BP und BPE abzubilden, da der Grouper keine Unterteilung vornehmen kann. Stattdessen wird lediglich die

¹⁴ Es wird darauf hingewiesen, dass die Zuordnung der SPLG der IVHSM bei den unter 18-Jährigen zur SPLG-Systematik des Kantons Zürich nur schwer möglich ist. Eine genaue Zuteilung würde den Vergleich einzelner CHOP-Codes und ICD erfordern. Folglich kann es sein, dass in den im vorliegenden Bericht ausgewiesenen Fallzahlen teilweise auch Fallzahlen der IVHSM enthalten sein können. Gleichzeitig gibt es auch SPLG, welche nur für Erwachsene zur hochspezialisierten Medizin gehören. Bei diesen kann es vereinzelt vorkommen, dass Fallzahlen von unter 18-Jährigen nicht ausgewiesen werden.

¹⁵ Bspw. wird eine SPLG, welche zur IVHSM zählt, nicht ausgewiesen, jedoch werden die Fälle bei der Betrachtung der übergeordneten SPLB nicht herausgerechnet.

SLPG BP dargestellt. Bereits in der Nomenklatur per 1. Januar 2023 abgebildet wird zudem die SPLG GEBS. Zurzeit bestehen in den analysierten Datenjahren in dieser SPLG jedoch noch keine Fälle in der GGR.

SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengen-dialog
			Erwach-sene	Kinder	
Basispaket	BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	nein	34'905	2'992	X
	BPE Basispaket für elektive Leistungser-bringer	nein			
Dermatologie	DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechts-krankheiten)	nein	125	32	
	DER1.1 Dermatologische Onkologie	nein	78	0	
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen	nein	-	-	
	DER2 Wundpatienten	nein	63	0	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	nein	792	423	X
	HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie	nein	448	33	X
	HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	nein	59	-	
	HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	nein	912	29	X
	HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	nein	18	-	
	HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperation)	nein	88	11	
	HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	nein	-	0	
	HNO1.3.2 Cochlea Implantate (IVHSM)	ja	11	-	
	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	nein	270	-	
	KIE1 Kieferchirurgie	nein	102	21	
Neurochirurgie	NCH1 Kraniale Neurochirurgie	nein	287	22	
	NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie	nein	78	-	
	NCH1.1.1 Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)	ja	69	0	
Neurochirurgie	NCH1.1.1.1 Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems	ja	11	-	
	NCH1.1.2 Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)	ja	13	0	



SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengen-dialog
			Erwach-sene	Kinder	
	NCH1.1.3 Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)	ja	-	0	
	NCH2 Spinale Neurochirurgie	nein	-	0	
	NCH2.1 Seltene Rückenmarkstumoren	ja	-	-	
	NCH3 Periphere Neurochirurgie	nein	25	-	
Neurologie	NEU1 Neurologie	nein	490	42	
	NEU2 Sekundäre bösartige Neubildung	nein	87	0	
	NEU2.1 Primäre Neubildung des ZNS	nein	76	7	
	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen	nein	158	0	
	NEU3.1 Komplexe Behandlung von Hirn-schlägen (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	96	0	
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik	nein	24	19	
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behand-lung	nein	25	0	
	NEU4.2 Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik	nein	73	10	
	NEU4.2.1 Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (Phase II; IVHSM)	ja	0	0	
Ophthalmolo-gie	AUG1 Ophthalmologie	nein	98	12	
	AUG1.1 Strabologie	nein	0	0	
	AUG1.2 Orbita, Lider, Tränenwege	nein	46	-	
	AUG1.3 Spezialisierte Vordersegmentchi-rurgie	nein	121	-	
	AUG1.4 Katarakt	nein	15	-	
	AUG1.5 Glaskörper/Netzhautprobleme	nein	479	-	
Endokrinolo-gie	END1 Endokrinologie	nein	462	39	
Gastroentero-logie	GAE1 Gastroenterologie	nein	2'355	12	X
	GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie	nein	372	-	
Viszeralchirur-gie	VIS1 Viszeralchirurgie	nein	1'292	20	
	VIS1.1 Pankreasresektion (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	85	0	
	VIS1.2 Leberresektion (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	63	0	
	VIS1.3 Oesophagusresektion (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	28	0	
Viszeralchirur-gie	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie	nein	207	0	
	VIS1.4.1 Komplexe bariatrische Chirurgie	ja, nur Erwachsene	80	-	
	VIS1.5 Tiefe Rektumresektion (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	75	33	
Hämatologie	HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien	nein	171	-	



SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengendialog
			Erwachsene	Kinder	
	HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer	nein	43	18	
	HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien	nein	767	0	
	HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	nein	151	-	
	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation	nein	42	0	
	HAE5 Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)	ja	16	-	
Gefässe	GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	nein	184	-	
	ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	nein	268	0	
	GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	nein	330	6	
	GEF3 Gefässchirurgie Carotis	nein	78	0	
	ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	nein	31	0	
	RAD1 Interventionelle Radiologie	nein	72	-	
	RAD2 Komplexe Interventionelle Radiologie	nein	8	-	
Herz	HER1 Einfache Herzchirurgie	nein	-	0	
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	nein	19	9	
	HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)	nein	95	0	
	HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie	nein	0	-	
	HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	nein	24	-	
	HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe	nein	84	-	
	HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe	nein	70	0	
Herz	HER1.1.6 Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	-	0	
	KAR1 Kardiologie und Devices	nein	461	-	X
	KAR2 Elektrophysiologie und CRT	nein	785	-	X
	KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	nein	2'084	8	
	KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	nein	49	0	



SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengen-dialog
			Erwach-sene	Kinder	
	KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	nein	208	8	
Nephrologie	NEP1 Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	nein	231	7	
Urologie	URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	nein	3'599	80	X
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunkttitel 'operative Urologie'	nein	321	24	
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	nein	223	0	
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie	nein	38	0	
	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere	nein	68	0	
	URO1.1.4 Isolierte Adrenalectomie	nein	31	-	
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	nein	11	0	
	URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	nein	39	-	
Pneumologie	PNE1 Pneumologie	nein	1'487	34	
	PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	nein	-	0	
	PNE1.2 Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	nein	67	0	
	PNE1.3 Cystische Fibrose	nein	8	6	
	PNE2 Polysomnographie	nein	187	0	
Thoraxchirurgie	THO1 Thoraxchirurgie	nein	43	-	
	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	nein	149	0	
	THO1.2 Mediastinaleingriffe	nein	54	0	
Transplantationen	TPL1 Herztransplantationen (IVHSM)	ja	-	0	
	TPL2 Lungentransplantationen (IVHSM)	ja	6	0	
	TPL3 Lebertransplantationen (IVHSM)	ja	10	-	
Transplantationen	TPL4 Pankreas- und Inseltransplantation (IVHSM)	ja, nur Erwachsene	-	0	
	TPL5 Nierentransplantationen (IVHSM)	ja	22	0	
	TPL6 Darmtransplantation	nein	0	0	
	TPL7 Milztransplantation	nein	0	0	
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	nein	2'928	152	X
	BEW2 Orthopädie	nein	973	53	X
	BEW3 Handchirurgie	nein	761	14	X



SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengen-dialog
			Erwach-sene	Kinder	
	BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	nein	94	-	
	BEW5 Arthroskopie des Knies	nein	1'438	136	X
	BEW6 Rekonstruktion obere Extremität	nein	1'256	19	X
	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	nein	220	-	X
	BEW7.1 Erstprothese Hüfte	nein	1'488	0	X
	BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen	nein	175	0	
	BEW7.2 Erstprothese Knie	nein	1'590	0	X
	BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen	nein	110	0	
	BEW8 Wirbelsäulenchirurgie	nein	1'213	10	
	BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	nein	212	-	
	BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	nein	18	13	
	BEW9 Maligne Knochentumore	nein	-	-	
	BEW10 Plexuschirurgie	nein	17	-	
	BEW11 Replantationen	nein	0	0	
Rheumatologie	RHE1 Rheumatologie	nein	430	-	X
	RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie	nein	28	7	
Gynäkologie	GYN1 Gynäkologie	nein	1'273	19	
	GYNT Gynäkologische Tumore	nein	158	0	
	GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	nein	543	0	
	PLC1 Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	nein	57	-	
Geburtshilfe	GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW)	nein	4'964	-	
	GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital	nein			
Geburtshilfe	GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	nein			
	GEB1.1 Geburtshilfe (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	nein	53	-	
	GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe	nein	19	0	
Neugeborene	NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g)	nein	0	4'054	
	NEO1 Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	nein			

SPLB	SPLG	IVHSM	Fallzahlen 2023 der GGR-Bevölkerung		Mengendialog
			Erwachsene	Kinder	
	NEO1.1 Neonatologie (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	nein	0	86	
	NEO1.1.1 Spezialisierte Neonatologie (≥ 28 0/7 SSW und GG ≥ 1000 g)	nein	0	309	
	NEO1.1.1.1 Hochspezialisierte Neonatologie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500 g)	ja, nur Kinder	0	37	
(Radio-)Onkologie	ONK1 Onkologie	nein	1'068	28	
	RAO1 Radio-Onkologie	nein	286	-	
	NUK1 Nuklearmedizin	nein	205	-	
Schwere Verletzungen ¹⁶	UNF1.1 Behandlung von Schwerverletzten (IVSHM)	ja	142	-	
	UNF2 Schwere Verbrennungen (IVHSM)	ja	18	-	

Tabelle 1 Leistungsbereiche und -gruppen basierend auf Zürcher Nomenklatur 2023.1 per 1. Januar 2023, Fallzahlen der GGR-Bevölkerung von 2023 (eigene Darstellung basierend auf Gesundheitsdirektion Zürich 2022, GDK 2022b, VGD und GD 2019/Mengendialog, Medizinische Statistik BFS)¹⁷

2.4 Methode Bedarfsanalyse

Die Methode der Bedarfsanalyse orientiert sich am Vorgehen des *Versorgungsplanungsberichts 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung* (VGD und GD 2019). Mit der Durchführung dieser Analyse wird der Bedarf an stationären Behandlungen der Wohnbevölkerung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt identifiziert, um darauf aufbauend eine Prognose für die zukünftige Inanspruchnahme zu berechnen. Der Bedarf wird in nachvollziehbaren Schritten ermittelt und basiert auf statistisch ausgewiesenen Daten (vgl. GDK 2022a, Empfehlung 2a, Art. 58a Abs. 1 KVV). Nachfolgend wird die Methode dargelegt.¹⁸

Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs je Datenjahr. Wie in Kapitel 3 anhand der deskriptiven Statistiken dargelegt wird, lässt sich in der Region eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme an stationären Behandlungen gegenüber dem schweizerischen Durchschnitt feststellen. Eine nachfrageseitige Begründung einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Region bspw. 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.

¹⁶ Da für die SPLG UNF1 die für die Identifikation erforderlichen Angaben in der Medizinischen Statistik fehlen, konnte keine Analyse vorgenommen werden (vgl. HSM-Beschlussorgan 2024, Kapitel 6.1).

¹⁷ Bei fünf oder weniger Beobachtungen werden die Werte nicht dargestellt, sondern Striche eingefügt. In SPLB, in welchen keine Fälle resp. Pflagestage erbracht werden, wird dies mit der Zahl Null ausgewiesen.

¹⁸ Eine detailliertere Herleitung findet sich in Kapitel 3.1 und 3.2 des *Versorgungsplanungsberichts 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung* (VGD und GD 2019).

Eine direkte Identifikation der angebotsinduzierten Nachfrage ist jedoch schwierig.¹⁹ Um schliesslich differenzieren zu können, ob eine Abweichung aus nachfrage- oder angebotsseitigen Gründen resultiert, hat sich die folgende Herangehensweise etabliert: Es wird in der Berechnung für nachfrage- und angebotsseitige Faktoren (Alter, Geschlecht, Herkunft, Anzahl Ein-Personen-Haushalte, Haushaltsgrosse und Variablen zum Gesundheitszustand) kontrolliert.²⁰ Damit kann der Teil der Variation neutralisiert werden, welcher nicht angebotsinduziert ist. Die verbleibende Abweichung kann als Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden.

2.4.1 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 Pflagestage 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 werden analog zur letzten Planung in der Akutsomatik (vgl. VGD und GD 2019) drei Gruppen von Variablen berücksichtigt: Demographische, sozioökonomische Variablen und Variablen zum Gesundheitszustand. Diese werden gemäss gängiger Praxis schrittweise in zusätzlichen Blöcken hinzugefügt (siehe Cutler et al. 1999 oder Augurzky et al. 2013). Die Forschung stützt die Verwendung dieser Einflussfaktoren, um regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme erklären zu können (vgl. Skinner 2011, Sheldon et al. 1993). Einige Variablen, die in der letzten Bedarfsanalyse verwendet wurden, werden nicht mehr berücksichtigt. Dies betrifft die Variable Bildung, welche potenziell endogen ist. D. h.: Der Gesundheitszustand kann auch die Bildung beeinflussen, bspw. wenn eine Person an einer Krankheit leidet, welche es ihr verunmöglicht, eine Ausbildung zu absolvieren.²¹ Zusätzlich ist die Variable Bildung nur auf Kantonsebene verfügbar und könnte somit viele andere (mit Bildung korrelierte) Eigenschaften (z. B. möglicherweise Urbanität und Angebotsdichte) abfangen, was unvorteilhaft wäre. Die Sterberate wird nicht in die Regression miteinbezogen, da diese ebenfalls nur auf Kantonsebene verfügbar ist.

In Abbildung 2 wird das Modell der Bedarfsanalyse visualisiert. In rechteckigen Formen befinden sich die beobachtbaren Variablen, die sogenannten Kontrollvariablen (Demographie, Soziodemographie etc.). Diese befinden sich in der Abbildung 2 auf der linken Seite. 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 3.4.2) wird eine unterschiedliche Anzahl Variablen berücksichtigt.

¹⁹ Es besteht die Möglichkeit einer „nicht-beabsichtigten“ angebotsinduzierten Nachfrage. Dies wäre der Fall, wenn Ärzte resp. Ärztinnen meinen, eine adäquate Behandlung zu verschreiben, es aber keine Evidenz für eine gesundheitliche Verbesserung durch diese Behandlung gibt (siehe bspw. Cutler et al. 1999).

²⁰ Weitere (endogene) Faktoren werden nicht mehr in die Bedarfsberechnung miteinbezogen (siehe Kapitel 2.4.1).

²¹ Der Schätzkoeffizient für die Bildung wäre entsprechend nach unten verzerrt und ein Teil des Residuums würde durch die umgekehrte Kausalität und nicht den tatsächlichen Effekt der Bildung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erklärt.

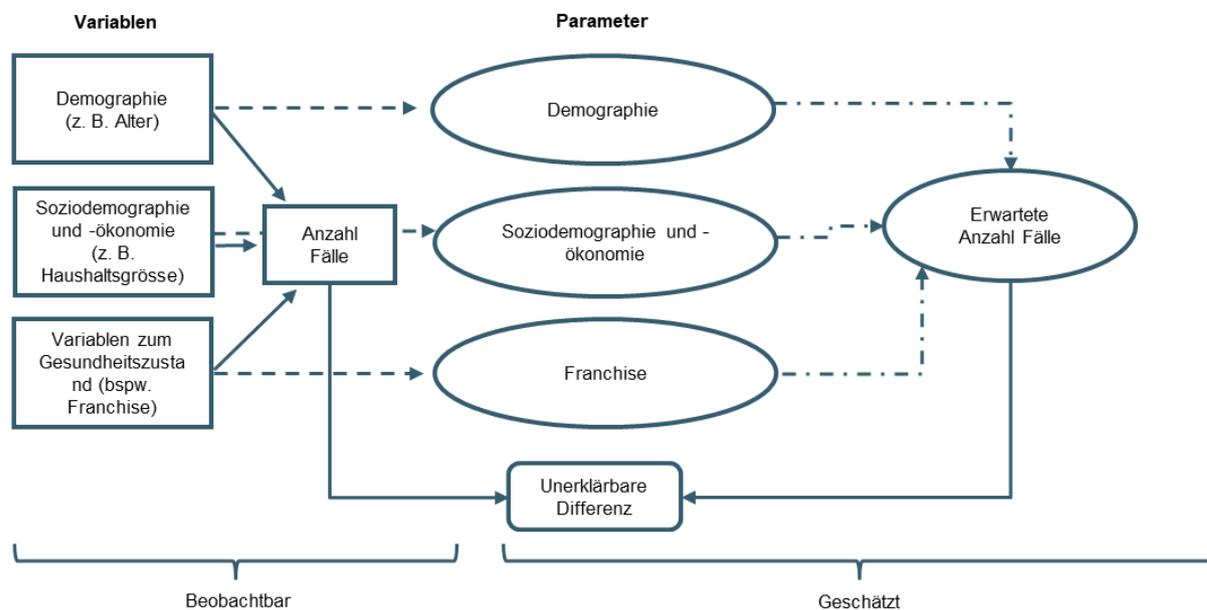


Abbildung 2 Modell der Bedarfsanalyse (eigene Darstellung)

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 2.4.2).

Die Berechnung der Bedarfsanalyse auf Ebene von einzelnen Einwohnerinnen und Einwohnern ist mit dem verfügbaren Datenbestand nicht möglich. Um das Problem eines ökologischen Fehlschlusses²² zumindest teilweise abzumildern, werden die Daten auf der kleinstmöglichen räumlichen Ebene verwendet. Alle Kontrollvariablen sind auf Ebene von Postleitzahlen erhältlich und können entsprechend zu MedStat-Regionen (MS-Regionen)²³ aggregiert werden. Die Analyseebenen sind somit 705 geographische Einheiten.

Die Bedarfsanalyse wird für die Jahre 2019, 2022 und 2023 erstellt. Es werden alle Fälle gemäss der in Kapitel 2.1 beschriebenen Vorgehensweise berücksichtigt, sofern eine hinreichend grosse Fallzahl für die Regression vorhanden ist (Fallzahl je Altersgruppe und SPLG > 50). Mehr zu den verwendeten Daten findet sich in Kapitel 2.2. Das Modell, d. h. die Regression, wird pro SPLG für die Bevölkerung unter 18 Jahren und für diese über 18 Jahren geschätzt. Dies ist insbesondere aufgrund der Vergabe der spezifischen Leistungsaufträge für Kinder- und Jugendliche sinnvoll. Zudem werden für beide Alterskategorien separate Regressionen geschätzt, was die Zunahme spezifischer Altersvariablen erlaubt.

²² Ein fehlerhafter Schluss auf einen Zusammenhang, der nur aufgrund einer räumlichen Aggregation zustande kommt (Skinner 2011).

²³ MS-Regionen erlauben die Zuordnung von hospitalisierten Personen zu einem geographischen Raum, welcher ausreichend gross ist, um die Anonymität zu gewährleisten. Mehr Informationen unter [MS-Regionen BFS](#) (abgerufen am 14.05.2025).

2.4.2 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.

Es werden folglich schrittweise Variablen oder Blöcke von Variablen in die Regression eingebaut. Die verschiedenen Spezifikationen sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Entscheidung, ob eine Variable hinzugenommen resp. weggelassen wird, erfolgt sowohl aufgrund von theoretischen Überlegungen als auch statistischen Kriterien. Als statistisches Mass wird das Akaike-Informationskriterium (AIC) herangezogen. Das AIC ist für alle Spezifikationen und analysierten Altersgruppen im Excel-Anhang *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025* aufgeführt. Die theoretischen Überlegungen betreffen die Endogenität, die Multikollinearität und die Korrelation mit dem Angebot.

Gleich wie beim *Versorgungsplanungsbericht 2019* der Akutsomatik (VGD und GD 2019), beim *Versorgungsplanungsbericht 2022* zur Psychiatrie (VGD und GD 2022) sowie beim *Versorgungsplanungsbericht 2023* zur Rehabilitation (VGD und GD 2023) werden die demographischen Variablen Alter, Geschlecht und Herkunft berücksichtigt. Weiter werden zwei soziodemographische und -ökonomische Variablen («Ein-Personen-Haushalte» und «Haushaltsgrösse») in das Modell integriert. Im Vergleich zur Bedarfsanalyse der Akutsomatik im *Versorgungsplanungsbericht 2019* werden die Variablen «Sterberate» und «Lebendgeburten» nicht berücksichtigt, da diese Daten nur auf kantonaler Ebene zur Verfügung stehen. Vor allem bei nur kantonale verfügbaren Daten ist (im Gegensatz zu Daten auf Stufe MS-Region) fraglich, ob sie nicht zufällig mit der Angebotsstruktur der Kantone korrelieren und somit zur Überanpassung der Varianz beitragen.²⁴ Entsprechend werden diese Variablen weggelassen. Der Erklärungsgehalt durch die Variable «Lebendgeburten» kann durch Implementieren der Variable «Altersgruppe 0-Jährige» abgefangen werden. Des Weiteren wird die Variable «Franchise» in der Regression berücksichtigt, welche Hinweise zum Gesundheitszustand der betroffenen Personen gibt.

Gruppe von Kontrollvariablen ²⁵	Quelle	Spezifikationen				
		1	2	3	4	5
Alter	STATPOP BFS	X	X	X	X	X
Geschlecht	STATPOP BFS	X	X	X	X	X
Herkunft	STATPOP BFS		X	X	X	X
Ein-Personen-Haushalte	STATPOP BFS			X	X	X
Haushaltsgrösse	STATPOP BFS			X	X	X
Franchise	Statistik der obligatorischen Krankenversicherung BAG				X	X
0-Jährige	STATPOP BFS					X

Tabelle 2 Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung, die Daten stehen alle für das entsprechende Datenjahr 2019, 2022 oder 2023 zur Verfügung

²⁴ Das nachfolgende Beispiel erläutert dies: Wenn bspw. die Angebotsdichte medizinischer Leistungen in Städten grösser ist und die Sozialhilfequote in Städten höher ist, kann die Variable «Sozialhilfequote» im Regressionsmodell unbeabsichtigt auch die Angebotsstruktur mitabbilden. Diese Logik ist auch auf weitere Variablen anwendbar.

²⁵ Eine detaillierte Auflistung aller Kontrollvariablen findet sich in Tabelle A.1 im Anhang.

Es gibt Variablen, welche teilweise in den vorgängigen Modellen zu den Spitalbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation berücksichtigt wurden, bei der jetzigen Analyse der Inanspruchnahme in der Akutsomatik jedoch nicht in die Berechnung miteinfließen. Dies betrifft bspw. den Zivilstand, die Bildung, die Arbeitslosigkeit, das Einkommen, die Nettoerwerbsquote oder die Religionszugehörigkeit der Bevölkerung.

Gemäss theoretischen Überlegungen sind aus heutiger Sicht alle in den Modellen aufgeführten Variablen sinnvoll und bei keiner der Variablen bestehen grössere Probleme hinsichtlich Endogenität.²⁶ Aufgrund des vorgängig beschriebenen Vorgehens wird bei den über 18-Jährigen Spezifikation 3 und bei den unter 18-Jährigen Spezifikation 5 dargestellt.²⁷

2.4.3 Grenzen der Methodik

Die verwendete Methodik zur Isolierung der potenziell angebotsseitigen Faktoren weist einige Limitationen auf, die es bei der Interpretation der Resultate zu beachten gilt. Erstens ergibt das Resultat der Berechnung lediglich einen Vergleich zur Versorgung in der Schweiz und die Methode benötigt eine normative Entscheidung, um allenfalls den Anteil der angebotsinduzierten Nachfrage gegenüber anderen Faktoren an verbleibenden Residuen festzulegen. Zweitens ist die Methode der räumlichen Aggregation (von Einzeldaten auf MS-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. Entsprechend bleibt – trotz Standardisierung – eine Restunsicherheit bezüglich der tatsächlichen Über- und Unterversorgung.

Zudem basiert das Modell auf der berechtigten Annahme, dass die bestehende akutsomatische, stationäre Versorgung in der Schweiz optimal ist. Falls es jedoch in der einen oder anderen SPLG schweizweit eine Unter- oder Überversorgung gäbe, so müsste dies in die Auswertung der Regressionsresultate einbezogen werden. Die Resultate zeigen folglich die Versorgung in der GGR relativ zur Schweiz resp. zu den 705 Vergleichsregionen. Aus keinem der betrachteten Modelle können konkrete Aussagen über Behandlungsqualitäten oder -ergebnisse abgeleitet werden. Dennoch ist das Modell eine wichtige Grundlage, um die aktuelle Versorgungslage in der GGR mit der Schweiz 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.

²⁶ Die Kontrolle für 0-Jährige gemäss Spezifikation 5 ist nur für die minderjährige Bevölkerung sinnvoll. Entsprechend wird Spezifikation 5 für die Erwachsenen nicht betrachtet.

²⁷ Bei der Wahl der Spezifikation wird auf das statistische Mass AIC abgestellt. Bei der Regression zu den Fallzahlen der über 18-Jährigen fällt dieses nicht ganz eindeutig aus: Je nach SPLG ergibt sich ein höheres oder tieferes AIC und der Unterschied zwischen den Spezifikationen ist relativ klein. Bei der Betrachtung der Pflagezeit zeigt das statistische Mass AIC hingegen bei vielen Regressionen, dass Spezifikation 3 gewählt werden sollte. Entsprechend wird nachfolgend für alle Betrachtungen der über 18-Jährigen Spezifikation 3 gewählt. Für die unter 18-Jährigen weist das statistische Mass AIC Spezifikation 5 als diejenige aus, welche den grössten Erklärungsgehalt liefert. Entsprechend wird für die 0- bis 17-Jährigen nachfolgend Spezifikation 5 verwendet. Eine vollständige Übersicht aller Spezifikationen findet sich im Excel-Anhang *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025* für die Jahre 2019, 2022 und 2023.

2.5 Methode Bedarfsprognose

Die Bedarfsprognose prognostiziert die zukünftige akutsomatische, stationäre Inanspruchnahme in Fällen und Pflegetagen. Dabei werden drei verschiedene Szenarien berechnet: Ein «Tiefes Szenario», ein «Mittleres Szenario» und ein «Hohes Szenario». Die Berechnung der verschiedenen Szenarien erfolgt für die gesamte GGR. Die nachfolgenden Kapitel beschreiben die einzelnen Prognoseschritte sowie die verschiedenen Einflussfaktoren.

2.5.1 Prognoseschritte

Abbildung 3 zeigt die Herleitung der Fallzahlen und Pflegetage beispielhaft auf. Die Szenarien werden auf Ebene von Altersjahren und SPLG gerechnet, d. h. die Bevölkerung nach Altersjahr wird mit einer erwarteten künftigen Hospitalisierungsrate pro Altersjahr, Kanton und SPLG multipliziert. Die Summe nach allen Altersjahren ergibt die Bedarfsmenge der erwarteten Fälle gemäss den Annahmen zu den Einflussfaktoren in einer SPLG (vgl. Tabelle 3). Anhand einer Multiplikation mit der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD²⁸; gemäss Annahmen) auf Ebene Kanton, Altersjahr und SPLG werden die Anzahl der Pflegetage eruiert.

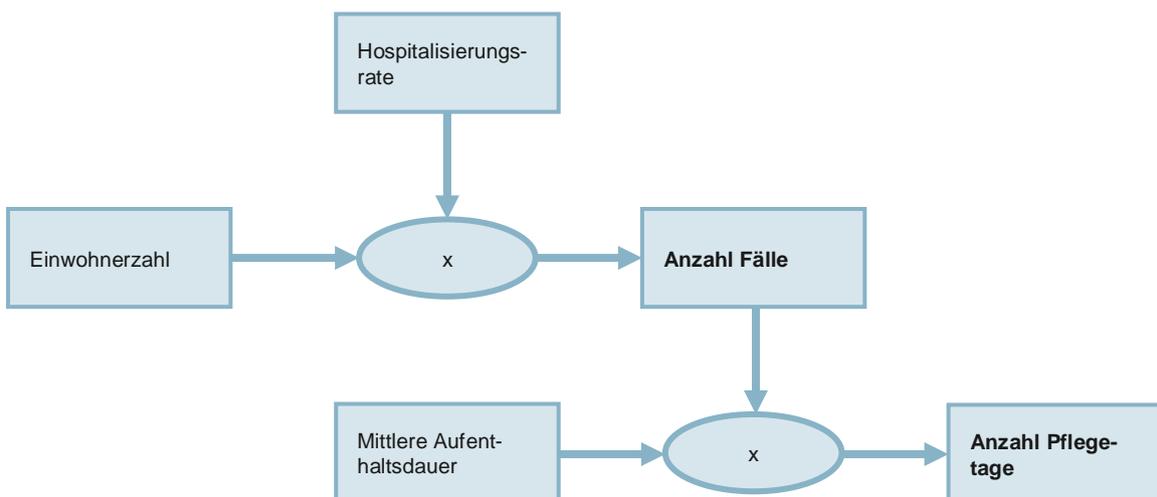


Abbildung 3 Herleitung der Fallzahlen und Pflegetage (eigene Darstellung in Anlehnung an Gesundheitsdirektion Zürich 2022)

Abbildung 4 stellt das Vorgehen im Rahmen des vorliegend verwendeten Prognosemodells detaillierter in vier Arbeitsschritten dar.

1. In einem ersten Schritt werden die durchschnittlichen Hospitalisierungsraten auf Ebene SPLG und Altersjahr (Jahrgang) sowie Kanton berechnet. Es resultiert eine geschätzte Inanspruchnahmerate pro Altersjahr und Leistungsgruppe, die den Status quo des Jahres 2023 abbildet. Es wird dabei auf das Datenjahr 2023 abgestellt und es werden Daten der Medizinischen Statistik des BFS und der Bevölkerungsstatistik verwendet.
2. Die Hospitalisierungsraten werden in einem zweiten Schritt mit der erwarteten Bevölkerung pro Altersjahr und Kanton und den verschiedenen unterliegenden Szenarien der Bevölkerungsentwicklung multipliziert. Für die Bedarfsabschätzung wird die Bevölkerungsprognose

²⁸ Unter der MAHD wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patientin resp. Patient in stationären Institutionen in Tagen verstanden. Die Anzahl Pflegetage wird dabei durch die Anzahl Fälle dividiert.

des BFS für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt verwendet.²⁹ Im «Tiefen Szenario» wird das «Tiefe Szenario», im «Mittleren Szenario» das «Referenzszenario» und im «Hohen Szenario» das «Hohe Szenario» der Bevölkerungsprognose des BFS angenommen. Nach diesem Schritt resultiert eine erwartete Zahl künftiger Fälle pro Alters- und Leistungsgruppe.

3. In einem dritten Schritt werden die in Schritt 2 berechneten Hospitalisierungsraten mit den weiteren Einflussfaktoren Medizintechnik, Ambulantisierung durch Ambulant vor stationär (AVOS³⁰) und Angleichung an erwartete Leistungsmenge für die Jahre 2024 bis 2035 für jedes Szenario verrechnet (vgl. Tabelle 3). Mit den Annahmen im «Tiefen Szenario» wird eine starke Angleichung der Hospitalisierungsraten an den Schweizer Schnitt angestrebt. Die Annahmen im «Hohen Szenario» sehen hingegen keine Angleichung an den Schweizer Schnitt vor. Die Annahmen lehnen sich grundsätzlich an diejenigen der Gesundheitsdirektion Zürich an (vgl. Gesundheitsdirektion Zürich 2022) und sind zusätzlich, wo inhaltlich begründet, durch GGR-spezifische Einschätzungen angepasst.
4. In Schritt 4 folgt die Berücksichtigung der Entwicklung der MAHD. Diese wird auf Ebene Altersjahre, Kanton und SPLG mithilfe der Daten der Jahre 2019, 2022 und 2023 berechnet und in höheren Altersklassen (ab 40 Jahren) um einen Trend zur Verkürzung, basierend auf der Entwicklung seit 2012, korrigiert. Diese Korrekturen werden für alle SPLG und beide Kantone äquivalent angenommen und nach Altersgruppen differenziert. Diese korrigierten MAHD werden mit der in Schritt 3 berechneten Anzahl Fälle multipliziert, um die erwartete Anzahl von Pflegetagen zu erhalten.

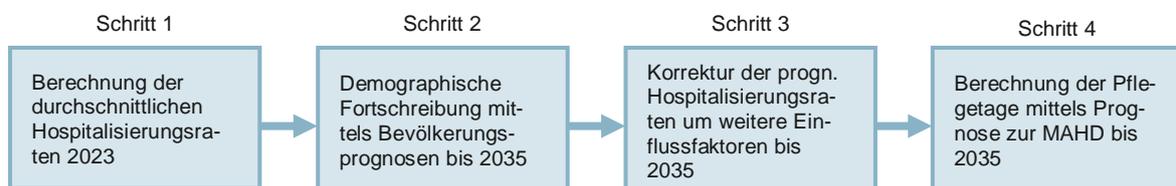


Abbildung 4 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells (eigene Darstellung)

²⁹ 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.

³⁰ Unter Ambulant vor Stationär wird eine Regelung des Bundes verstanden, welche bei ausgewählten Gruppen von Eingriffen eine ambulante Durchführung vorschreibt, insofern diese vergütet werden soll. Dies gilt für ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen, an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patientinnen und Patienten. Ausnahmen können geltend gemacht werden, falls besondere Umstände vorliegen, die eine stationäre Durchführung erfordern.

2.5.3 Einflussfaktoren Bedarfsprognose

Tabelle 3 stellt die verwendeten Einflussfaktoren je Szenario dar. Bei der Entwicklung der Bedarfsprognose werden gemäss Art. 58 Abs. 1 KVV relevante Trends und Einflussfaktoren mitberücksichtigt. Damit ein Einflussfaktor berücksichtigt wird, muss die Entwicklung abschätzbar und der Effekt auf die Fallzahlen quantifizierbar sein (vgl. Gesundheitsdirektion Zürich 2022). Des Weiteren wird das Kriterium der Wesentlichkeit für die Auswahl der berücksichtigten Faktoren hinzugezogen.³¹ Die Auswahl der berücksichtigten Faktoren stützt sich zudem auf die Empfehlung 2a der GDK zur Spitalplanung, welche bspw. die Entwicklung von Demographie, Epidemiologie, Medizintechnik, die Höhe der Vergütung für eine chirurgische ambulante und stationäre Intervention oder auch die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis auführt (GDK 2022a).

Der Einflussfaktor Bevölkerungsentwicklung wird in Schritt 2 berücksichtigt. In Schritt 3 werden die weiteren Einflussfaktoren Epidemiologie, Medizintechnik, Ambulantisierung durch AVOS, Angleichung an die erwartete Leistungsmenge und die Reduktion der MAHD betrachtet. Beispiele für nicht berücksichtigte Faktoren, für welche die Entwicklung nicht abschätzbar oder quantifizierbar sind, sind das Patientenverhalten, das ambulante Angebot, Entwicklungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung sowie die Entwicklung neu zugelassener Medikamente (vgl. Gesundheitsdirektion Zürich 2022). Auch allfällige langfristige Auswirkungen durch die COVID-19-Pandemie werden analog zum Vorgehen weiterer Kantone aufgrund mangelnder Datenlage nicht berücksichtigt (vgl. Gesundheitsdirektion Zürich 2021, Füglistler-Dousse et al. 2024).

Einflussfaktor	Szenarien		
	«Tiefes Szenario»	«Mittleres Szenario»	«Hohes Szenario»
Demographie	«Tiefes Szenario»	«Referenzszenario»	«Hohes Szenario»
Epidemiologie	-	-	-
Medizintechnik: Zunahme von Knie- und Hüftprothesen (Revision)	-	3.0 % bis 2035	4.5 % bis 2035
Ambulantisierung durch AVOS	Verlagerung von 75 % des identifizierten Potenzials bis 2035	Verlagerung von 50 % des identifizierten Potenzials bis 2035	Verlagerung von 25 % des identifizierten Potenzials bis 2035
Angleichung an erwartete Leistungsmenge	Lineare Angleichung an erwarteten Wert um 75 % bis 2035 in SPLG mit positivem Residuum	Lineare Angleichung an erwarteten Wert um 50 % bis 2035 in SPLG mit positivem Residuum	Keine Angleichung an erwarteten Wert bis 2035 in SPLG mit positivem Residuum
Verkürzung der MAHD	Unter 40 Jahren: keine Reduktion; 40-64 Jahre: 1.5 % pro Jahr; über 65 Jahre: 3.0 % pro Jahr	Reduktion der MAHD bis 2035 gemäss Trend der MAHD je Altersklasse seit 2012: Unter 40 Jahren: keine Reduktion; 40-64 Jahre: 1.0 % pro Jahr; über 65 Jahre: 2.0 % pro Jahr	Unter 40 Jahren: keine Reduktion; 40-64 Jahre: 0.7 % pro Jahr; über 65 Jahre: 1.4 % pro Jahr
Regulatorische Eingriffe auf Bundesebene	-	-	-

Tabelle 3 Annahmen zu den Szenarien für die Bedarfsprognose Akutsomatik

³¹ Generell ist eine Prognose immer mit Unsicherheit behaftet, welche mit zunehmender zeitlicher Distanz zunimmt. Einflussfaktoren, welche folglich nur einen sehr kleinen, d. h. keinen wesentlichen Effekt haben, werden aufgrund der geringen Auswirkungen im Vergleich zur allgemeinen Unsicherheit nicht berücksichtigt.



Im Folgenden werden die verschiedenen Einflussfaktoren und Annahmen einzeln beschrieben. Im Bereich der Epidemiologie werden die Annahmen aus der Spitalplanung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich übernommen (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Annahmen zu diesem Einflussfaktor zwischen den Kantonen kaum unterscheiden und auch in der kurzen Zeit seit den Analysen im Kanton Zürich nicht geändert haben. Bei der Medizintechnik ergeben sich leichte kantonale Anpassungen gegenüber den Annahmen, welche der Kanton Zürich getroffen hat. Bei den weiteren Einflussfaktoren (Angleichung an erwartete Leistungsmenge, Ambulantisierung durch AVOS und der generellen Verkürzung der MAHD) werden entweder aufgrund des unterschiedlichen methodischen Vorgehens, kantonalen Besonderheiten oder jüngster Entwicklungen gegenüber den Annahmen des Kantons Zürich andere Annahmen getroffen. Im Folgenden werden die verschiedenen Einflussfaktoren einzeln beschrieben.

Einflussfaktor Demographie

Die Demographie wird bereits in Schritt 2 der Bedarfsprognose berücksichtigt. Die Annahmen dazu werden deshalb an dieser Stelle nicht nochmals detailliert erläutert. Die verwendeten Datengrundlagen und die verschiedenen Szenarien werden in Kapitel 2 resp. zu Beginn des Kapitels 2.5.2 erläutert.

Einflussfaktor Epidemiologie

Grundsätzlich stellt die Quantifizierung der Effekte epidemiologischer Entwicklungen eine grosse Herausforderung dar. Es bestehen in der Fachliteratur nur wenige Studien, die eine Prognose anstellen, und wenige davon sind auf den Kontext der Schweiz anwendbar (siehe Füglistler-Dousse et al. 2024). Im Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022) wird zudem festgehalten, dass es in der Akutsomatik «keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen gibt, die einen quantifizierbaren Effekt auf die stationären Fallzahlen haben werden». 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 mit vier Epidemiologen aus drei Instituten durchgeführt, welcher jedoch nichts am Fazit geändert hat. Die Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ändern nichts an dieser Aussage; sie sind vielmehr als Beispiel einer solchen nicht voraussehbaren Entwicklung anzusehen und verdeutlichen, dass solche Ereignisse nicht in einer Prognose berücksichtigt werden können.

Da es nicht wahrscheinlich ist, dass sich die epidemiologische Entwicklung grundsätzlich von derjenigen im Kanton Zürich unterscheidet, wird auch in der Prognose der GGR kein Effekt aufgrund epidemiologischer Veränderungen angenommen.

Einflussfaktor Medizintechnik

Effekte medizintechnischer Entwicklungen auf die Zahl der stationären Austritte in der Akutsomatik werden in der Regel durch Expertenbefragungen gekoppelt mit systematischen Analysen der Forschungsliteratur quantifiziert (vgl. bspw. Wehrli 2015). In der vorliegenden Prognose wird auf die Vorarbeiten der Gesundheitsdirektion Zürich abgestützt, welche anhand von zwei Gutachten Einschätzungen zum Einflussfaktor Medizintechnik trifft. Eine erste Studie wurde im Jahr 2009 durchgeführt (Hess et al. 2009). Im Jahr 2016 wurde diese durch eine neue Studie aktualisiert und ergänzt (Hess et al. 2016). In der Zwischenzeit haben die Autorinnen und Autoren bestätigt, dass die aus

den Studien gewonnen Erkenntnisse bis ins Jahr 2032³² weiterhin Gültigkeit haben. Folglich wird auch für die GGR die Fortschreibung der in der Prognose Akutsomatik 2015 bis 2025 der Gesundheitsdirektion Zürich berücksichtigten Entwicklungen geprüft.

Konkret werden nur wenige, sehr spezifische Entwicklungen betrachtet. Bspw. wird bei den Hüft- und Knieprothesen ein Anstieg der Revisionsoperationen erwartet. Diese Annahme wird bei der vorliegenden Bedarfsprognose übernommen. Durch den längeren Zeithorizont der Prognose wird das Wachstum leicht erhöht, auf 3.0 Prozent im «Mittleren Szenario». Das Wachstum wird linear auf die Prognosejahre verteilt. Im «Hohen Szenario» liegt das Wachstum bis 2035 bei 4.5 Prozent, im «Tiefen Szenario» findet per Annahme kein derartiges Wachstum statt. Im SPLB Neurologie wird im Zürcher Strukturbericht zudem eine Verschiebung von der SPLG NEU3 in die spezialisierte SPLG NEU3.1 prognostiziert. Auf diese Angleichung der Umlagerung von NEU3 zu NEU3.1 wird jedoch verzichtet, da die von Zürich anvisierte Umverteilung von NEU3 zu NEU3.1 im Betrachtungsraum in der GGR schon jetzt erreicht ist.

Im vorliegenden Bericht werden analog zum Vorgehen des Kantons Zürich keine weiteren medizinischen Faktoren berücksichtigt (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022).

Einflussfaktor Ambulantisierung durch AVOS

In einem ersten Schritt werden die Fälle, die potentiell auch ambulant behandelt werden können, mithilfe von CHOP-Codes und weiteren Informationen zu den Fällen eruiert. Ein Fall muss dafür die folgenden Kriterien erfüllen:

- Der Fall hat einen CHOP-Code für voraussichtlich zukünftig ambulant zu leistenden Behandlungen. Die zusätzlichen ambulant vorzunehmenden Eingriffe sind mehrheitlich im Bereich Fuss-, Schulter- und Ellbogenchirurgie anzutreffen, weiter sind auch Hydrozelen-Operationen betroffen.
- Das Alter der behandelten Person liegt unter 80 Jahren.
- Es handelt sich um einen geplanten (elektiven) Eingriff und die Aufenthaltsdauer beträgt maximal drei Tage.
- Das Kostengewicht³³ des Falles liegt unter zwei.

Die damit identifizierten Fälle werden den tatsächlichen Fällen von unter 80-Jährigen gegenübergestellt, um ein Potential an ambulantisierbaren Fällen zu ermitteln.³⁴ Dieses Potential wird nicht voll, sondern nur zu einem je nach Szenario unterschiedlichen Teil ausgeschöpft. Im «Mittleren Szenario» liegt der Anteil des umgesetzten Potenzials bei 50 Prozent, im «Hohen Szenario» bei 25 Prozent, im «Tiefen Szenario» bei 75 Prozent (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Dieser Faktor wird pauschal auf alle Altersgruppen bis auf diejenige der über 80-Jährigen eingesetzt.

³² Auch wenn die Prognose im vorliegenden Bericht bis ins Jahr 2035 geschätzt wird, liegt der Fokus insbesondere auf der Schätzung der Zahlen für das Jahr 2031. Entsprechend wird der kürzere Zeithorizont der Aussage hinsichtlich der medizinischen Entwicklungen als unproblematisch eingestuft.

³³ Kostengewichte sind Bewertungsrelationen von Fallgruppen, die in Tarifstrukturen wie der SwissDRG abgebildet werden. Multipliziert mit dem entsprechenden Tarif (bei SwissDRG die Baserate) ergeben sich die Fallpauschalen.

³⁴ Die AVOS-Liste per 1. Januar 2023 vom Bund ist in der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) geregelt, die Kriterien sind im Anhang 1a KLV aufgeführt (BAG 2024). Diese können mit der Medizinischen Statistik abgeglichen werden, aber nicht alle Kriterien sind in der Medizinischen Statistik enthalten (vgl. auch Füglistler-Dousse et al. 2024). Deshalb wird eine Schätzung vorgenommen, um das Ambulantisierungspotenzial zu berechnen.



In Fällen mit mehreren CHOP-Codes, welche jedoch alle auf einer AVOS-Liste sind, ergibt sich das gleiche Vorgehen. Besteht ein Fall jedoch aus CHOP-Codes von der AVOS-Liste sowie weiteren CHOP-Codes, so wird davon ausgegangen, dass dieser Fall auch zukünftig stationär durchgeführt wird.³⁵

Hinsichtlich einer zukünftigen Ausweitung der Liste hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entschieden, zwei Gruppen von Eingriffen (am Ellenbogen und an den Füßen) per 1. Januar 2026 in Anhang 1a KLV aufzunehmen (Vorentscheid des EDI vom 25. August 2025). Der formelle EDI-Entscheid wird im Dezember 2025 publiziert. Grundsätzlich geht das BAG davon aus, dass in der Schweiz noch weiteres Verlagerungspotenzial im Sinne von Eingriffen, welche ambulant durchgeführt werden könnten und sollten, besteht. Das effektive Verlagerungspotenzial im Sinne von zahlenmässig durchgeführten Eingriffen werde allerdings laufend geringer, da in der bestehenden Liste die Eingriffe mit dem grössten Verlagerungspotenzial bereits eingeschlossen sind (Obsan 2023). Es sei daher naheliegend anzunehmen, dass jede zusätzliche Erweiterung ein immer kleineres Verlagerungspotenzial hätte.

Einflussfaktor Angleichung an erwartete Leistungsmenge

Die Bedarfsanalyse zeigt je SPLG auf, inwiefern die tatsächliche Inanspruchnahme von der zu erwarteten Anzahl Fälle resp. Pflgetage abweicht. Liegt die tatsächliche über der erwarteten Inanspruchnahme, ist die GGR im Vergleich zur Schweiz überdurchschnittlich versorgt. Für SPLG, bei welchen dies der Fall ist, wird deshalb eine lineare Angleichung an die erwarteten Fälle resp. Pflgetage angenommen. Analog zu den Annahmen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022) wird im «Mittleren Szenario» eine Angleichung um 50 Prozent des Unterschieds bis ins Jahr 2035 angenommen (im «Tiefen Szenario» wird eine Angleichung von 75 % und im «Hohen Szenario» keine Angleichung angenommen). Die Korrektur erfolgt auf Ebene SPLG für alle über 18-jährigen, in der GGR wohnhaften Personen. Fälle mit Eintrittsalter unter 18 Jahren sind von der Bedarfskorrektur ausgenommen.

Die Angleichung an die erwartete Leistungsmenge soll vor allem durch die Ambulantisierung von stationären Fällen erreicht werden. Dazu sollen auch Massnahmen ergriffen werden, welche über das Umsetzen der AVOS-Liste hinausgehen, bspw. das Setzen von Anreizen und Strukturoptimierungen. Dabei wird nur eine Angleichung im Fall vorgenommen, dass die tatsächliche über der erwarteten Inanspruchnahme liegt, d. h. in der GGR im Vergleich zur Schweiz eine überdurchschnittliche Versorgung beobachtet wird. Begründet wird dies ähnlich wie im Kanton Zürich (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Die Hinweise für eine Unterversorgung wie lange Wartezeiten für einen Eingriff oder eine sehr hohe Bettenbelegung waren vor der COVID-19-Pandemie keine vorherrschenden Themen (Brunner et al. 2019; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Während der COVID-19-Pandemie gab es Situationen, in welchen die vorhandenen Ressourcen knapp waren. Seitdem die COVID-19-Pandemie an Bedeutung verloren hat, sind Anzeichen für eine Unterversorgung wiederum zurückgegangen. Zudem zeigt sich in der Bevölkerungsbefragung des Kantons Basel-Stadt aus dem Jahr 2019, dass über 80 Prozent der befragten Personen mit der Gesundheitsversorgung sehr oder eher zufrieden sind (Statistisches Amt

³⁵ In der Realität treten durchaus Fälle auf, in welchen die Einteilung nicht gemäss dem beschriebenen Vorgehen vorgenommen werden kann. Um eine Planung bzw. Prognose der SPLG zu ermöglichen, muss jedoch eine allgemeingültige Annahme getroffen werden.

des Kantons Basel-Stadt 2020³⁶). Es erfolgt deshalb die gleiche Schlussfolgerung, wie sie die Gesundheitsdirektion für den Kanton Zürich zieht, auch für die GGR, d. h. in SPLG mit einer Inanspruchnahme unter den erwarteten Fällen resp. Pflorgetagen wird keine Angleichung vorgenommen. Eine Überversorgung ist in der Akutsomatik hingegen ein plausibles Szenario (Brunner et al. 2019; Diener et al. 2017; Gesundheitsdirektion Zürich 2022).

Einflussfaktor Reduktion der MAHD

Aufgrund von finanziellen Anreizen des im Jahr 2012 eingeführten Tarifsystems SwissDRG und medizintechnischer Weiterentwicklungen konnte in den vergangenen Jahren eine Reduktion MAHD beobachtet werden (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Auch in der GGR ist seit 2012 ein Rückgang der MAHD zu beobachten. Für die Prognose wird dieser Trend je nach Altersklasse analysiert. Die MAHD der Patientinnen und Patienten mit Wohnort GGR sinkt seit 2012 um ca. ein Prozent pro Jahr in der Altersklasse 40-64 und um ca. zwei Prozent pro Jahr bei den 65-jährigen oder älteren Personen. Bei den unter 40-Jährigen ist demgegenüber kein klarer Trend in der MAHD erkennbar. Die Trends ersterer beider Altersklassen werden linear in die Zukunft fortgeschrieben, d. h. die Reduktion beträgt im «Mittleren Szenario» für die 40- bis 64-Jährigen nach zwölf Prognosejahren zwölf Prozent und für die über 64-Jährigen 24 Prozent. Im «Tiefen Szenario» wird dieser Trend der letzten Jahre mit 1.5 und im «Hohen Szenario» mit 0.7 multipliziert (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022). Dies entspricht 18 resp. 36 Prozent im «Tiefen Szenario» und 8.4 resp. 16.8 Prozent im «Hohen Szenario». Bei den unter 40-Jährigen gibt es keine Differenzierung der MAHD nach Szenario, da es keinen Trend gibt, der abgeschwächt oder erhöht wird.

Einflussfaktor Regulatorische Eingriffe auf Bundesebene

In den kommenden Jahren werden auf Bundesebene einige regulatorische Eingriffe Auswirkungen mit sich bringen. Die Reformen haben das Potenzial, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu verstärken. Die erste grosse Reform, welche ansteht, ist die Einführung von TARDOC und den ambulanten Pauschalen per 1. Januar 2026, welche die Tarifierung und damit auch die Höhe der Vergütung ambulanter Leistungen verändern wird. Damit sollen die finanziellen Anreizstrukturen verändert werden, was wiederum die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung beeinflussen wird (vgl. Obsan 2025). Die zweite grosse Reform ist EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), welche die Aufteilung der Finanzierung zwischen Kantonen und Krankenversicherern (zulasten der OKP) verändern wird. Durch das Beseitigen falscher Anreizmechanismen und ggf. auch durch das Entstehen «erweiterter» Versicherungsmodell soll in gewissen SPLB die ambulante Leistungserbringung gefördert werden. Sie tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.

Genauere Prognosen zu den Auswirkungen der beiden Reformen sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, weshalb allfällige Trends erst bei der nächsten Vollplanung in der Akutsomatik berücksichtigt werden.

³⁶ Für den Kanton Basel-Landschaft gibt es keine Bevölkerungsbefragung, welche dazu Informationen enthält.



3 Akutsomatische Versorgung 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. Rund 40 Prozent davon sind im Stadtkanton wohnhaft, während sich die restlichen Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Landschaft ansiedeln.

Die beiden Kantone sind politisch und geografisch sehr unterschiedlich gegliedert. Der Kanton Basel-Stadt besteht aus der Stadt Basel sowie den Gemeinden Riehen und Bettingen und einer Prämienregion. Während 88.5 Prozent der Bevölkerung per Ende 2023 in der Stadt Basel wohnen, sind es 10.8 Prozent in Riehen und 0.6 Prozent in Bettingen (Angaben des Statistischen Amtes Basel-Stadt, Stand August 2024).³⁷ Der Kanton Basel-Landschaft ist politisch in fünf Bezirke mit 86 Gemeinden und zwei Prämienregionen gegliedert. 53.7 Prozent der Bevölkerung ist per Ende 2024 im Bezirk Arlesheim wohnhaft. Ca. ein Fünftel der Baselbieter Bevölkerung wohnt zudem im Bezirk Liestal (21.3 %). In den restlichen Bezirken Sissach, Laufen und Waldenburg betragen die Anteile 12.5 Prozent, 7.1 Prozent resp. 5.5 Prozent (Angaben des Statistischen Amtes Basel-Landschaft, Stand April 2025). Entsprechend fallen in beiden Kantonen sowie auch innerhalb des Kantons Basel-Landschaft die Flächenverteilung sowie die Bevölkerungsdichte sehr unterschiedlich aus.

Die nachfolgenden Kapitel veranschaulichen neben der Analyse der Bevölkerungsentwicklung deskriptiv die derzeitige stationäre Versorgung in der Akutsomatik und die Erreichbarkeit von Notfallstationen. Zudem zeigen sie auch wesentliche Aspekte der ambulanten akutsomatischen Versorgung in der GGR auf. Im Kapitel 4 folgen die Ergebnisse der Bedarfsanalyse und -prognose. Die konzeptionelle Vorgehensweise, um die Berechnungen vorzunehmen, befindet sich in Kapitel 2.

3.1 Bevölkerungsentwicklung

In den letzten neun Jahren (2015-2023) ist die Zahl der in der GGR wohnhaften Personen um 23'820 Personen (5.0 %) angestiegen. Dabei verzeichnet die Gruppe der über 80-Jährigen mit 15.0 Prozent (7'726 Personen) den deutlichsten Anstieg. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) sowie die Zahl der Personen im Alter zwischen 65 und 79 sind um 6'788 (8.8 %) resp. 4'367 (6.3 %) angewachsen. Die beiden Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren sowie zwischen 40 und 64 Jahren sind dagegen um 2'392 (1.8 %) resp. 5'760 (3.4 %) unterproportional zur Gesamtentwicklung angestiegen (siehe Abbildung 5; STATPOP BFS, Stand Juni 2024, eigene Berechnungen).

Für den gleichen Zeitraum wird für die Schweiz ein Wachstum von 7.6 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

³⁷ Aufgrund der Rundung der Zahlen ergeben die Prozentwerte nicht ganz 100 Prozent.

mit 8.8 Prozent leicht über demjenigen der gesamten Schweiz von 7.8 Prozent (STATPOP BFS, Stand Juni 2024, eigene Berechnungen).

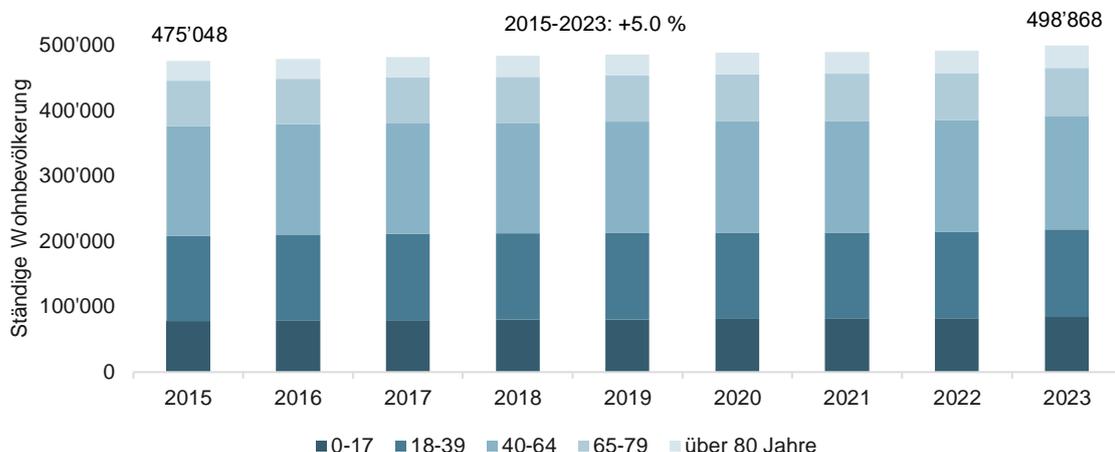


Abbildung 5 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur (STATPOP BFS, Stand Juni 2024, eigene Darstellung)

Um den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen zu ermitteln, werden verschiedenen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in die Prognose in Kapitel 4.2 eingebaut. Abbildung 6 stellt die beobachtete und prognostizierte Bevölkerungsentwicklung gemäss den unterschiedlichen Szenarien des BFS basierend auf dem Stand April 2025 dar.³⁸ Gemäss der Prognose zur Bevölkerungsentwicklung im «Referenzszenario» des BFS wird in der GGR ein Anstieg von fast 499'000 Einwohnerinnen und Einwohnern per Ende Jahr 2023 auf rund 521'500 Einwohnerinnen und Einwohner per Ende Jahr 2035 erwartet (+4.5 %). Im «Tiefen Szenario» beträgt der Endwert im Jahr 2035 etwa 498'000 (-0.1 %) und im «Hohen Szenario» ungefähr 544'500 (+9.1 %). Im Vergleich dazu wird für die gesamte Schweiz im gleichen Zeitraum im «Referenzszenario» ein Wachstum von 8.8 Prozent, im «Tiefen Szenario» von 3.9 Prozent und im «Hohen Szenario» von 13.7 Prozent prognostiziert (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Berechnungen).

³⁸ Eine Übersicht der absoluten Zahlen der drei Szenarien findet sich in Tabelle A.2 im Anhang.

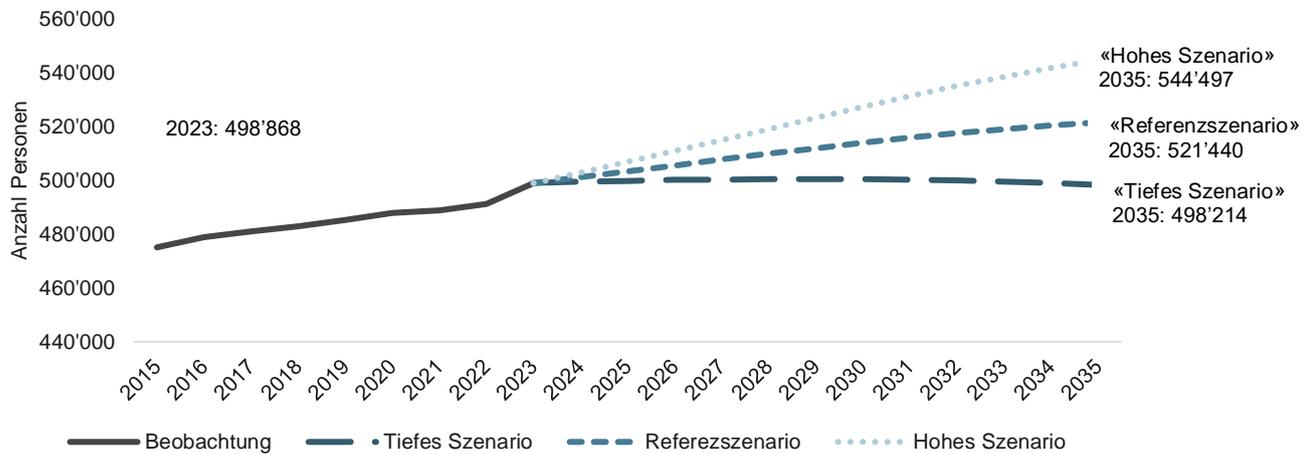


Abbildung 6 Beobachtete und prognostizierte ständige Wohnbevölkerung der GGR, 2015-2035 (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, Stand April 2025, eigene Darstellung)

Abbildung 7 stellt die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung pro Altersgruppe für die GGR dar. Die Zahl der unter 18-Jährigen bleibt in der GGR bis ins Jahr 2035 stabil. Während die Zahl der 18- bis 39-Jährigen leicht abnimmt (-0.7 %), steigt diejenige der 40- bis 59-Jährigen leicht an (+0.9 %). Deutlich zunehmen wird die Zahl der älteren Menschen in der GGR. Die Zahl der Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren steigt um ca. 12'500 (+17.2 %). Noch deutlicher ist die Entwicklung der über 80-Jährigen: Diese Gruppe nimmt bis im Jahr 2035 um 9'392 Personen resp. um 27.1 Prozent zu. Im Vergleich zur gesamten Schweiz fällt die Zunahme der älteren Bevölkerung in der GGR unterdurchschnittlich aus. Die Bevölkerungsgruppen zwischen 64 und 79 Jahren resp. über 80 Jahren nehmen in der Schweiz im selben Zeitraum um 25.1 resp. 41.3 Prozent zu. Bei diesem Vergleich gilt es zu beachten, dass die beiden Basler Kantone hinsichtlich der älteren Bevölkerung im letzten Jahrzehnt einen unterschiedlichen Trend aufweisen. Entsprechend fällt die Wachstumsprognose dieser Altersgruppen auch kantonale unterschiedlich aus. Im Kanton Basel-Landschaft wachsen die Anteile der 65- bis 79-Jährigen resp. der über 80-Jährigen bis im Jahr 2035 um 19.8 resp. 34.1 Prozent, während im Kanton Basel-Stadt Wachstumsraten von 12.4 resp. 15.8 Prozent zu verzeichnen sind (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, Stand April 2025, eigene Berechnungen). Das grosse Wachstum dieser Altersgruppen ist im Kanton Basel-Stadt bereits vor einigen Jahren erfolgt.

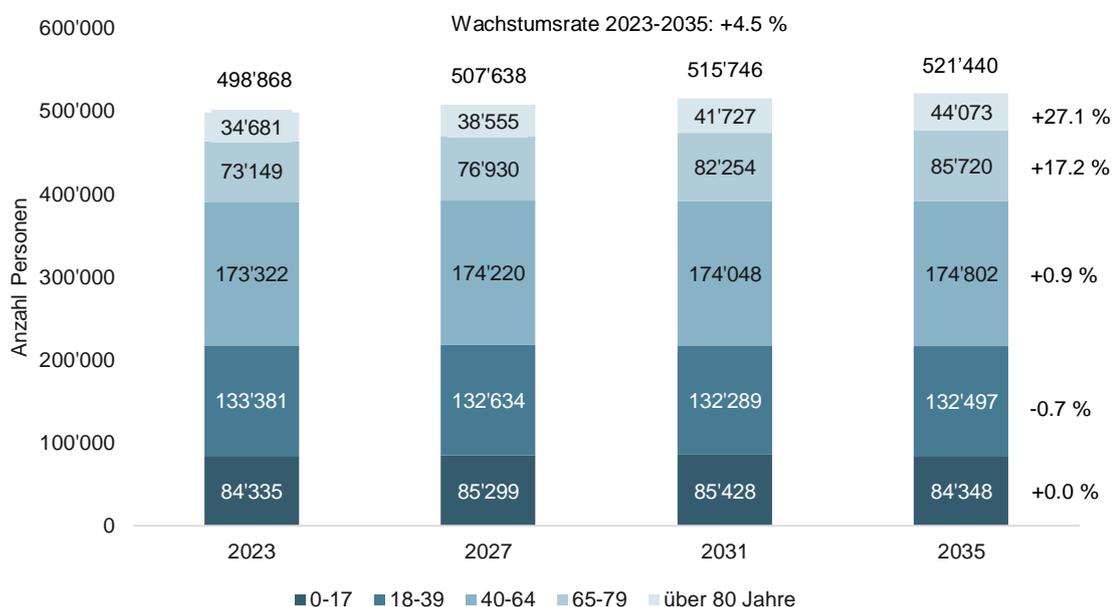


Abbildung 7 Bevölkerungsentwicklung einzelner Altersgruppen in der GGR bis 2035, «Referenzszenario» (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, Stand April 2025, eigene Darstellung)³⁹

3.2 Stationäre Inanspruchnahme

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der akutsomatischen Inanspruchnahme in der GGR in den letzten zehn Jahren analysiert. Abbildung 8 stellt die Entwicklung der Hospitalisierungen, der Pflegetage, der Bevölkerungszahl, der Hospitalisierungsrate und der MAHD dar. Während die Bevölkerungszahl seit 2017 kontinuierlich zunimmt und sich auf 500'000 Einwohnerinnen und Einwohner zubewegt, ist die Anzahl der Pflegetage in den letzten fünf Jahren von über 500'000 auf 459'000 Pflegetage gesunken. Die Anzahl der Fälle nimmt seit dem durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einbruch im Jahr 2020 von rund 77'000 auf ca. 85'000 Fälle im Jahr 2023 wieder zu.

Die beschriebenen Entwicklungen widerspiegeln sich auch in den weiteren dargestellten Indikatoren. Die Hospitalisierungsrate hat im Jahr 2020 mit 158.6 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner einen deutlichen Einbruch erlitten (2017: 170.2), was sich mit dem Fallzahlenrückgang dieses Jahres deckt. In den darauffolgenden Jahren steigt sie wieder annähernd auf die Werte vor der Pandemie bis auf 169.6 im Jahr 2023. Die MAHD verzeichnet seit dem Jahr 2017 mit einem Wert von 6.1 Tagen einen abnehmenden Trend. Sie liegt im Jahr 2023 bei 5.4 Tagen. Die Werte der Datenjahre 2017 und 2023 sind in Tabelle 4 im Vergleich dargestellt.

³⁹ Die Daten für das Jahr 2023 entsprechen den tatsächlichen Bevölkerungszahlen der ständigen Wohnbevölkerung.

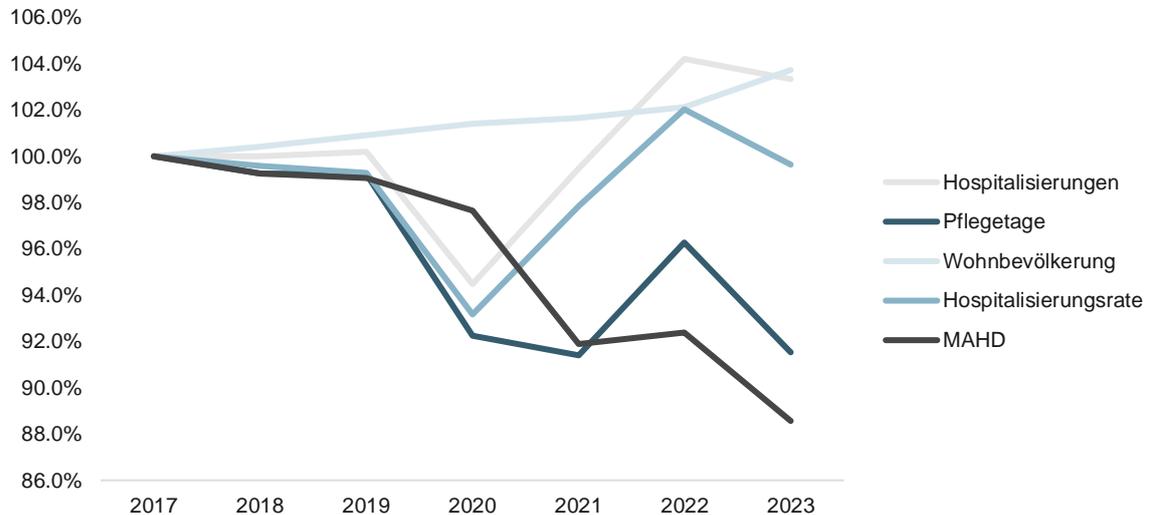


Abbildung 8 Entwicklung der Hospitalisierungen, Pflegetage, Bevölkerung, Hospitalisierungsrate und MAHD, Wohnbevölkerung GGR (STATPOP BFS, Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)⁴⁰

Datenjahre	Bevölkerungszahl	Fälle	Pflegetage	Hospitalisierungsrate	MAHD
2017	480'931	81'853	501'597	170.2	6.1
2023	498'868	84'591	459'095	169.6	5.4

Tabelle 4 Bevölkerungszahl, Fallzahlen, Pflegetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD, Wohnbevölkerung GGR, Datenjahre 2017 und 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)⁴¹

Zur Einordnung der Entwicklung werden die Zahlen für die restliche Schweiz ebenfalls ausgewertet. Diese verhalten sich ab dem Jahr 2017 ähnlich. Während die Fallzahlen relativ stabil bleiben, sinkt die Anzahl der Pflegetage, wobei nach dem Jahr 2020 nochmals ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist. Die Hospitalisierungsrate weist ebenfalls einen Knick im Jahr 2020 auf und die MAHD nimmt kontinuierlich ab. Die absoluten Werte der restlichen Schweiz⁴² liegen mit 129.5 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner und einer MAHD von 5.2 Tagen unter denjenigen der GGR (STATPOP BFS, Stand Juni 2024, Medizinische Statistik BFS).

Tabelle 5 bildet die vorangehend aufgeführten Kenngrössen pro SPLB ab und stellt die Hospitalisierungsraten (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und die MAHD der GGR denjenigen der restlichen Schweiz gegenüber. Die GGR-Wohnbevölkerung weist im Jahr 2023 in fast allen SPLB eine höhere Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf als die restliche Schweiz. Besonders auffällig ist dabei das Basispaket (GGR: 76.0; restliche CH: 54.3). Hinsichtlich der MAHD weist die GGR im Jahr 2023 in ungefähr der Hälfte der SPLB eine höhere MAHD als die Restschweiz auf.

⁴⁰ In dieser Abbildung werden nur die Daten ab dem Jahr 2017 dargestellt, da die Standortnummern erst ab dem Jahr 2017 angepasst wurden und entsprechend die Auswertung der früheren Jahre nicht konsistent mit den nachfolgenden Jahren vorgenommen werden kann. Zudem sind gesunde Neugeborene von dieser Analyse ausgenommen.

⁴¹ Gesunde Neugeborene sind von dieser Analyse ausgenommen.

⁴² Unter der restlichen Schweiz ist die Schweiz ohne die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zu verstehen.

Die fallzahlenstarken SPLB der GGR-Bevölkerung entsprechen auch den fallzahlenstarken SPLB der Bevölkerung der Restschweiz. Dies sind u. a. die SPLB Basispaket, Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Neugeborene, Urologie und Herz. Bemerkenswerte Unterschiede zwischen der GGR und der Restschweiz ergeben sich beim Basispaket. Während für die GGR-Bevölkerung die SPLB Basispaket 42.8 Prozent der gesamten Fallzahlen resp. 43.7 Prozent der gesamten Pflgetage ausmacht, liegen die analogen Werte für die restliche Schweiz bei 39.3 Prozent (Fallzahlen) resp. bei 38.9 Prozent (Pflgetage) (STATPOP BFS, Stand Juni 2024, Medizinische Statistik BFS, Datenjahr 2023, eigene Berechnungen).

SPLB	Fälle	Pflgetage	Hospitalisierungsrate		MAHD	
	GGR	GGR	GGR	Restliche CH	GGR	Restliche CH
Basispaket	37'897	205'442	76.0	54.3	5.4	5.1
Dermatologie	305	1'832	0.6	0.4	6.0	5.8
Hals-Nasen-Ohren	3'230	11'216	6.5	4.7	3.5	3.1
Neurochirurgie	520	5'253	1.0	0.9	10.1	9.4
Neurologie	1'107	7'208	2.2	2.0	6.5	6.0
Ophthalmologie	780	2'266	1.6	1.2	2.9	2.3
Endokrinologie	501	4'431	1.0	0.7	8.8	8.7
Gastroenterologie	2'741	19'648	5.5	3.6	7.2	7.5
Viszeralchirurgie	1'851	17'972	3.7	2.9	9.7	9.3
Hämatologie	1'249	11'614	2.5	1.7	9.3	9.6
Gefässe	983	9'111	2.0	2.3	9.3	7.5
Herz	3'926	18'452	7.9	6.5	4.7	5.2
Nephrologie	238	2'115	0.5	0.5	8.9	9.6
Urologie	4'436	17'212	8.9	7.1	3.9	3.8
Pneumologie	1'790	15'605	3.6	2.1	8.7	8.7
Thoraxchirurgie	249	2'291	0.5	0.3	9.2	7.7
Transplantationen	45	898	0.1	0.1	20.0	22.4
Bewegungsapparat chirurgisch	12'905	63'593	25.9	21.5	4.9	4.9
Rheumatologie	467	3'406	0.9	0.5	7.3	6.4
Gynäkologie	2'052	6'653	4.1	4.1	3.2	2.8
Geburtshilfe	5'042	17'739	10.1	10.1	3.5	3.8
Neugeborene	4'486	15'685	9.0	9.1	3.5	4.0
(Radio-)Onkologie	1'592	8'146	3.2	1.1	5.1	7.8
Schwere Verletzungen	255	2'583	0.5	0.4	10.1	10.7

Tabelle 5 Fallzahlen, Pflgetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD, Wohnbevölkerung GGR und der restlichen Schweiz, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

Der Anteil der Krankenversicherer als Hauptkostenträger der stationären akutsomatischen Leistungen beläuft sich im Jahr 2023 in der GGR auf 94.4 Prozent der Fälle und 95.8 Prozent der Pflgetage. Die Unfallversicherung tritt in 4.3 Prozent der Fälle und 2.7 Prozent der Pflgetage als Kostenträger für die Wohnbevölkerung in der stationären Akutsomatik auf. Die Invalidenversicherung deckt 0.5

Prozent der Fälle und 1.0 Prozent der Pfl egetage ab. Über die Militärversicherung sowie über Selbstzahlerinnen und Selbstzahler werden nur Einzelfälle abgerechnet. Werden nur die Anteile der Kostenträger der stationären akutsomatischen Leistungen der Altersgruppe der unter 18-Jährigen betrachtet, zeigen sich vor allem bei der obligatorischen Krankenversicherung (94.3 % der Fälle resp. 84.8 % der Pfl egetage) wie auch bei der Invalidenversicherung (4.6 % der Fälle resp. 14.1 % der Pfl egetage) grosse Unterschiede zur Analyse der Gesamtbevölkerung (Medizinische Statistik BFS, Datenjahr 2023, eigene Berechnungen). Der hohe Anteil der Invalidenversicherung ist v a. auf Geburtsgebrechen bei Kindern zurückzuführen.

Tabelle 6 stellt die Kennzahlen in den unterschiedlichen Altersgruppen der GGR-Wohnbevölkerung dar. Die Altersgruppe der Minderjährigen weist die kleinste Fallzahl auf, wobei 4'056 Fälle gesunde Neugeborene darstellen. Auch die Anzahl der geleisteten Pfl egetage wie auch die MAHD fallen bei den 0- bis 17-Jährigen am tiefsten aus. Diese beiden Grössen steigen mit zunehmendem Alter fortlaufend an. Die Hospitalisierungsrate sinkt nach dem Übertritt ins Erwachsenenleben, wobei die Hospitalisierungsrate der unter 18-Jährigen vor allem durch die gesunden Neugeborenen geprägt ist (45 % aller Fälle der Altersgruppe 0-17 Jahre). Ab dem 40. Altersjahr nimmt sie wiederum zu und verdoppelt sich ab 65 Jahren. Die Hospitalisierungsraten der Restschweiz liegen zudem in allen Altersgruppen unter denjenigen der GGR. Während bei den unter 18-Jährigen sowie den über 80-Jährigen die MAHD der Patientinnen und Patienten mit Wohnort GGR unter dem Durchschnitt der Restschweiz liegt, fällt der Wert für die Altersgruppe 40 bis 64 in der GGR höher aus als in der restlichen Schweiz. Die Werte der Altersgruppen 18 bis 39 Jahre sowie 65 bis 79 Jahre fallen gleich aus.

Altersgruppe	Fälle	Pfl egetage	Hospitalisierungsrate		MAHD	
			GGR	Restliche CH	GGR	Restliche CH
0-17 Jahre	9'003	30'446	106.8	98.2	3.4	3.7
18-39 Jahre	13'254	45'149	99.4	85.4	3.4	3.4
40-64 Jahre	22'247	102'109	128.4	105.5	4.6	4.4
65-79 Jahre	23'018	138'886	314.7	258.5	6.0	6.0
80 Jahre und älter	21'125	153'781	609.1	445.1	7.3	7.6

Tabelle 6 Fallzahlen, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD, Wohnbevölkerung GGR nach Altersgruppen, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

In Tabelle 7 sind die Fälle, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate sowie die MAHD der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der GGR für das Jahr 2023 nach SPLB und Altersgruppe der über und der unter 18-Jährigen dargestellt. Die Hospitalisierungsrate der unter 18-Jährigen fällt bei allen SPLB tiefer aus als diejenige der Erwachsenen.⁴³ Knapp 50 Prozent der Fallzahlen der unter 18-Jährigen fällt in den SPLB Neugeborene (49.8 %), knapp ein Drittel in den SPLB Basispaket (33.2 %). Für erwachsene Personen fallen mehr als die Hälfte der Fallzahlen in die zwei SPLB Basispaket (43.8 %) und Bewegungsapparat chirurgisch (15.7 %).

⁴³ Eine Ausnahme bildet die SPLB Neugeborene, in welcher für über 18-jährige Personen keine Leistungen erbracht werden.



SPLB	Fälle		Pflegetage		Hospitalisierungsrate		MAHD	
	Unter 18 Jahren	Über 18 Jahren	Unter 18 Jahren	Über 18 Jahren	Unter 18 Jahren	Über 18 Jahren	Unter 18 Jahren	Über 18 Jahren
Basispaket	2'992	34'905	7'072	198'370	35.5	84.2	2.4	5.7
Dermatologie	34	271	152	1'680	0.4	0.7	4.5	6.2
Hals-Nasen-Ohren	528	2'702	1'155	10'061	6.3	6.5	2.2	3.7
Neurochirurgie	32	488	344	4'909	0.4	1.2	10.8	10.1
Neurologie	78	1'029	351	6'857	0.9	2.5	4.5	6.7
Ophthalmologie	21	759	476	1'790	0.2	1.8	22.7	2.4
Endokrinologie	39	462	461	3'970	0.5	1.1	11.8	8.6
Gastroenterologie	14	2'727	552	19'096	0.2	6.6	39.4	7.0
Viszeralchirurgie	21	1'830	324	17'648	0.2	4.4	15.4	9.6
Hämatologie	59	1'190	475	11'139	0.7	2.9	8.1	9.4
Gefässe	12	971	67	9'044	0.1	2.3	5.6	9.3
Herz	41	3'885	499	17'953	0.5	9.4	12.2	4.6
Nephrologie	7	231	60	2'055	0.1	0.6	8.6	8.9
Urologie	106	4'330	334	16'878	1.3	10.4	3.2	3.9
Pneumologie	40	1'750	379	15'226	0.5	4.2	9.5	8.7
Thoraxchirurgie	-	246	-	2'281	-	0.6	-	9.3
Transplantationen	-	44	-	882	-	0.1	-	20.0
Bewegungsapparat chirurgisch	409	12'496	1'629	61'964	4.8	30.1	4.0	5.0
Rheumatologie	9	458	58	3'348	0.1	1.1	6.4	7.3
Gynäkologie	21	2'031	69	6'584	0.2	4.9	3.3	3.2
Geburtshilfe	6	5'036	34	17'705	0.1	12.1	5.7	3.5
Neugeborene	4'486	0	15'685	0	53.2	0	3.5	0
(Radio-)Onkologie	33	1'559	128	8'018	0.4	3.8	3.9	5.1
Schwere Verletzungen	11	244	116	2'467	0.1	0.6	10.5	10.1

Tabelle 7 Fallzahlen, Pflegetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD der Wohnbevölkerung GGR nach Altersgruppen, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)⁴⁴

⁴⁴ Bei fünf oder weniger Beobachtungen werden die Werte nicht dargestellt, sondern Striche eingefügt. In SPLB, in welchen keine Fälle resp. Pflegetage erbracht werden, wird dies mit der Zahl Null ausgewiesen.

3.3 Stationäre Patientenströme

Die nachfolgenden Berechnungen zeigen die Patientenströme im stationären, akutsomatischen Bereich auf.⁴⁵ Damit wird u. a. der Empfehlung 2a der GDK Folge geleistet, welche für die bedarfsge- rechte Spitalplanung die Berücksichtigung der ausserkantonalen Patientenströme darlegt (GDK 2022a). Im Jahr 2023 haben 88'647 Fälle (entspricht 470'371 Pfl egetagen) von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR eine stationäre akutsomatische Behandlung in einem Spital in Anspruch genommen (siehe Abbildung 9). 82'114 Fälle (92.6 %) wurden in Spitälern der GGR be- handelt, die übrigen 6'533 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt. Der Anteil der GGR-Bevölkerung, welche in einem Spital in der GGR behandelt wurde, hat damit in den letzten Jahren leicht abgenommen (2016 bei 93.2 %, siehe VGD und GD 2019). 3'225 Patientinnen und Patienten aus der GGR lassen sich im Kanton Solothurn behandeln (entspricht 3.6 %), weitere 1'308 Fälle im Kanton Aargau (entspricht 1.5 %). Von den 6'533 ausserkantonal behandelten Patientinnen und Patienten aus der GGR im Jahr 2023 werden 56.7 Prozent in einer Klinik des Jura-Nordbogens⁴⁶ behandelt. Dadurch wurden im Jahr 2023 96.8 Prozent der Fälle der GGR-Bevölkerung durch den Jura-Nordbogen abgedeckt. Dieser Anteil lag im Jahr 2016 bei 98.0 Prozent (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen).

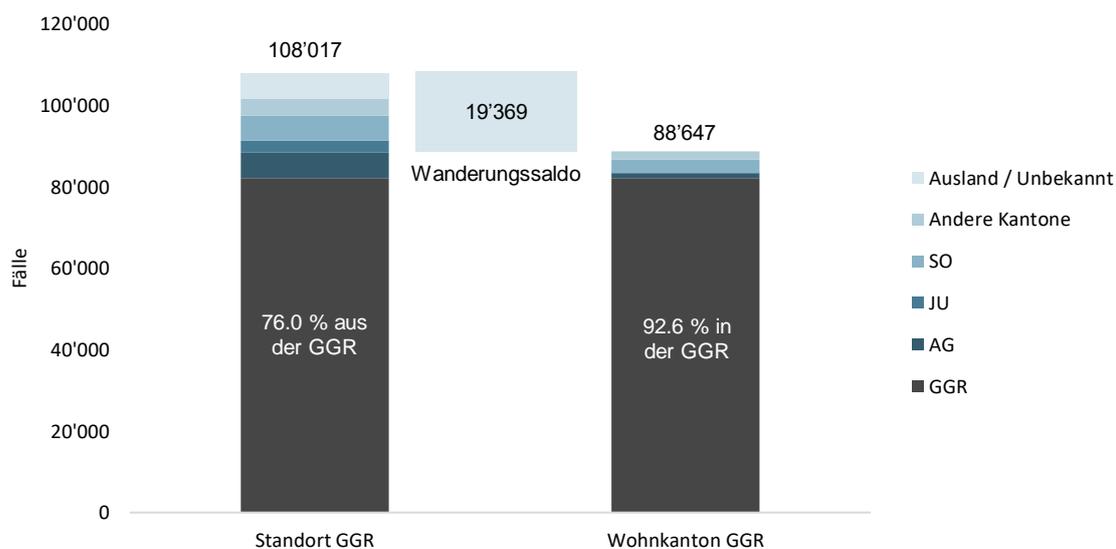


Abbildung 9 Patientenströme stationäre Fälle GGR, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)

In den Spitälern in der GGR erfolgten im Jahr 2023 108'017 Austritte von akutsomatischen stationären Fällen. Dies entspricht 577'870 Pfl egetagen. Davon hatten 24.0 Prozent der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz ausserhalb der GGR. Dies bedeutet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aus der GGR weniger Leistungen in anderen Kantonen in Anspruch genommen haben, als Personen aus anderen Kantonen Leistungen in der GGR beansprucht haben. Der Wanderungssaldo

⁴⁵ Dabei ist anzumerken, dass diese Auswertung bereits im Rahmen eines vorgängigen Auftrags der beiden Kantone vorgenommen wurde, bei welcher ein leicht abweichender Fall-Filter zur Anwendung kam. Deshalb können die Zahlen dieses Kapitels minimal von den Zahlen anderer Kapitel des vorliegenden Berichts abweichen.

⁴⁶ Das GFZ Spital Laufenburg wurde aufgrund seiner Einordnung im Bezirk Laufenburg ebenfalls zum Jura-Nordbogen hinzugezählt.

beträgt 19'369 Fälle. Der Grossteil der «ausserkantonalen» Patientinnen und Patienten stammt aus den Kantonen Solothurn und Aargau (5.7 % resp. 5.8 % aller Fälle mit Behandlungsort GGR).

Betrachtet man die Patientenströme innerhalb der GGR, zeigt sich ein differenziertes Bild. Der Kanton Basel-Landschaft wies im Jahr 2019 einen negativen Wanderungssaldo von 19'805 Fällen auf, welcher im Jahr 2023 auf 21'895 Fällen angewachsen ist (siehe Abbildung 10). Während sich im Jahr 2023 rund 71 Prozent der Fälle, welche in einem Spital im Kanton Basel-Landschaft behandelt wurden, auch den Wohnsitz im Kanton hatten, liessen sich nur 41.3 Prozent der basellandschaftlichen Bevölkerung innerhalb vom Kanton behandeln. Rund 48.6 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft liessen sich im Kanton Basel-Stadt behandeln, somit mehr als im eigenen Kanton.

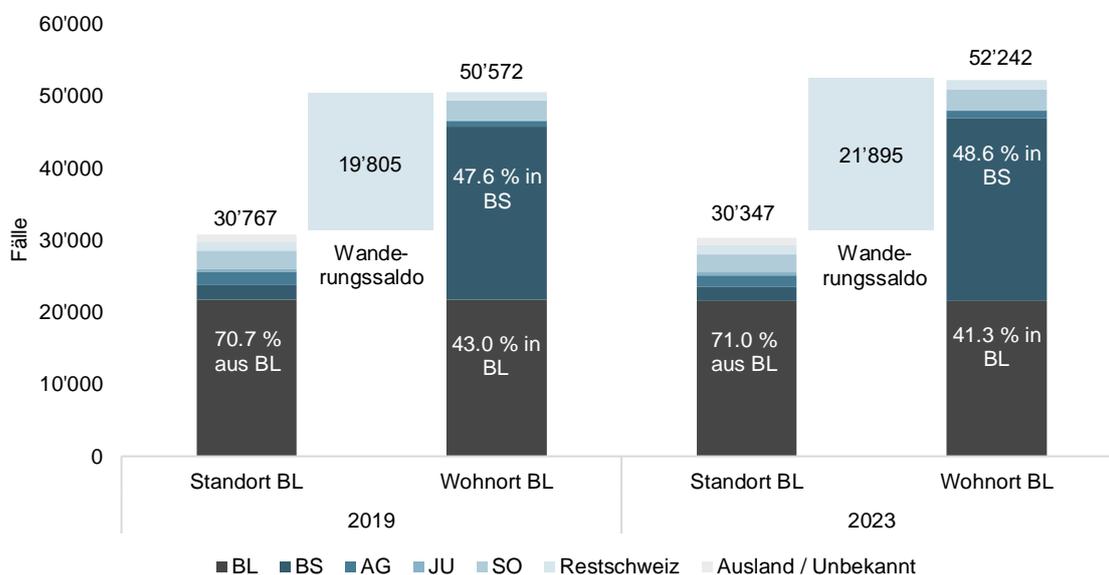


Abbildung 10 Patientenströme stationäre Fälle Kanton Basel-Landschaft, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)

Der Kanton Basel-Stadt wies im Jahr 2019 hingegen einen positiven Wanderungssaldo von 37'195 Fällen auf, welcher im Jahr 2023 auf 41'264 Fälle angewachsen ist (siehe Abbildung 11). Rund 91.2 Prozent der basel-städtischen Bevölkerung liess sich im Jahr 2023 auch in einem basel-städtischen

Spital behandeln. Von den 77'670 Patientinnen und Patienten, welche im Jahr 2023 im Kanton Basel-Stadt behandelt wurden, hatten jedoch nur 42.8 Prozent den Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt. Rund 32.7 Prozent der Fälle kamen aus dem Kanton Basel-Landschaft.

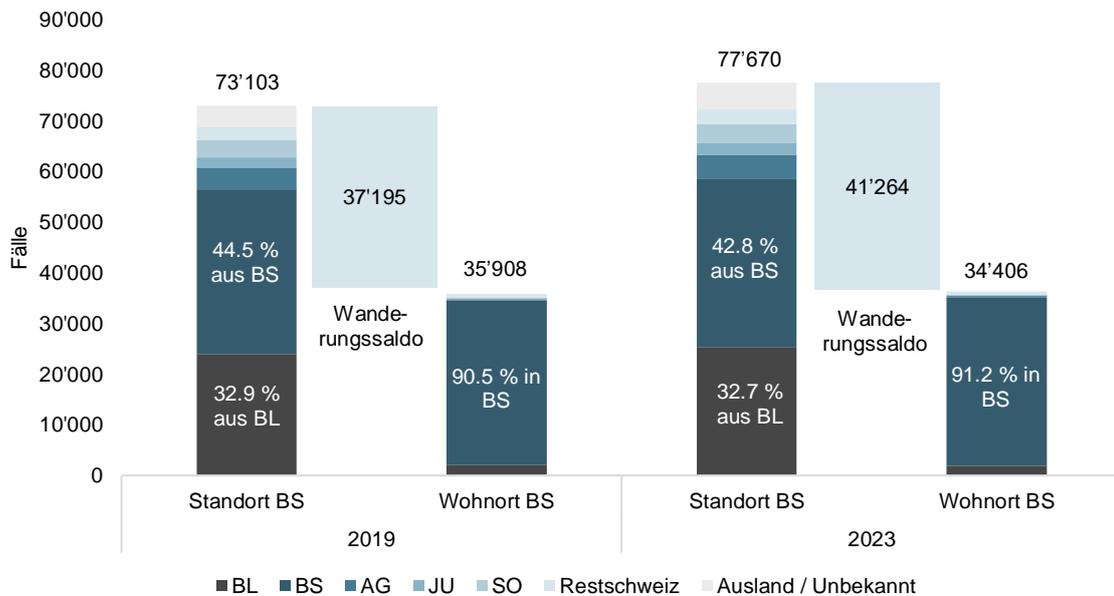


Abbildung 11 Patientenströme stationäre Fälle Kanton Basel-Stadt, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)

Tabelle 8 zeigt, in welchen Kantonen die in der GGR wohnhaften Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 einen stationären Aufenthalt in Anspruch nehmen. Die Analyse wird pro SPLB durchgeführt, womit u. a. die Empfehlung 11a der GDK zur Analyse der Patientenströme pro SPLB berücksichtigt wird. Mit Ausnahme der SPLB Schwere Verletzungen und Transplantationen (graphisch hervorgehoben) werden jeweils mehr als 90 Prozent der in der GGR wohnhaften Patientinnen und Patienten auch in einem Spital in der GGR behandelt. In den genannten zwei SPLB finden die restlichen Behandlungen vorherrschend in den restlichen Schweizer Kantonen ohne die angrenzenden Kantone Aargau, Solothurn und Jura statt.⁴⁷ Im Kanton Aargau werden zudem 5.8 Prozent resp. 120 Fälle der gynäkologischen stationären Leistungen der GGR-Bevölkerung erbracht. Im Kanton Solothurn ist der SPLB Basispaket mit 5.6 Prozent resp. 2'111 Fällen in Anspruch genommen worden.

⁴⁷ Dies lässt sich vorherrschend damit erklären, dass ein grosser Teil der erbrachten Fallzahlen in diesen beiden SPLB der IVHSM zuzuordnen sind.

SPLB	BL	BS	AG	JU	SO	Andere Kantone ⁴⁸	Total GGR
Basispaket	11'167	23'372	424	15	2'111	808	91.1 %
Dermatologie	51	236	-	-	11	-	94.1 %
Hals-Nasen-Ohren	1'028	1'908	117	-	58	119	90.9 %
Neurochirurgie	20	469	7	-	0	24	94.0 %
Neurologie	121	879	14	-	14	79	90.3 %
Ophthalmologie	363	379	-	-	6	31	95.1 %
Endokrinologie	156	324	0	-	12	9	95.8 %
Gastroenterologie	853	1'692	16	-	129	50	92.8 %
Viszeralchirurgie	480	1'188	17	-	83	83	90.1 %
Hämatologie	255	929	10	-	46	9	94.8 %
Gefässe	243	695	13	-	-	28	95.4 %
Herz	534	3'133	87	-	14	158	93.4 %
Nephrologie	113	110	0	-	0	15	93.7 %
Urologie	1'041	3'201	22	-	98	74	95.6 %
Pneumologie	302	1'352	31	-	50	54	92.4 %
Thoraxchirurgie	34	211	-	-	0	-	98.4 %
Transplantationen	0	21	0	-	0	24	46.7 %
Bewegungsapparat chirurgisch	5'284	6'510	317	-	508	285	91.4 %
Rheumatologie	61	390	-	-	8	7	96.6 %
Gynäkologie	227	1'650	120	-	16	39	91.5 %
Geburtshilfe	591	4'343	50	-	26	32	97.9 %
Neugeborene	442	3'951	47	-	20	26	97.9 %
(Radio-)Onkologie	107	1'473	-	-	-	-	99.2 %
Schwere Verletzungen	54	171	6	-	6	18	88.2 %

Tabelle 8 Geografische Abdeckung der stationären Behandlungen der GGR-Bevölkerung pro SPLB, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)⁴⁹

In einigen SPLB ist die GGR auch für andere Kantone ein wichtiger Leistungserbringer. Dies wird anhand Tabelle 9 verdeutlicht, welche die Anteile der Wohnkantone an den stationären Behandlungen pro SPLB in den Spitälern der GGR im Jahr 2023 darstellt. Über alle SPLB gesehen stammen bei Behandlung mit Standort GGR 76.0 Prozent der Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt (siehe Abbildung 9). Entsprechend werden in den in Tabelle 9 hervorgehobenen SPLB überdurchschnittlich viele Personen mit Wohnort ausserhalb der GGR behandelt. Besonders ausgeprägt (Anteil der GGR-Bevölkerung < 65 %) sind die SPLB Neurochirurgie, Ophthalmologie, (Radio-)Onkologie und Transplantationen.

⁴⁸ Damit sind die restlichen Schweizer Kantone gemeint, welche nicht einzeln in der Tabelle aufgeführt sind.

⁴⁹ Bei fünf oder weniger Beobachtungen werden die Werte nicht dargestellt, sondern Striche eingefügt. In SPLB, in welchen keine Fälle resp. Pflegetage erbracht werden, wird dies mit der Zahl Null ausgewiesen.

SPLB	GGR	AG	JU	SO	Andere Kantone ⁵⁰	Ausland	Zuwanderung (Anzahl)
Basispaket	82.5 %	3.9 %	1.2 %	4.7 %	2.8 %	4.9 %	7'321
Dermatologie	74.9 %	7.8 %	5.2 %	6.0 %	1.8 %	4.2 %	96
Hals-Nasen-Ohren	71.4 %	7.7 %	3.9 %	6.2 %	4.6 %	6.2 %	1'175
Neurochirurgie	60.9 %	8.3 %	9.0 %	6.1 %	9.5 %	6.2 %	314
Neurologie	72.4 %	5.6 %	3.9 %	7.2 %	4.2 %	6.7 %	382
Ophthalmologie	61.4 %	10.8 %	5.9 %	5.8 %	8.3 %	7.9 %	467
Endokrinologie	79.7 %	6.0 %	1.7 %	6.3 %	2.2 %	4.2 %	122
Gastroenterologie	79.5 %	3.9 %	3.4 %	4.8 %	3.1 %	5.2 %	658
Viszeralchirurgie	72.7 %	7.6 %	5.0 %	5.4 %	3.8 %	5.4 %	625
Hämatologie	66.7 %	7.6 %	4.0 %	5.0 %	10.8 %	5.9 %	592
Gefässe	71.4 %	7.7 %	8.5 %	6.1 %	2.3 %	4.0 %	376
Herz	69.0 %	9.2 %	5.7 %	9.0 %	2.7 %	4.4 %	1'647
Nephrologie	80.5 %	4.7 %	0.4 %	5.1 %	4.0 %	5.4 %	54
Urologie	77.0 %	5.3 %	1.6 %	6.6 %	2.2 %	7.4 %	1'268
Pneumologie	76.4 %	5.0 %	4.8 %	5.2 %	3.0 %	5.5 %	511
Thoraxchirurgie	68.6 %	8.4 %	10.9 %	5.0 %	3.6 %	3.4 %	112
Transplantationen	29.6 %	19.7 %	1.4 %	15.5 %	33.8 %	0.0 %	50
Bewegungsapparat chirurgisch	65.8 %	8.0 %	4.5 %	7.2 %	7.0 %	7.4 %	6'119
Rheumatologie	79.8 %	2.8 %	1.8 %	4.1 %	5.8 %	5.7 %	114
Gynäkologie	75.4 %	4.6 %	2.7 %	5.8 %	6.9 %	4.6 %	611
Geburtshilfe	81.3 %	5.4 %	0.7 %	4.9 %	1.1 %	6.5 %	1'135
Neugeborene	80.5 %	5.5 %	0.8 %	5.0 %	1.2 %	7.0 %	1'061
(Radio-)Onkologie	61.2 %	12.2 %	3.5 %	5.0 %	10.7 %	7.3 %	1'001
Schwere Verletzungen	71.7 %	3.2 %	6.4 %	4.1 %	4.8 %	9.9 %	89

Tabelle 9 Anteile der Wohnkantone an stationären Behandlungen pro SPLB in Spitälern der GGR, Gesamtbevölkerung, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

Nimmt man dieselbe Analyse nur für unter 18-Jährige vor, zeigt sich ein ähnliches Verhältnis wie in Abbildung 9 (vgl. Excel-Anhang *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025*). Bei den unter 18-Jährigen stammen 73.5 Prozent der in der GGR behandelten Personen im Jahr 2023 aus den Kantonen Basel-Landschaft oder Basel-Stadt (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen). Auffällig ist jedoch, dass in mehr SPLB eine überdurchschnittliche Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der GGR behandelt werden. Dies trifft auf 14 SPLB

⁵⁰ Damit sind die restlichen Schweizer Kantone gemeint, welche nicht einzeln in der Tabelle aufgeführt sind.

zu. Bei den SPLB Bewegungsapparat chirurgisch, Herz, Hämatologie, Neurologie, Ophthalmologie, Pneumologie, (Radio-)Onkologie, Rheumatologie, Schwere Verletzungen und Viszeralchirurgie liegt der Anteil der GGR-Bevölkerung unter 65 Prozent, bei den SPLB Gastroenterologie, Gefässe, Neurochirurgie und Thoraxchirurgie sogar unter 35 Prozent. Dies kann zum einen mit der sehr geringen Prävalenz der entsprechenden Diagnosen und zum anderen der Konzentration der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in wenigen Zentren begründet werden. In den SPLB Nephrologie und Transplantationen wurden in der GGR keine Behandlungen durchgeführt.

3.4 Stationärer Abdeckungsgrad

In der GGR gab es im Jahr 2023 23 Spitalstandorte resp. 19 Spitäler, welche akutsomatische Fälle behandelt haben. Davon befinden sich zehn Spitäler im Kanton Basel-Stadt, die restlichen neun Kliniken haben ihren Standort im Kanton Basel-Landschaft. Alle 23 Spitalstandorte befinden sich auf der Spitalliste Akutsomatik vom 25. Mai 2021 (Stand: 1. Januar 2023). Ebenfalls einen Leistungsauftrag gemäss der gleichlautenden Spitalliste Akutsomatik haben das Spital Dornach mit Standort im Kanton Solothurn sowie die Klinik Lengg mit Standort im Kanton Zürich. Abbildung 12 zeigt eine Karte dieser 25 Standorte. Die Vergabe der Leistungsaufträge an die inner- und ausserkantonalen Spitäler sollte sicherstellen, dass die Spitalplanung bedarfsgerecht ausfällt (vgl. GDK 2022a, Empfehlung 2e).

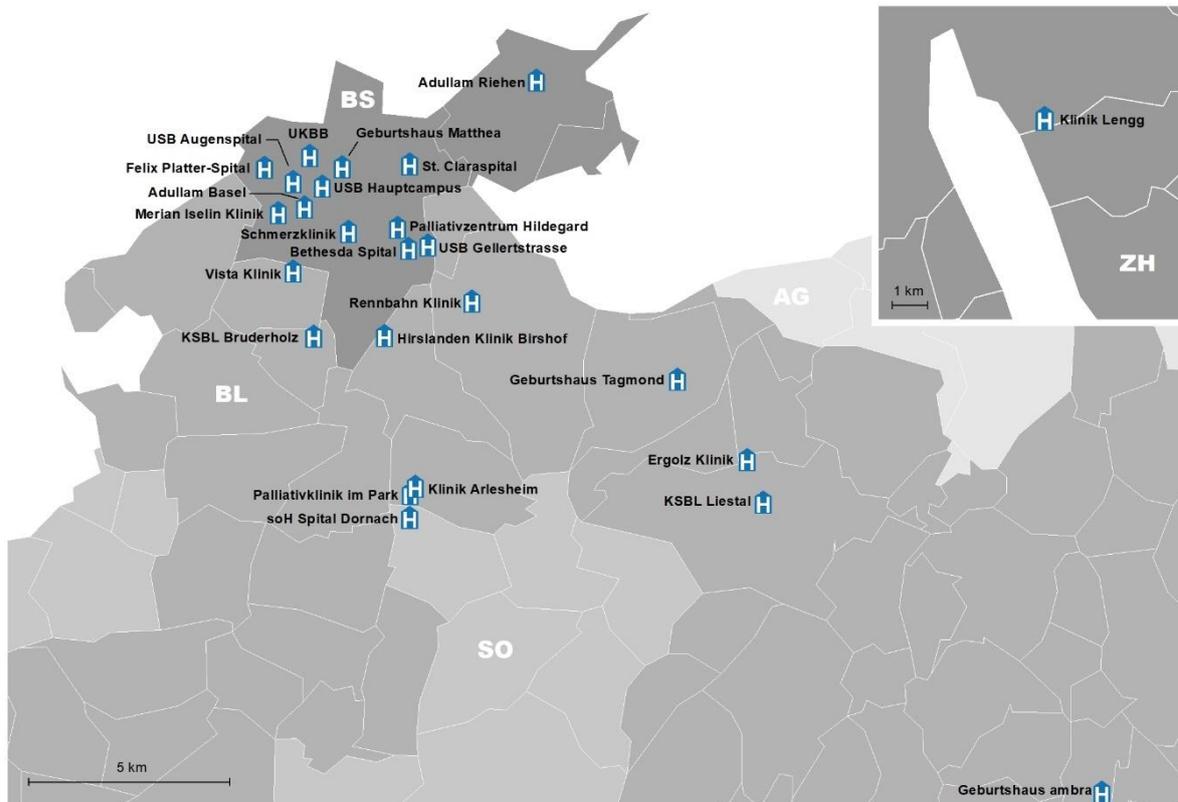


Abbildung 12 Übersicht der Spitalstandorte mit Leistungsauftrag zu stationären akutsomatischen Behandlungen in der GGR im Jahr 2023 (Darstellung Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt 2025)

Der Abdeckungsgrad gibt den Anteil der Patientinnen und Patienten an, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons für die betreffende Leistung verfügt. Damit

wird der GDK-Empfehlung 2e Rechnung getragen, welche für Kantone resp. Versorgungsregionen mit mehr als 300'000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine Eigenabdeckung von 80 Prozent fordert (GDK 2022a).

Tabelle 10 stellt den Abdeckungsgrad der Spitäler gemäss gleichlautenden Spitalisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dar. Als Grundlage für die Auswertung dient dabei die Spitalliste der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom 25. Mai 2021 (Stand: 1. Januar 2023). SPLG mit weniger als 50 GGR-Fällen sowie durch die IVHSM geregelte SPLG sind nicht dargestellt.⁵¹

Im Total aller SPLG⁵² beläuft sich der Abdeckungsgrad der Spitalliste im Jahr 2023 auf 92.6 Prozent. Bei Ausschluss der SPLG mit weniger als 50 GGR-Fällen und den SPLG, welche gemäss IVHSM geregelt sind, steigt der Wert auf 93.7 Prozent. Die Schwelle von 80 Prozent gemäss GDK-Empfehlung wird in den SPLG DER2 mit 66.7 Prozent, NEU2.1 mit 63.9 Prozent und PNE1.2 mit 37.3 Prozent nicht erreicht (in Tabelle 10 farblich hervorgehoben). Die verbleibenden Behandlungen in diesen SPLG werden in Spitälern der Kantone Aargau, Bern, Luzern, St. Gallen, Wallis und Zürich durchgeführt. In den restlichen aufgeführten SPLG beläuft sich der Abdeckungsgrad auf über 80 Prozent, bei der Mehrheit sogar über 90 Prozent.

SPLB	SPLG	Fälle GGR-Bevölkerung	Abdeckungsgrad gemäss Spitalliste	SPLB	SPLG	Fälle GGR-Bevölkerung	Abdeckungsgrad gemäss Spitalliste
Basispaket	BP	37'897	94.7 %	Nephrologie	NEP1	238	87.8 %
Dermatologie	DER1	157	86.6 %	Urologie	URO1	3'679	94.6 %
	DER1.1	78	96.2 %		URO1.1	345	93.3 %
	DER2	63	66.7 %		URO1.1.1	223	96.0 %
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	1'215	97.0 %		URO1.1.3	68	95.6 %
	HNO1.1	481	93.8 %		Pneumologie	PNE1	1'521
	HNO1.1.1	61	82.0 %	PNE1.2		67	37.3 %
	HNO1.2	941	83.4 %	PNE2		187	87.7 %
	HNO2	275	93.8 %	Thoraxchirurgie	THO1.1	149	100.0 %
	KIE1	123	88.6 %		THO1.2	54	94.4 %
Neurochirurgie	NCH1	309	92.2 %	Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	3'080	90.4 %
	NCH1.1	81	95.1 %		BEW2	1'026	88.2 %
Neurologie	NEU1	532	85.0 %		BEW3	775	94.6 %
	NEU2	87	82.8 %		BEW4	95	98.9 %
	NEU2.1	83	63.9 %		BEW5	1'574	92.1 %
	NEU3	158	90.5 %		BEW6	1'275	93.4 %

⁵¹ Diese Ausschlusskriterien wurden analog zum *Versorgungsbericht 2024* des Kantons Luzern vorgenommen (vgl. Füglisterdousse et al. 2024).

⁵² Da für die SPLG UNF1 die für die Identifikation erforderlichen Angaben in der Medizinischen Statistik fehlen, konnte keine Analyse vorgenommen werden (vgl. HSM-Beschlussorgan 2024, Kapitel 6.1).

Ophthalmologie	AUG1	110	92.7 %		BEW7	222	83.8 %
	AUG1.3	122	89.3 %		BEW7.1	1'488	96.4 %
	AUG1.5	484	96.9 %		BEW7.1.1	175	97.7 %
Endokrinologie	END1	501	85.0 %		BEW7.2	1'590	94.4 %
Gastroenterologie	GAE1	2'367	90.5 %		BEW7.2.1	110	96.4 %
	GAE1.1	374	87.7 %		BEW8	1'223	92.6 %
Viszeralchirurgie	VIS1	1'312	90.1 %		BEW8.1	217	80.6 %
	VIS1.4	207	80.7 %		Rheumatologie	RHE1	432
Hämatologie	HAE1	204	91.7 %	Gynäkologie	GYN1	1'292	90.2 %
	HAE2	785	87.4 %		GYN2	543	89.0 %
	HAE3	153	84.3 %		GYNT	158	97.5 %
Gefässe	GEF1	185	92.4 %		PLC1	59	88.1 %
	ANG1	268	96.6 %	Geburtshilfe	GEB1	4'969	97.8 %
	GEFA	336	87.2 %	GEB1.1	54	98.1 %	
	GEF3	78	92.3 %	Neugeborene	NEO1	4'054	97.9 %
	RAD1	74	87.8 %		NEO1.1	86	88.4 %
Herz	HER1.1.1	95	93.7 %	Neugeborene	NEO1.1.1	309	98.7 %
	HER1.1.4	87	88.5 %	(Radio-)Onkologie	ONK1	1'096	99.4 %
	HER1.1.5	70	87.1 %		RAO1	290	98.6 %
	KAR1	465	97.2 %		NUK1	206	99.0 %
	KAR3	2'092	92.8 %	Total	Total	88'647	92.6 %
	KAR3.1.1	216	81.5 %				

Tabelle 10 Abdeckungsgrad, Datenjahr 2023 (Medizinische Statistik BFS, eigene Berechnungen)

3.5 Erreichbarkeit Notfallstationen

Um die Versorgung der Bevölkerung zu beurteilen, ist die Erreichbarkeit von Notfallstationen ein wichtiges Kriterium. Die Erreichbarkeit wird als «zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung» definiert (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021). Um diese Kennzahl zu quantifizieren, wird die Fahrzeit von allen Gebäuden in beiden Basel zur nächstgelegenen Notfallstation berechnet. In der GGR verfügen fünf Spitalstandorte über eine Notfallstation (Kantonsspital Baselland [KSBL] an den Standorten Liestal und Bruderholz, Universitätsspital [USB], St. Claraspital und das UKBB). Nicht in den beiden Basel lokalisiert, aber für die Versorgung und die Rettungsdienste zu berücksichtigen und Teil der gleichlautenden Spitalisten, ist das Spital soH Dornach. Gemäss der gleichlautenden Spitalliste Akutsomatik per 25. Mai 2021 (Stand: 1. Januar 2023) verfügt dieses Spital auch über einen Leistungsauftrag in der SPLG BP.

Tabelle 11 stellt die Erreichbarkeit für die beiden Kantone sowie die GGR dar. Im Kanton Basel-Stadt ist demnach die nächste Notfallstation für 99.97 Prozent der Bevölkerung von ihrer Wohnadresse aus innerhalb von 15 Minuten zu erreichen. Im Kanton Basel-Landschaft hingegen dauert die Fahrt von der Wohnadresse zur nächsten Notfallstation mit Einbezug der Notfallstation in Dornach nur für 79.4 Prozent der Bevölkerung bis zu 15 Minuten, für 9.6 Prozent dauert sie zwischen 16 bis 20

Minuten. Ohne Berücksichtigung der Notfallstation in Dornach sind es 74.4 Prozent resp. 13.4 Prozent. Für ca. 11 Prozent der basellandschaftlichen Bevölkerung dauert die Fahrt von ihrer Wohnadresse länger als 20 Minuten, unabhängig davon, ob Dornach einberechnet wird oder nicht.

Region	0-15 Minuten	16-20 Minuten	21-30 Minuten	>30 Minuten
BS	99.97 %	0.03 %	0.00 %	0.00 %
BL (mit Dornach)	79.38 %	9.57 %	10.30 %	0.75 %
BL (ohne Dornach)	74.35 %	13.35 %	9.52 %	2.79 %
GGR (ohne Dornach)	84.84 %	7.89 %	5.62 %	1.64 %

Tabelle 11 Erreichbarkeit der GGR-Notfallstationen, Datenjahr 2023 (Eidgenössisches Gebäude- und Wohnungsregister und Krankenhausstatistik für die Spitalstandorte, Einwohnerregister der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, Berechnungen des Statistischen Amtes Basel-Stadt 2025)

3.6 Ambulante Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist nicht Teil der Spitalplanung. Die stationäre akutsomatische Versorgung sollte jedoch nicht isoliert betrachtet, sondern auch im Kontext der ambulanten Versorgung analysiert werden. So könnte eine hohe Inanspruchnahme stationärer Leistungsangebote durch eine unterdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme in der spital- bzw. praxisambulanten Versorgung begründet sein. Um dieser These nachzugehen, werden nachfolgend einige Analysen der ambulanten Versorgung dargestellt. Eine Aufgliederung der ambulanten Leistungen nach Fachgebieten analog zum stationären Bereich ist aufgrund der Datenlage nicht möglich. Es lässt sich jedoch eine Verknüpfung zwischen den vom Bund publizierten Versorgungsgraden im ambulanten Bereich (vgl. Jörg et al. 2024b) und den Werten der Bedarfsanalyse der über 18-Jährigen herstellen. Die hohen Versorgungsgrade für die GGR in den Fachgebieten Handchirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Oto-Rhino-Laryngologie spiegeln sich auch zu grossen Teilen in den Werten der Bedarfsanalyse für die SPLB Bewegungsapparat chirurgisch und Hals-Nasen-Ohren wider (vgl. Kapitel 4.1). Im Fachgebiet Angiologie wird hingegen im ambulanten Bereich ein Versorgungsgrad weit über 100 Prozent ausgewiesen, wohingegen die Bedarfsanalyse in diesem SPLB eine Inanspruchnahme aufzeigt, welche tiefer ausfällt, als im Vergleich zur Schweiz zu erwarten wäre.

Im Folgenden wird zudem eine Übersicht über die Inanspruchnahme und die Patientenströme der ambulanten Versorgung gemessen in Taxpunkten dargestellt. Hierbei gilt es anzumerken, dass die Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung eine Approximation darstellt.⁵³ Zudem wird darauf verwiesen, dass die ambulante Akutsomatik neben ärztlichen Leistungen bspw. auch Physio- oder Ergotherapie umfasst. Des Weiteren handelt es sich bei der betrachteten Leistungsmenge um die Summe der fakturierten Leistungen⁵⁴ zulasten der Krankenversicherer. Leistungen, welche nicht der Krankenversicherung gemeldet wurden (z. B. wegen zu hoher Franchise) sowie Fälle, welche nicht über die OKP abgerechnet werden, sondern bspw. über das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), sind somit nicht enthalten. Abbildung 13 zeigt die berechneten Pro-Kopf Taxpunkte für ambulante Leistungen nach Wohnort der Bevölkerung. Sowohl in der praxisambulanten als auch in der

⁵³ 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 können zudem 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. Entsprechend stellen die dargestellten Auswertungen nur eine Approximation dar.

⁵⁴ «Fakturiert» bedeutet in diesem Zusammenhang «Erfassung beim Rechnungseingang».

spitalambulanten Versorgung liegen die Pro-Kopf Taxpunkte in der GGR über dem Durchschnitt der restlichen Schweiz. Die hohe Inanspruchnahme stationärer Leistungen kann somit nicht durch eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen erklärt werden. Zudem zeigt die Grafik, dass sowohl in der GGR als auch in der übrigen Schweiz deutlich mehr Leistungen in Praxen als im spitalambulantem Bereich in Anspruch genommen werden.

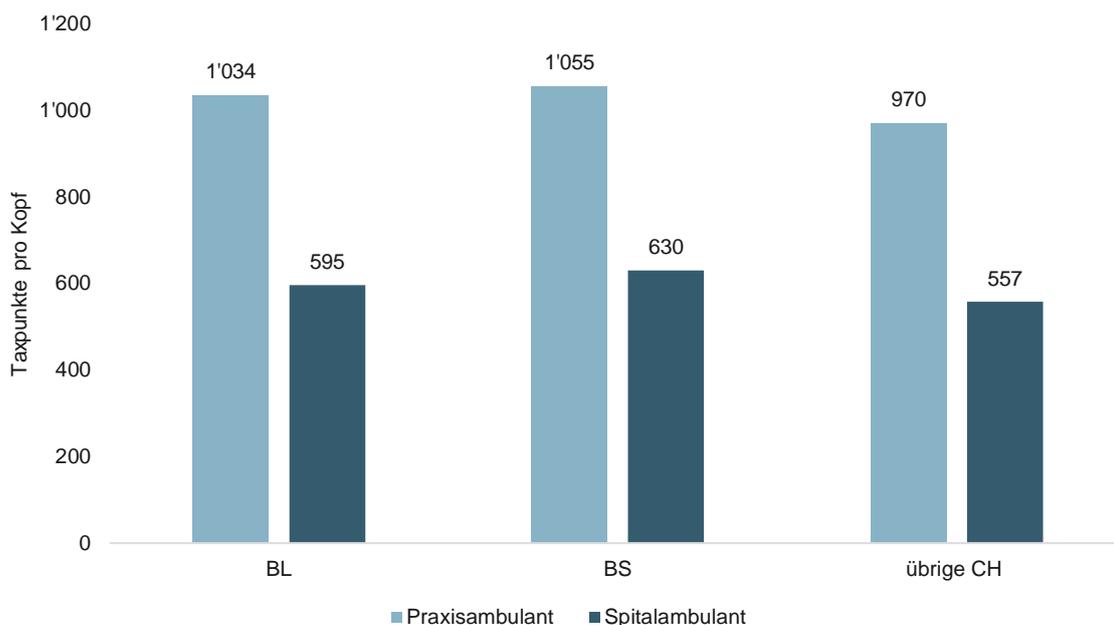


Abbildung 13 Pro-Kopf Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen im Vergleich, basierend auf der Anzahl versicherte Personen, Datenjahr 2023 (SASIS AG, eigene Darstellung)⁵⁵

Abbildungen 14 bis 16 stellen die Patientenströme gemessen in Taxpunkten dar. Betrachtet man die gesamte GGR (Abbildung 14), wird insgesamt sowohl im praxisambulanten als auch im spitalambulantem Bereich ein positiver Wanderungssaldo von rund 99 Mio. bzw. 73 Mio. Taxpunkten an Leistungen verzeichnet (d. h. in der GGR werden 99 Mio. bzw. 73 Mio. Taxpunkte von Personen «bezogen», die ausserhalb der GGR wohnen). Während im praxisambulanten Bereich beide Kantone zum Leistungsüberschuss beitragen, fusst der Leistungsüberschuss im spitalambulantem Bereich lediglich auf der Inanspruchnahme aus dem Kanton Basel-Stadt (Abbildung 15). Der Kanton Basel-Landschaft weist analog zum spitalstationären Bereich auch im spitalambulantem Bereich einen negativen Wanderungssaldo aus (Abbildung 16). Dabei werden 40.1 Prozent der Taxpunkte der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft in einem Spital innerhalb desselben Kantons erbracht, während 52.1 Prozent der Taxpunkte in einem Spital im Kanton Basel-Stadt in Anspruch genommen werden. Im praxisambulanten Bereich werden hingegen 69.6 Prozent der Taxpunkte der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft innerhalb des Kantons erbracht. Im Kanton Basel-Stadt wandern weniger Leistungen ab: Im praxisambulanten Bereich werden 81.9 Prozent und im spitalambulantem Bereich 91.4 Prozent der Leistungen innerhalb des Kantons in Anspruch genommen.

⁵⁵ Bei den Berechnungen wurden Gesamttaxpunktswerte unter Verwendung des Tariftyps «Tarmed» berücksichtigt. Die weiteren Tariftypen «Tarmed-Pauschalen» und «Tarmed-Pauschalen neu» können nicht in Taxpunkten ausgedrückt werden.

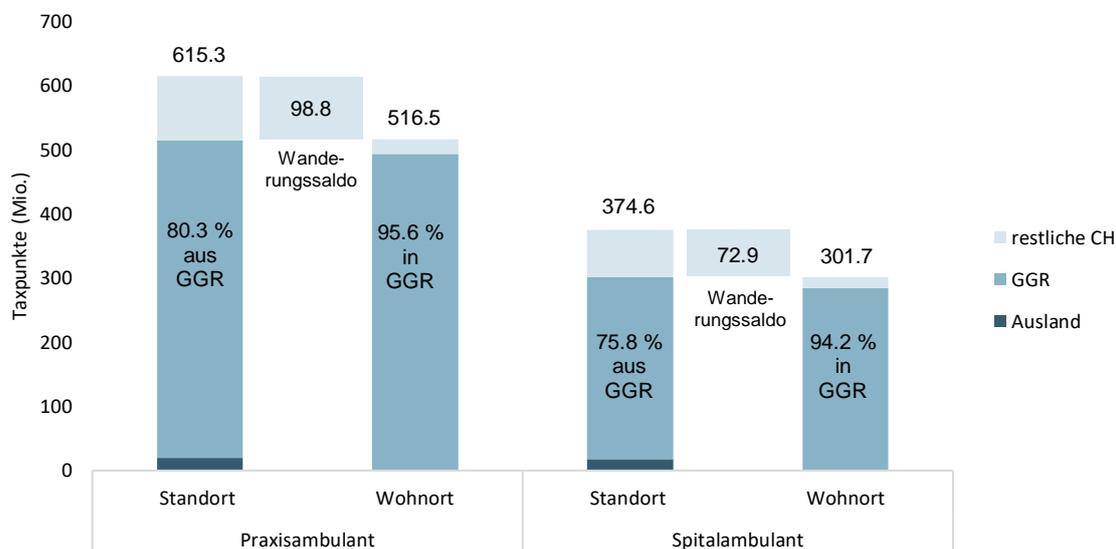


Abbildung 14⁵⁶ Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, in der GGR (Standort) erbracht bzw. von der GGR-Bevölkerung bezogen (Wohnort⁵⁷), Datenjahr 2023 (SASIS AG, eigene Darstellung)

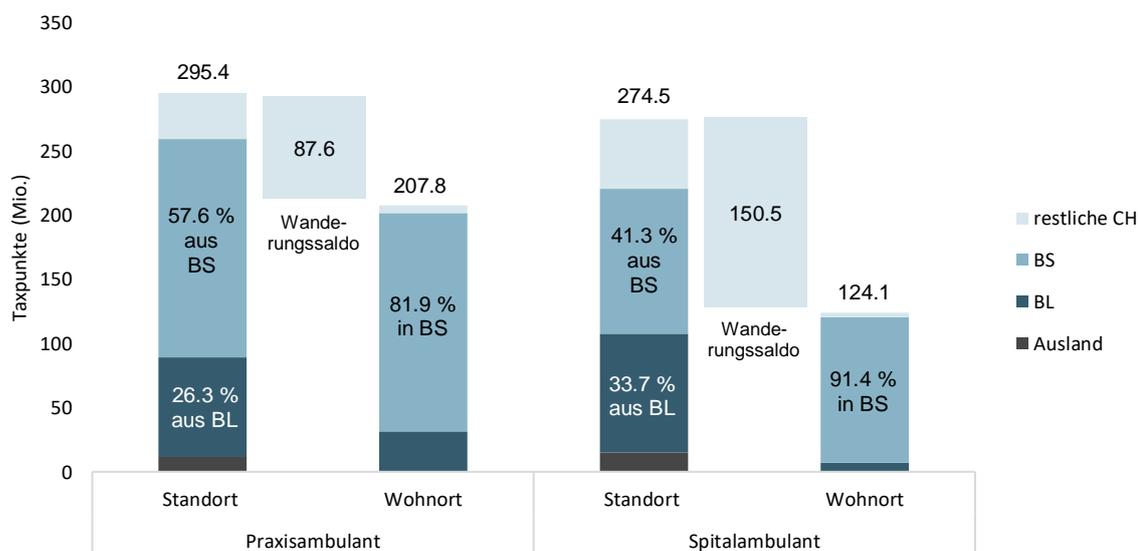


Abbildung 15 Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, im Kanton Basel-Stadt (Standort) erbracht bzw. von der basel-städtischen Bevölkerung bezogen (Wohnort⁵⁸), Datenjahr 2023 (SASIS AG, eigene Darstellung)

⁵⁶ Lesebeispiel: Im praxisambulanten Bereich werden in der GGR 80.3 Prozent der Taxpunkte von der GGR-Bevölkerung in Anspruch genommen. Die restlichen Prozent an Taxpunkten teilen sich mehrheitlich auf Personen auf, die in der restlichen Schweiz wohnhaft sind. Personen, welche in der GGR wohnen, nehmen hingegen 95.6 Prozent der praxisambulanten Taxpunkte in der GGR in Anspruch. Die restlichen 4.4 Prozent lassen sich in der restlichen Schweiz behandeln. Daraus ergibt sich ein positiver Wanderungssaldo von ca. 99 Mio. Taxpunkten.

⁵⁷ Leistungen, welche von der GGR-Bevölkerung im Ausland bezogen worden sind, sind in der Statistik nicht enthalten und können entsprechend nicht ausgewiesen werden.

⁵⁸ Leistungen, welche von der basel-städtischen Bevölkerung im Ausland bezogen worden sind, sind in der Statistik nicht enthalten und können entsprechend nicht ausgewiesen werden.

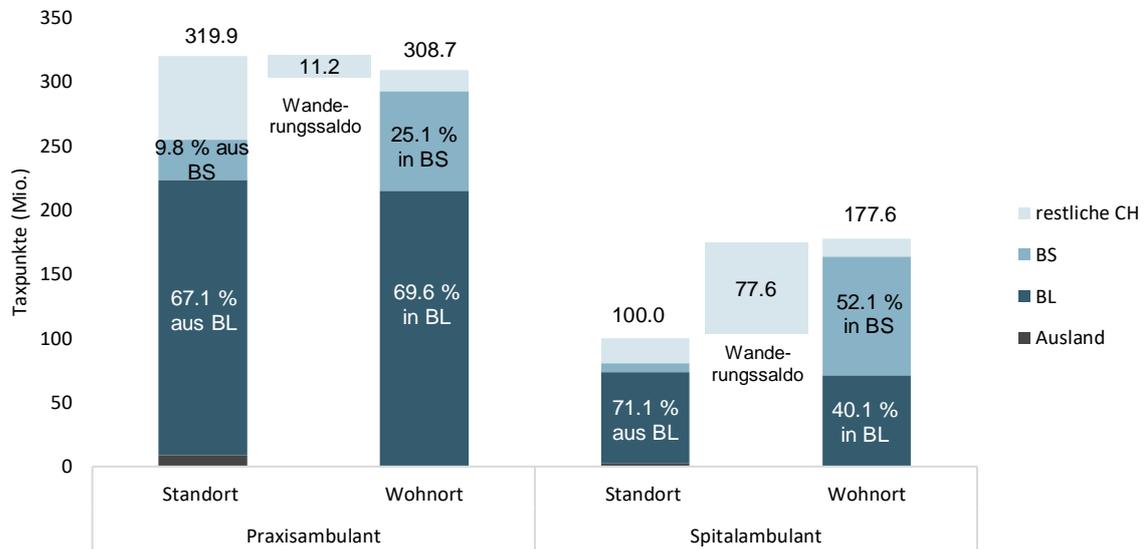


Abbildung 16 Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, im Kanton Basel-Landschaft (Standort) erbracht bzw. von der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bezogen (Wohnort⁵⁹), Datenjahr 2023 (SASIS AG, eigene Darstellung)

⁵⁹ Leistungen, welche von der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft im Ausland bezogen worden sind, sind in der Statistik nicht enthalten und können entsprechend nicht ausgewiesen werden.



4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Ausführungen werden die methodischen Vorüberlegungen (Kapitel 2) auf die akutsomatische Versorgung der Wohnbevölkerung der GGR angewendet.

4.1 Bedarfsanalyse

Ausgehend von den in Kapitel 2.3 dargestellten methodischen Grundlagen der Regression werden in den Tabellen 12 bis 15 die entsprechenden Resultate dargestellt. Die Tabellen weisen für die Jahre 2019, 2022 und 2023⁶⁰ jeweils für Personen unter resp. über 18 Jahren die tatsächlich beobachteten Fallzahlen bzw. Pflagestage, die erwarteten Fallzahlen bzw. Pflagestage sowie die prozentualen Abweichungen aus. Diese beschreiben jeweils, um wie viel Prozent höher oder tiefer die erwartete Inanspruchnahme im Vergleich zur beobachteten Inanspruchnahme liegt. Die Resultate werden im vorliegenden Bericht auf Ebene SPLB dargestellt. Eine vollständige Übersicht aller SPLG findet sich in der Excel-Beilage *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025*.⁶¹

Wie in Kapitel 2.3.2 erläutert, wird für die Analyse der Erwachsenen die Spezifikation 3 gewählt, während für die 0- bis 17-Jährigen die Spezifikation 5 am geeignetsten ist. Nachfolgend wird nur auf die gewählten Spezifikationen eingegangen.

Über alle SPLB gesehen liegt die erwartete Inanspruchnahme der GGR-Bevölkerung im Jahr 2023 um 19.3 Prozent tiefer als die tatsächlich beobachtete Inanspruchnahme.⁶² Damit steigt dieser Wert im Vergleich zum Jahr 2019 um zwei Prozentpunkte an, die bestehende überdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme hat sich somit weiter verstärkt. Die erwartete Inanspruchnahme in der SPLB Basispaket, welche im Jahr 2023 mit 34'905 Fällen die grösste SPLB darstellt, ist in der GGR um 22.4 Prozent tiefer als die beobachtete Inanspruchnahme. Die grösste Abweichung der tatsächlichen Fälle im Vergleich zu den erwarteten Fällen weist die SPLB (Radio-)Onkologie in der Höhe von 56.1 Prozent im Jahr 2023 auf. Eine negative unerklärte Varianz ergibt sich lediglich in den zwei SPLB Gefässe und Nephrologie, wo die erwartete Inanspruchnahme in der GGR im Jahr 2023 um 21.2 resp. 24.4 Prozent höher liegt als die in der GGR beobachtete Inanspruchnahme. Zu beachten ist, dass die SPLB Schwere Verletzungen aufgrund der tiefen Fallzahlen starken Schwankungen unterliegt. Tabelle 12 stellt die Resultate nachfolgend dar.

⁶⁰ Die Datenjahre 2020 und 2021 wurden nicht verwendet, da aufgrund der COVID-19-Pandemie davon auszugehen ist, dass diese verzerrt sind.

⁶¹ Auf Ebene der SPLG können Signifikanzen angegeben werden, da dies die Ebene ist, auf welcher die Regression durchgeführt wird. Zum fünf Prozent Niveau signifikante Werte werden in der Excel-Beilage *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025* auf Ebene SPLG mit einem Stern gekennzeichnet. Das Signifikanzniveau gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Wert zufällig zustande kommt. SPLG, welche nicht signifikant sind, können zwar eine Abweichung aufweisen, jedoch kann bei diesen nicht mit einer Sicherheit von 95 Prozent davon ausgegangen werden, dass sich die beobachtete Menge (Fälle oder Pflagestage) von der erwarteten Menge unterscheidet.

⁶² Geht man davon aus, dass die erwartete Inanspruchnahme als bedarfsgerecht betrachtet wird und 100 Prozent entspricht, liegt die beobachtete Inanspruchnahme 23.9 Prozent über dem bedarfsgerechten Wert (78'889 beobachtete Fälle geteilt durch 63'658 erwartete Fälle).

SPLB	2019			2022			2023			Veränderung "unter / über" in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Fälle 18+	Erwartete Fälle 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	
Basispaket	31'814	26'367	17.1 %	34'074	26'408	22.5 %	34'905	27'078	22.4 %	5.3 %
Dermatologie	318	240	24.4 %	266	199	25.0 %	271	210	22.3 %	-2.0 %
Hals-Nasen-Ohren	2'694	1'908	29.2 %	2'472	1'917	22.5 %	2'691	2'044	24.1 %	-5.1 %
Neurochirurgie	378	321	15.0 %	413	333	19.4 %	392	318	19.0 %	4.0 %
Neurologie	2'044	1'696	17.0 %	2'302	1'745	24.2 %	933	864	7.4 %	-9.6 %
Ophthalmologie	872	701	19.6 %	768	653	15.0 %	759	654	13.9 %	-5.7 %
Endokrinologie	570	453	20.5 %	590	466	20.9 %	462	358	22.4 %	1.9 %
Gastroenterologie	2'689	2'159	19.7 %	2'767	2'121	23.3 %	2'727	2'098	23.1 %	3.4 %
Viszeralchirurgie	1'453	1'236	14.9 %	1'343	1'234	8.1 %	1'499	1'287	14.2 %	-0.8 %
Hämatologie	1'205	902	25.2 %	1'299	893	31.2 %	1'174	867	26.1 %	1.0 %
Gefässe	1'142	1'126	1.4 %	997	1'153	-15.7 %	971	1'176	-21.1 %	-22.5 %
Herz	4'036	3'344	17.1 %	3'761	3'307	12.1 %	3'884	3'399	12.5 %	-4.7 %
Nephrologie	313	345	-10.1 %	267	286	-7.1 %	231	287	-24.4 %	-14.3 %
Urologie	3'919	3'356	14.4 %	4'389	3'497	20.3 %	4'330	3'636	16.0 %	1.7 %
Pneumologie	1'783	1'330	25.4 %	1'892	1'140	39.8 %	1'750	1'131	35.4 %	10.0 %
Thoraxchirurgie	291	196	32.5 %	247	195	20.9 %	246	171	30.7 %	-1.9 %
Bewegungsapparat chirurgisch	11'695	9'519	18.6 %	12'374	10'103	18.4 %	12'496	10'456	16.3 %	-2.3 %
Rheumatologie	376	279	25.8 %	439	277	36.9 %	458	279	39.2 %	13.3 %
Gynäkologie	1'900	1'927	-1.4 %	2'044	1'943	4.9 %	2'031	1'973	2.9 %	4.3 %
Geburtshilfe	5'249	4'923	6.2 %	5'158	4'740	8.1 %	5'036	4'611	8.4 %	2.2 %
(Radio-)Onkologie	1'458	694	52.4 %	1'458	673	53.8 %	1'559	684	56.1 %	3.7 %
Schwere Verletzungen	75	62	17.6 %	112	78	30.2 %	84	76	9.0 %	-8.6 %
Total	76'274	63'085	17.3 %	79'432	63'363	20.2 %	78'889	63'658	19.3 %	2.0 %

Tabelle 12 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen über 18 Jahre, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 3 (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 2, eigene Berechnungen)

Bei der Betrachtung der Analysen zu den Pflgetagen in Tabelle 13 fällt auf, dass einige der SPLB, welchen zu den fallzahlenstärksten SPLB gemäss Tabelle 12 gehören, nicht zu den SPLB mit den meisten Pflgetagen gehören. Dies betrifft bspw. die SPLB Urologie oder Geburtshilfe. Andere SPLB

wie bspw. Viszeralchirurgie oder Neurochirurgie verzeichnen deutlich mehr Pflegetage, jedoch weniger Fälle und weisen entsprechend lange MAHD auf. Mit Ausnahme der beiden SPLB Geburtshilfe und Gefässe weisen alle SPLB über die betrachteten Jahre eine Abweichung von mehr als zehn Prozent auf. Im SPLB Nephrologie ist zudem über alle drei Datenjahre eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme im Vergleich zur Schweiz zu beobachten.

Die erwartete Inanspruchnahme in der SPLB Basispaket im Jahr 2023, welche mit 198'370 Pflegetagen die grösste SPLB darstellt, ist in der GGR um 23.6 Prozent tiefer als die beobachtete Inanspruchnahme. Die grösste Abweichung der tatsächlichen Pflegetage im Vergleich zu den erwarteten Pflegetagen weisen im Jahr 2023 die SPLB Thoraxchirurgie, Rheumatologie und (Radio-)Onkologie in der Höhe von 42.4 respektive 41.7 und 38.3 Prozent auf. Eine negative unerklärte Varianz ergibt sich lediglich in der SPLB Nephrologie. Über alle SPLB hinweg ist die erwartete Inanspruchnahme in Pflegetagen in der GGR im Jahr 2023 um 19.9 Prozent tiefer als die beobachtete Inanspruchnahme. Im Jahr 2019 lag dieser Wert noch bei 16.6 Prozent. Die schon bestehende überdurchschnittliche Inanspruchnahme gemessen in Pflegetagen hat sich somit weiter verstärkt.

SPLB	2019			2022			2023			Veränderung "unter / über" in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Pflegetage 18+	Erwartete Pflegetage 18+	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	
Basispaket	200'542	157'793	21.3 %	195'863	148'827	24.0 %	198'370	151'502	23.6 %	2.3 %
Dermatologie	2'088	1'685	19.3 %	1'756	1'336	23.9 %	1'680	1'342	20.1 %	0.9 %
Hals-Nasen-Ohren	10'076	6'530	35.2 %	9'788	6'477	33.8 %	10'020	6'683	33.3 %	-1.9 %
Neurochirurgie	4'259	3'314	22.2 %	3'821	3'173	16.9 %	4'004	3'084	23.0 %	0.8 %
Neurologie	18'979	28'573	-50.5 %	19'143	18'398	3.9 %	5'917	5'408	8.6 %	59.1 %
Ophthalmologie	2'005	1'612	19.6 %	1'699	1'433	15.7 %	1'790	1'455	18.7 %	-0.9 %
Endokrinologie	5'072	4'148	18.2 %	5'273	4'251	19.4 %	3'970	3'083	22.4 %	4.1 %
Gastroenterologie	20'107	16'965	15.6 %	19'838	16'072	19.0 %	19'096	15'540	18.6 %	3.0 %
Viszeralchirurgie	17'752	13'327	24.9 %	13'337	11'735	12.0 %	13'608	11'265	17.2 %	-7.7 %
Hämatologie	10'528	8'140	22.7 %	11'792	8'405	28.7 %	10'543	7'938	24.7 %	2.0 %
Gefässe	10'521	9'419	10.5 %	9'586	9'230	3.7 %	9'044	8'783	2.9 %	-7.6 %
Herz	22'432	16'837	24.9 %	18'498	16'301	11.9 %	17'876	16'016	10.4 %	-14.5 %
Nephrologie	2'904	3'539	-21.9 %	2'282	2'798	-22.6 %	2'055	2'625	-27.7 %	-5.9 %
Urologie	17'747	14'968	15.7 %	18'579	14'044	24.4 %	16'878	14'100	16.5 %	0.8 %
Pneumologie	16'684	13'351	20.0 %	18'267	10'636	41.8 %	15'226	10'032	34.1 %	14.1 %
Thoraxchirurgie	3'172	1'736	45.3 %	2'915	1'676	42.5 %	2'281	1'314	42.4 %	-2.9 %
Bewegungsapparat chirurgisch	66'591	55'640	16.4 %	64'581	54'202	16.1 %	61'964	54'238	12.5 %	-4.0 %

Rheumatologie	2'609	1'858	28.8 %	3'062	1'944	36.5 %	3'348	1'951	41.7 %	12.9 %
Gynäkologie	7'006	6'350	9.4 %	7'354	5'998	18.4 %	6'584	5'695	13.5 %	4.1 %
Geburtshilfe	19'373	19'837	-2.4 %	18'715	17'977	3.9 %	17'705	17'399	1.7 %	4.1 %
(Radio-)Onkologie	8'506	5'524	35.1 %	7'265	5'033	30.7 %	8'018	4'948	38.3 %	3.2 %
Schwere Verletzungen	964	859	10.9 %	1'301	974	25.2 %	1'147	912	20.5 %	9.6 %
Total	469'917	392'005	16.6 %	454'715	360'920	20.6 %	431'124	345'311	19.9 %	3.3 %

Tabelle 13 Ergebnisübersicht Pflgetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen über 18 Jahre, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 3 (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 2, eigene Berechnungen)

Nachfolgend werden in Tabelle 14 die Resultate der Altersgruppe «unter 18-Jährige» dargelegt. Diese sind aufgrund der teilweise tiefen Fallzahlen bzw. Pflgetage pro SPLB mit Vorsicht zu interpretieren. Die erwartete Inanspruchnahme im fallzahlenstarken SPLB Basispaket ist in der GGR um 12.8 Prozent tiefer als die beobachtete Inanspruchnahme. Auch im SPLB Neugeborene, welcher ungefähr die Hälfte der Fälle der unter 18-Jährigen einschliesst, werden weniger Fälle erwartet, als schliesslich beobachtet werden (+9.3 %).⁶³ Über alle SPLB hinweg ist die erwartete Inanspruchnahme der GGR-Bevölkerung, gemessen in Fällen, um 10.8 Prozent tiefer als die beobachtete Inanspruchnahme. Im Jahr 2019 lag dieser Wert noch bei 12.6 Prozent.

SPLB	2019			2022			2023			Veränderung "unter / über" in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Fälle U18	Erwartete Fälle U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Fälle U18	Erwartete Fälle U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Fälle U18	Erwartete Fälle U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	
Basispaket	3'345	2'703	19.2 %	3'277	2'687	18.0 %	2'992	2'609	12.8 %	-6.4 %
Dermatologie	34	22	36.8 %	27	17	37.8 %	32	22	32.1 %	-4.7 %
Hals-Nasen-Ohren	508	330	35.0 %	394	286	27.4 %	519	398	23.4 %	-11.6 %
Neurochirurgie	25	22	12.5 %	21	23	-8.7 %	22	19	14.9 %	2.4 %
Neurologie	56	72	-28.7 %	96	88	8.6 %	78	82	-4.4 %	24.3 %
Ophthalmologie	6	8	-28.3 %	11	5	58.6 %	17	8	51.6 %	79.9 %
Endokrinologie	46	36	22.3 %	36	37	-3.8 %	39	28	27.8 %	5.5 %
Gastroenterologie	26	26	0.3 %	18	27	-48.8 %	12	22	-82.4 %	-82.7 %
Viszeralchirurgie	46	27	41.3 %	19	24	-24.0 %	20	24	-20.7 %	-62.1 %
Hämatologie	36	43	-20.0 %	80	62	22.6 %	55	53	3.6 %	23.6 %
Gefässe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herz	41	52	-27.1 %	33	47	-42.7 %	34	39	-14.9 %	12.2 %

⁶³ Hierzu ist anzumerken, dass in dieser SPLB hinsichtlich der Fallzahlen eine angebotsinduzierte Nachfrage praktisch unmöglich ist.

Urologie	81	90	-11.5 %	116	94	19.4 %	104	85	18.6 %	30.0 %
Pneumologie	41	63	-52.7 %	65	88	-35.0 %	40	80	-101.0 %	-48.3 %
Thoraxchirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bewegungsapparat chirurgisch	389	292	25.0 %	391	311	20.3 %	399	312	21.7 %	-3.3 %
Rheumatologie	6	15	- 142.6 %	8	15	-88.9 %	9	15	-70.0 %	72.6 %
Gynäkologie	23	16	31.3 %	19	18	6.5 %	19	16	17.3 %	-14.0 %
Geburtshilfe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neugeborene	4'838	4'514	6.7 %	4'587	4'142	9.7 %	4'486	4'104	8.5 %	1.8 %
(Radio-)Onkologie	12	20	-66.9 %	34	24	30.8 %	28	26	6.2 %	73.1 %
Schwere Verletzungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	9'576	8'372	12.6 %	9'266	8'016	13.5 %	8'930	7'966	10.8 %	-1.8 %

Tabelle 14 Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen unter 18 Jahren, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 5 (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 2, eigene Berechnungen)⁶⁴

Beim Vergleich der Pflegetage in Tabelle 15 mit der Anzahl Fälle in Tabelle 14 fällt auf, dass einige SPLB eine überdurchschnittlich lange MAHD aufweisen. Dazu gehören die SPLB Neurochirurgie, Herz und Viszeralchirurgie. Zudem fallen die ausgewiesenen unerklärten Varianzen bei einigen SPLB je nach Datenjahr sehr unterschiedlich aus, was wahrscheinlich auf die geringen zugrundeliegenden Fallzahlen zurückzuführen ist. Bei elf der ausgewiesenen SPLB ist mind. ein Vorzeichenwechsel der unerklärten Varianz zu beobachten. Über alle SPLB hinweg ergibt sich bei den unter 18-Jährigen bei Betrachtung der Pflegetage eine unerklärte Varianz von 4.5 Prozent.

SPLB	2019			2022			2023			Veränderung "unter / über" in Prozentpunkten 2023 gegenüber 2019
	Beobachtete Pflegetage U18	Erwartete Pflegetage U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Pflegetage U18	Erwartete Pflegetage U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	Beobachtete Pflegetage U18	Erwartete Pflegetage U18	Inanspruchnahme unter / über Erwartung	
Basispaket	7'441	9'573	-28.7 %	7'714	6'969	9.7 %	7'072	6'756	4.5 %	33.1 %
Dermatologie	113	60	47.3 %	113	58	48.5 %	138	76	44.8 %	-2.5 %
Hals-Nasen-Ohren	1'745	894	48.8 %	1'010	848	16.1 %	1'109	1'003	9.6 %	-39.2 %
Neurochirurgie	237	313	-32.0 %	195	270	-38.2 %	192	166	13.7 %	45.7 %
Neurologie ⁶⁵	200	2'267	- 1033.2 %	459	5'202	- 1033.3 %	351	275	21.6 %	1054.9 %
Ophthalmologie	10	30	-195.0 %	271	60	77.9 %	471	109	76.8 %	271.8 %

⁶⁴ Bei fünf oder weniger Beobachtungen werden die Werte nicht dargestellt, sondern Striche eingefügt. In SPLB, in welchen keine Fälle resp. Pflegetage erbracht werden, wird dies mit der Zahl Null ausgewiesen.

⁶⁵ Die Werte der Jahre 2019 und 2022 sind aufgrund von vereinzelt sehr langen Aufenthalten stark verzerrt.

Endokrinologie	283	257	9.3 %	224	292	-30.2 %	461	258	44.0 %	34.7 %
Gastroenterologie	124	152	-22.7 %	54	132	-144.5 %	546	246	55.0 %	77.7 %
Viszeralchirurgie	770	537	30.3 %	383	433	-13.0 %	323	436	-35.0 %	-65.3 %
Hämatologie	160	275	-71.6 %	511	362	29.1 %	370	286	22.8 %	94.3 %
Gefässe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herz	393	818	-108.1 %	498	879	-76.4 %	403	532	-31.9 %	76.2 %
Urologie	238	370	-55.6 %	498	376	24.4 %	320	284	11.3 %	66.8 %
Pneumologie	388	401	-3.4 %	373	457	-22.6 %	379	411	-8.5 %	-5.1 %
Thoraxchirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bewegungsapparat chirurgisch	1'867	1'142	38.9 %	1'751	1'117	36.2 %	1'550	1'072	30.8 %	-8.0 %
Rheumatologie	43	63	-47.4 %	28	76	-171.2 %	58	63	-8.5 %	38.8 %
Gynäkologie	54	49	9.2 %	44	51	-15.0 %	63	37	41.6 %	32.4 %
Geburtshilfe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neugeborene	18'163	18'675	-2.8 %	16'208	16'205	0.0 %	15'685	16'136	-2.9 %	-0.1 %
(Radio-)Onkologie	67	82	-22.4 %	162	113	30.2 %	92	128	-38.6 %	-16.2 %
Schwere Verletzungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32'521	36'145	-11.1 %	30'648	34'079	-11.2 %	29'784	28'457	4.5 %	15.6 %

Tabelle 15 Ergebnisübersicht Pflage tage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen unter 18 Jahren, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 5 (Medizinische Statistik BFS, weitere Datenquellen siehe Tabelle 2, eigene Berechnungen)⁶⁶

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die hohen Hospitalisierungsraten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (siehe Kapitel 3.2) nicht vollständig durch soziodemographische und -ökonomische Merkmale der Bevölkerung in der GGR zu begründen sind.

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. Die Grundlagen zur demografischen Entwicklung sind ausführlich in Kapitel 3.1 dargestellt.

4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht

Die Resultate der Bedarfsprognosen für die drei Szenarien bis zum Jahr 2035 sind für die Fälle in der Abbildung 17 dargestellt. Die Resultate unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» prognostizieren eine fast gleichbleibende Anzahl akutsomatische Fälle über alle Altersgruppen im Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2023 (-0.1 %, 2023: 88'647; 2035: 88'593). Dabei sind die in Kapitel 2.5 beschriebenen Einflussfaktoren auf das «Mittlere Szenario» berücksichtigt. Für das «Mittlere Szenario» wird von einem Bevölkerungswachstum von 4.5 Prozent (Jahre 2023 bis 2035) ausgegangen. Dieses Bevölkerungswachstum wird durch die restlichen Annahmen (bspw. AVOS, Reduktion Bedarfsüberschuss) wieder gedämpft, sodass sich in den prognostizierten Fallzahlen kein Wachstum

⁶⁶ Bei fünf oder weniger Beobachtungen werden die Werte nicht dargestellt, sondern Striche eingefügt. In SPLB, in welchen keine Fälle resp. Pflage tage erbracht werden, wird dies mit der Zahl Null ausgewiesen.

zeigt. Während im «Mittleren Szenario» die prognostizierten Fallzahlen stabil bleiben, wird für das «Hohe Szenario» eine Zunahme um 14'091 Fällen von 88'847 Fällen im Jahr 2023 auf 102'937 Fälle (+16.1 %) verzeichnet. Im «Tiefen Szenario» wird hingegen ein Rückgang um 10.2 Prozent auf 79'563 Fälle prognostiziert.

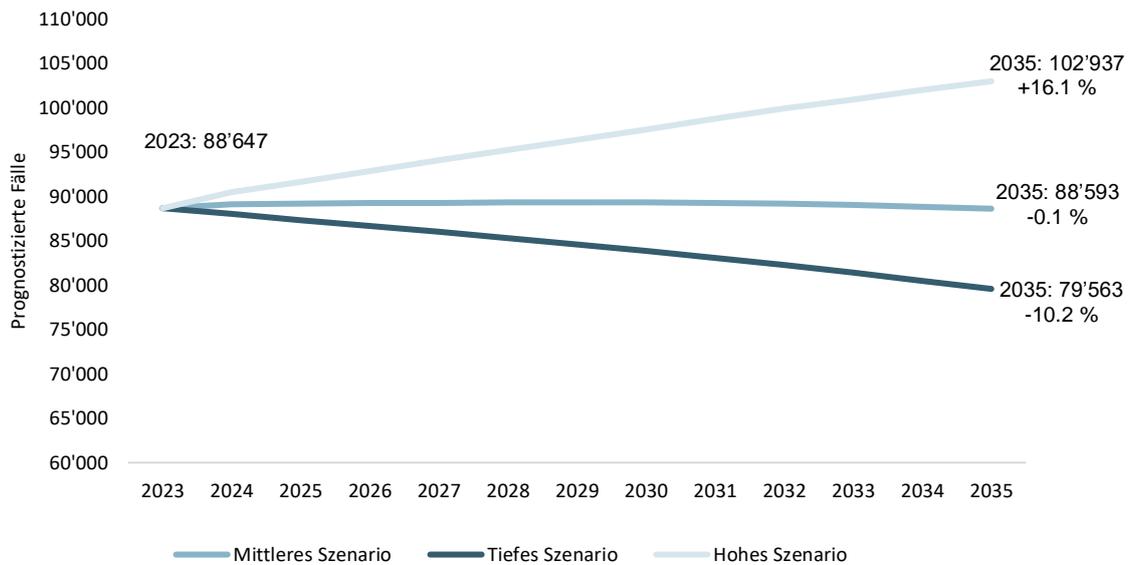


Abbildung 17 Prognostizierte Entwicklung der Fälle in der GGR bis 2035, Fallzahlen 2023 entsprechen den tatsächlich beobachteten Fallzahlen, alle Alterskategorien, Wachstumsraten zwischen den Jahren 2023 und 2035 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)

Abbildung 18 stellt die prognostizierten Werte der Pflgetage gemäss den verschiedenen Szenarien dar. Die Resultate der Bedarfsprognose unter den Annahmen des «Mittleren Szenarios» ergeben eine Reduktion der stationären akutsomatischen Pflgetage bis zum Jahr 2035 über alle Altersgruppen von 11.9 Prozent (2023: 470'371; 2035: 414'562). Der prognostizierte Wert im «Tiefen Szenario» fällt mit einer Reduktion von 29.6 Prozent deutlich tiefer aus (2035: 330'915). Im «Hohen Szenario» landet die Prognose bei 515'274 Pflgetagen (+9.5 %). Dass die Pflgetage stärker sinken als die Fallzahlen, ist eine direkte Folge der Annahmen, welche der Bedarfsprognose zugrunde liegen. Gemäss Tabelle 3 wird bzgl. Entwicklung der MAHD bei den unter 40-Jährigen keine Reduktion, bei den 40- bis 64-Jährigen eine Reduktion um ein Prozent pro Jahr und bei den über 65-Jährigen eine Reduktion von zwei Prozent pro Jahr angenommen. Je nach Szenario werden diese Stellgrößen verstärkt oder abgeschwächt. Auch wenn sich die Spitalplanung auf die Fälle und nicht die Betten konzentriert, stellt der Prognosewert an Pflgetagen eine wichtige Kenngrösse für weitere Planungsentscheidungen dar.

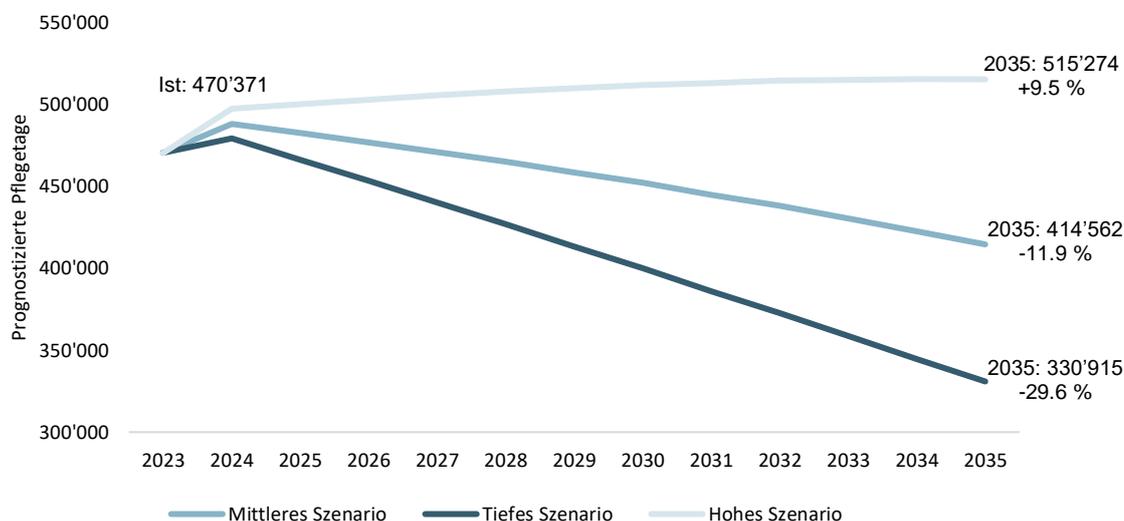


Abbildung 18 Prognostizierte Entwicklung der Pflegetage in der GGR bis 2035, Wachstumsraten zwischen den Jahren Ist und 2035, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019, 2022 und 2023 (eigene Darstellung basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose)

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.⁶⁷

4.2.2 Prognose in Fallzahlen und Pflegetagen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Entwicklung nach SPLB und Altersgruppen differenziert vor. Dabei wird die Bedarfsprognose wiederum für das «Mittlere Szenario» anhand der Fallzahlen wie auch anhand der Pflegetage dargestellt. Die Prognose der Leistungsentwicklung der Fallzahlen der über 18-Jährigen (siehe Tabelle 16) kommt zum Ergebnis, dass die stationäre Leistungsmenge bis zum Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2023 ungefähr gleichbleibt (Abnahme um 471 Fälle resp. 0.6 Prozent).

Die Resultate unterscheiden sich je nach SPLB. Während in den SPLB Gefässe, Nephrologie und Schwere Verletzungen ein Anstieg der Fallzahlen von über fünf Prozent verzeichnet wird, ergeben sich in den SPLB Hals-Nasen-Ohren, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Transplantationen, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Geburtshilfe und (Radio-)Onkologie Reduktionen von über fünf Prozent. Die restlichen SPLB weisen geringfügige Veränderungen auf.

⁶⁷ Detaillierte Resultate des «Tiefen Szenarios» und des «Hohen Szenarios» befinden sich im Excel-Anhang *Begleitdokument zum Versorgungsplanungsbericht Akutsomatik 2025*.

SPLB	Ist	2027	Veränderung zum Ist	2031	Veränderung zum Ist	2035	Veränderung zum Ist
Basispaket	34'905	35'357	1.3 %	35'743	2.4 %	35'869	2.8 %
Dermatologie	271	272	0.4 %	273	0.9 %	274	1.2 %
Hals-Nasen-Ohren	2'702	2'645	-2.1 %	2'584	-4.4 %	2'512	-7.0 %
Neurochirurgie	488	489	0.2 %	487	-0.2 %	485	-0.7 %
Neurologie	1'029	1'035	0.6 %	1'037	0.7 %	1'026	-0.3 %
Ophthalmologie	759	769	1.4 %	776	2.3 %	776	2.3 %
Endokrinologie	462	470	1.7 %	472	2.1 %	469	1.4 %
Gastroenterologie	2'727	2'754	1.0 %	2'762	1.3 %	2'744	0.6 %
Viszeralchirurgie	1'830	1'836	0.3 %	1'838	0.4 %	1'831	0.1 %
Hämatologie	1'190	1'204	1.2 %	1'210	1.7 %	1'205	1.3 %
Gefässe	971	1'022	5.2 %	1'071	10.3 %	1'113	14.6 %
Herz	3'885	3'965	2.1 %	4'020	3.5 %	4'047	4.2 %
Nephrologie	231	245	5.9 %	256	10.8 %	265	14.5 %
Urologie	4'330	4'370	0.9 %	4'392	1.4 %	4'389	1.4 %
Pneumologie	1'750	1'722	-1.6 %	1'686	-3.7 %	1'635	-6.6 %
Thoraxchirurgie	246	243	-1.1 %	236	-4.0 %	226	-8.0 %
Transplantationen	44	43	-3.0 %	41	-6.3 %	40	-9.3 %
Bewegungsapparat chirurgisch	12'496	12'260	-1.9 %	11'977	-4.2 %	11'649	-6.8 %
Rheumatologie	458	446	-2.7 %	429	-6.3 %	409	-10.8 %
Gynäkologie	2'031	2'058	1.3 %	2'086	2.7 %	2'100	3.4 %
Geburtshilfe	5'036	4'916	-2.4 %	4'766	-5.4 %	4'623	-8.2 %
(Radio-)Onkologie	1'559	1'463	-6.1 %	1'346	-13.6 %	1'220	-21.7 %
Schwere Verletzungen	244	252	3.1 %	259	6.3 %	267	9.3 %

Tabelle 16 Prognose Akutsomatik, Fälle der Personen über 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Berechnungen)

Tabelle 17 stellt die Bedarfsprognose der Fallzahlen der unter 18-Jährigen dar. Dabei resultiert das Ergebnis, dass die stationäre Leistungsmenge bis zum Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2023 um 416 Fälle resp. 4.6 Prozent zunimmt. In den fünf SPLB Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Endokrinologie, Gefässe und (Radio-)Onkologie werden negative Entwicklungen zwischen 0.4 Prozent und 1.8 Prozent prognostiziert. Alle weiteren SPLB zeigen bis im Jahr 2035 positive Wachstumsraten auf, wobei die SPLB Ophthalmologie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe und Neugeborene ein Wachstum grösser als fünf Prozent verzeichnen.

SPLB	Ist	2027	Veränderung zum Ist	2031	Veränderung zum Ist	2035	Veränderung zum Ist
Basispaket	2'992	3'070	2.6 %	3'092	3.3 %	3'069	2.6 %
Dermatologie	34	34	0.4 %	35	1.8 %	34	1.4 %
Hals-Nasen-Ohren	528	523	-1.0 %	522	-1.2 %	519	-1.8 %
Neurochirurgie	32	33	3.2 %	33	2.8 %	32	1.3 %
Neurologie	78	78	0.4 %	78	0.1 %	77	-1.3 %
Ophthalmologie	21	22	4.7 %	22	6.6 %	22	6.2 %
Endokrinologie	39	39	-0.2 %	38	-1.4 %	39	-1.2 %
Gastroenterologie	14	14	-0.6 %	14	2.0 %	14	1.9 %
Viszeralchirurgie	21	22	4.1 %	22	6.0 %	22	5.4 %
Hämatologie	59	60	1.6 %	60	2.2 %	60	0.9 %
Gefässe	12	12	-0.5 %	12	-0.9 %	12	-1.6 %
Herz	41	42	2.4 %	42	2.3 %	42	1.2 %
Nephrologie	7	7	-1.8 %	7	1.5 %	7	1.9 %
Urologie	106	110	3.7 %	111	4.6 %	110	4.1 %
Pneumologie	40	41	1.6 %	41	2.4 %	41	2.1 %
Thoraxchirurgie	3	3	7.6 %	3	7.5 %	3	6.9 %
Bewegungsapparat chirurgisch	409	421	3.1 %	427	4.4 %	416	1.7 %
Rheumatologie	9	9	-0.2 %	9	1.6 %	9	1.4 %
Gynäkologie	21	22	6.6 %	23	10.8 %	23	9.5 %
Geburtshilfe	6	6	6.7 %	7	11.0 %	6	7.6 %
Neugeborene	4'486	4'814	7.3 %	4'825	7.6 %	4'816	7.4 %
(Radio-)Onkologie	33	34	3.1 %	34	3.8 %	33	-0.4 %
Schwere Verletzungen	11	11	2.4 %	12	5.1 %	11	3.7 %

Tabelle 17 Prognose Akutsomatik, Fälle der Personen unter 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Berechnungen)

Die Leistungsmenge in Pflorgetagen der über 18-Jährigen (Tabelle 18) sinkt gegenüber der Basis des Jahres 2023. Die Leistungsmenge nimmt um ca. 58'000 Pflorgetage resp. 13.2 Prozent ab. Für alle SPLB ergibt sich eine Reduktion der prognostizierten Pflorgetage, wobei die Reduktion mit weniger als zehn Prozent in den vier SPLB Viszeralchirurgie, Gefässe, Gynäkologie und Geburtshilfe verhältnismässig gering ausfällt. Eine besonders starke Reduktion von über 20 Prozent wird in den vier SPLB Pneumologie, Thoraxchirurgie, Rheumatologie und (Radio-)Onkologie verzeichnet. Dass die Pflorgetage stärker sinken als die Fallzahlen, ist eine direkte Folge der Annahmen, welche der Bedarfsprognose zugrunde liegen.

SPLB	Ist	2027	Veränderung zum Ist	2031	Veränderung zum Ist	2035	Veränderung zum Ist
Basispaket	198'370	198'550	0.1 %	187'832	-5.3 %	175'076	-11.7 %
Dermatologie	1'680	1'559	-7.2 %	1'464	-12.9 %	1'357	-19.2 %
Hals-Nasen-Ohren	10'061	9'594	-4.6 %	8'932	-11.2 %	8'240	-18.1 %
Neurochirurgie	4'909	4'749	-3.3 %	4'402	-10.3 %	4'072	-17.1 %
Neurologie	6'857	6'685	-2.5 %	6'259	-8.7 %	5'737	-16.3 %
Ophthalmologie	1'790	1'664	-7.0 %	1'563	-12.7 %	1'442	-19.4 %
Endokrinologie	3'970	3'891	-2.0 %	3'625	-8.7 %	3'312	-16.6 %
Gastroenterologie	19'096	18'532	-3.0 %	17'335	-9.2 %	15'929	-16.6 %
Viszeralchirurgie	17'648	19'007	7.7 %	17'782	0.8 %	16'384	-7.2 %
Hämatologie	11'139	10'483	-5.9 %	9'769	-12.3 %	8'954	-19.6 %
Gefässe	9'044	9'196	1.7 %	8'920	-1.4 %	8'513	-5.9 %
Herz	17'953	17'291	-3.7 %	16'325	-9.1 %	15'222	-15.2 %
Nephrologie	2'055	1'978	-3.8 %	1'922	-6.5 %	1'827	-11.1 %
Urologie	16'878	17'304	2.5 %	16'265	-3.6 %	15'087	-10.6 %
Pneumologie	15'226	14'898	-2.2 %	13'579	-10.8 %	12'157	-20.2 %
Thoraxchirurgie	2'281	2'378	4.3 %	2'142	-6.1 %	1'896	-16.9 %
Transplantationen	882	845	-4.2 %	788	-10.7 %	732	-17.0 %
Bewegungsapparat chirurgisch	61'964	62'784	1.3 %	58'286	-5.9 %	53'376	-13.9 %
Rheumatologie	3'348	2'968	-11.3 %	2'649	-20.9 %	2'322	-30.6 %
Gynäkologie	6'584	6'860	4.2 %	6'592	0.1 %	6'272	-4.7 %
Geburtshilfe	17'705	17'758	0.3 %	17'156	-3.1 %	16'582	-6.3 %
(Radio-)Onkologie	8'018	7'146	-10.9 %	6'269	-21.8 %	5'366	-33.1 %
Schwere Verletzungen	2'467	2'367	-4.0 %	2'264	-8.2 %	2'146	-13.0 %

Tabelle 18 Prognose Akutsomatik, Pfl egetage der Personen über 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Berechnungen)

Tabelle 19 stellt die Bedarfsprognose der Pfl egetage der unter 18-Jährigen dar. Die prognostizierte Leistungsmenge nimmt bis im Jahr 2035 um ca. 2'100 Pfl egetage resp. 6.9 Prozent ab. In acht der 23 ausgewiesenen SPLB ergibt sich eine Abnahme der Anzahl Pfl egetage, welche zwischen 1.9 Prozent (Herz) und 31.0 Prozent (Endokrinologie) zu liegen kommt. Die restlichen 15 SPLB weisen eine Zunahme der Pfl egetage zwischen 1.0 und 24.8 Prozent auf.



SPLB	Ist	2027	Veränderung zum Ist	2031	Veränderung zum Ist	2035	Veränderung zum Ist
Basispaket	7'072	7'132	0.8 %	7'188	1.6 %	7'142	1.0 %
Dermatologie	152	154	1.5 %	157	3.3 %	156	2.7 %
Hals-Nasen-Ohren	1'155	1'452	25.7 %	1'450	25.5 %	1'442	24.8 %
Neurochirurgie	344	361	5.1 %	359	4.5 %	350	1.7 %
Neurologie	351	368	4.9 %	370	5.6 %	369	5.3 %
Ophthalmologie	476	531	11.6 %	527	10.6 %	520	9.2 %
Endokrinologie	461	320	-30.7 %	317	-31.3 %	318	-31.0 %
Gastroenterologie	552	560	1.5 %	574	4.1 %	582	5.4 %
Viszeralchirurgie	324	385	19.0 %	390	20.3 %	388	19.8 %
Hämatologie	475	473	-0.4 %	472	-0.7 %	461	-3.0 %
Gefässe	67	62	-7.3 %	62	-6.9 %	62	-7.5 %
Herz	499	495	-0.8 %	492	-1.4 %	490	-1.9 %
Nephrologie	60	69	14.7 %	71	18.9 %	71	18.7 %
Urologie	334	410	22.6 %	411	23.0 %	407	21.9 %
Pneumologie	379	282	-25.5 %	285	-24.7 %	284	-25.0 %
Thoraxchirurgie	10	10	3.6 %	10	4.0 %	10	4.0 %
Bewegungsapparat chirurgisch	1'629	1'783	9.5 %	1'796	10.3 %	1'752	7.5 %
Rheumatologie	58	59	1.7 %	59	1.0 %	59	1.0 %
Gynäkologie	69	65	-5.5 %	68	-2.1 %	66	-3.6 %
Geburtshilfe	34	29	-13.3 %	31	-9.8 %	30	-13.1 %
Neugeborene	15'685	17'325	10.5 %	17'366	10.7 %	17'333	10.5 %
(Radio-)Onkologie	128	125	-2.3 %	126	-1.8 %	120	-6.2 %
Schwere Verletzungen	116	123	5.8 %	127	9.6 %	127	9.1 %

Tabelle 19 Prognose Akutsomatik, Pflage tage der Personen unter 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Berechnungen)



5 Einordnung der Ergebnisse und Fazit

In der aktuellen Bedarfsanalyse für das Jahr 2023 zeigt sich, dass die erwartete Inanspruchnahme der Einwohnerinnen und Einwohner der GGR im Vergleich zur gesamten Schweiz über alle SPLG gesehen bei den unter 18-Jährigen knapp über zehn und bei den über 18-Jährigen ungefähr 20 Prozent tiefer liegt als die beobachtete Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen. Damit beschreibt die aktualisierte Bedarfsanalyse der erwachsenen Bevölkerung für die GGR eine Situation, in welcher sich die seit dem Jahr 2019 bestehende überdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme weiter verstärkt hat (2019: +17.3 %; 2023: +19.3 %). Bei den unter 18-jährigen Personen der GGR ist der äquivalente Wert von 12.6 Prozent im Jahr 2019 auf 10.8 Prozent im Jahr 2023 gesunken.

Eine Ursache für die grundsätzlich hohe beobachtete Inanspruchnahme stationärer akutsomatischer Versorgung könnte in einer unterdurchschnittlichen ambulanten Versorgung liegen. Die Analyse des ambulanten Angebots (siehe Kapitel 3.6) hat jedoch ergeben, dass auch hier die Pro-Kopf-Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung der GGR höher ist als diejenige der übrigen Schweiz. Eine unterdurchschnittliche Versorgung im ambulanten Bereich der Akutsomatik der Wohnbevölkerung der GGR ist – zumindest aufgrund dieser Analyse – nicht zu belegen. Entsprechend ist die hohe beobachtete Inanspruchnahme ggf. auf angebotsseitige Strukturen zurückzuführen.

Für eine Einordnung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse wird die beobachtete Entwicklung den im *Versorgungsplanungsbericht 2019* prognostizierten Werten gegenübergestellt. Daraus ergibt sich das in Abbildung 19 dargestellte Bild.⁶⁸ Im *Versorgungsplanungsbericht 2019* werden drei verschiedene Szenarien beschrieben (vgl. S. 78).⁶⁹ Die Ist-Fallzahlen⁷⁰ liegen im Jahr 2020 mit 81'622 unter dem im *Versorgungsplanungsbericht 2019* gemäss Szenario «Umsetzung AVOS» prognostizierten Wert, was insbesondere auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Bis im Jahr 2022 nehmen die beobachteten Fallzahlen auf 89'452 Fälle zu, worauf im Jahr 2023 wieder ein leichter Rückgang verzeichnet wird (88'647 Fälle). Die Fallzahlen des Jahres 2024 liegen noch nicht vor. Um die Prognose von 85'000 Fällen gemäss Szenario «Aktiv» im *Versorgungsplanungsbericht 2019* für das Jahr 2024 nicht zu übertreffen, müsste ein weiterer Fallzahlenrückgang um ca. 3'500 Fälle stattfinden. Dabei ist anzumerken, dass das höhere, tatsächlich beobachtete Bevölkerungswachstum, als im *Versorgungsplanungsbericht 2019* prognostiziert worden ist, bei diesen Fallzahlvorgaben nicht mit einberechnet worden ist. Wird diese Entwicklung nachvollzogen, landet die Prognose des Szenarios «Aktiv» im *Versorgungsplanungsbericht 2019* für das Jahr 2024 bei ungefähr 86'000 Fällen (ca. 1 % mehr als der ursprüngliche Zielwert). Zusätzlich gibt es weitere Variablen, welche bei der Prognose im *Versorgungsplanungsbericht 2019* verwendet worden sind, die nicht nachjustiert worden sind.⁷¹

⁶⁸ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Methodik zur Fallabgrenzung seit Veröffentlichung des *Versorgungsplanungsberichts 2019* geändert hat und sich dadurch leichte Unterschiede ergeben können.

⁶⁹ Das Szenario «Passiv» beschreibt die Situation ohne regulatorische Eingriffe seitens Kantone. Beim Szenario «Umsetzung AVOS» werden Eingriffe gemäss verschiedenen AVOS-Listen berücksichtigt. Für die Prognose bis im Jahr 2020 wird die 13er-Liste des Kantons Basel-Stadt per 1. Juli 2018 angewendet. Ab 2021 kommt die 16er-Liste der Kantone Luzern und Zürich per 1. Januar 2019 zur Anwendung (vgl. S. 65 ff.). Dadurch wird bereits ab dem Jahr 2020 ein leichter Fallzahlenrückgang prognostiziert. Das Szenario «Aktiv» bringt schliesslich weiterreichende Regulierungen seitens Kantone mit sich. Neben der vorangehend beschriebenen Berücksichtigung der AVOS-Listen wird in diesem Szenario mittels Mengensteuerung ein Abbau der unerklärten angebotsinduzierten Varianz unterstellt. Aufgrund des Wirkungshorizonts spiegelt sich dies erst ab 2024 in den Fallzahlen wider.

⁷⁰ Darunter werden die Fallzahlen der einzelnen Datenjahre verstanden, welche in der Medizinischen Statistik ausgewiesen werden.

⁷¹ Im Rahmen der Bedarfsanalyse im *Versorgungsplanungsbericht 2019*, welche als Ausgangspunkt für die Prognose dient, sind die Variablen Geschlecht, Alter, Alterszusammensetzung, Sterberate, Lebendgeburten, Bildungsniveau, Haushaltsgrösse und Ein-Personen-Haushalte zur Standardisierung verwendet worden. Die Prognose des Bedarfs der Bevölkerung

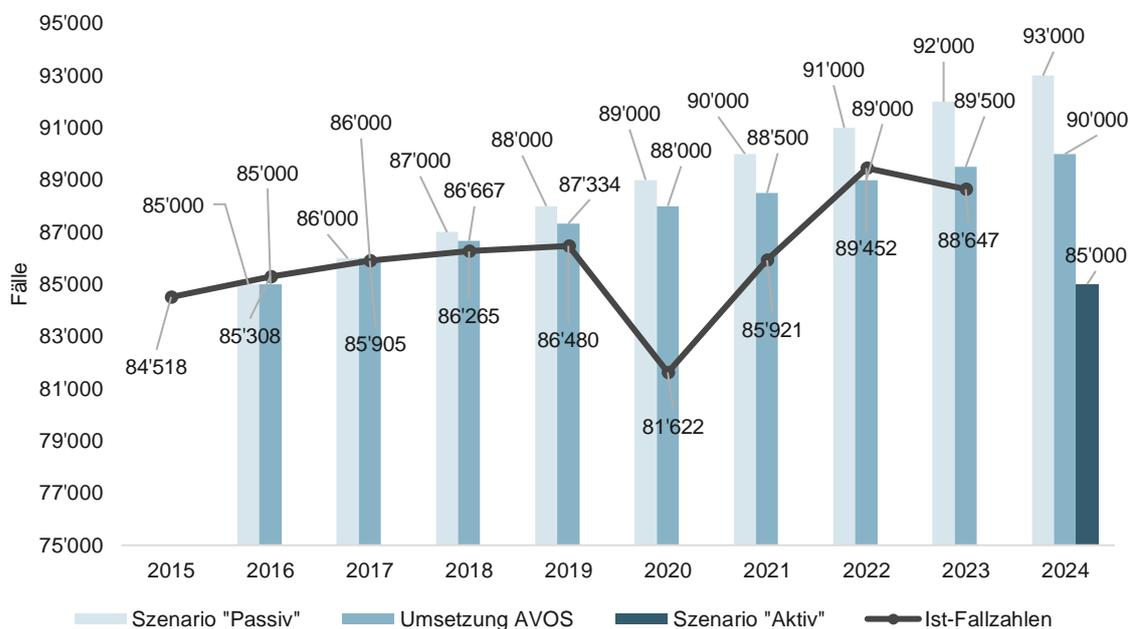


Abbildung 19 Prognostizierte Fallzahlen gemäss *Versorgungsplanungsbericht 2019* und beobachtete Fallzahlen der GGR Wohnbevölkerung, Datenjahre 2016-2024 (Medizinische Statistik BFS, STATPOP BFS, Bevölkerungsszenarien BFS, VGD und GD 2019, eigene Darstellung)

Trotz der analytischen Herausforderungen beim Vergleich der Prognosewerte mit den beobachteten Fallzahlen ist im Vergleich zur Schweiz weiterhin eine starke überdurchschnittliche Inanspruchnahme festzustellen. Um dieser weiter steigenden, überdurchschnittlichen Inanspruchnahme in der GGR begegnen zu können und mittelfristig die fachlich hochwertige akutsomatische Versorgung zu sichern, scheint z. B. eine konsequente Umsetzung der Verlagerung in den ambulanten und intermediären Bereich notwendig. Darauf aufbauend sind die Annahmen der Bedarfsprognose im vorliegenden Bericht formuliert, welche die Annahmen der Prognose gemäss *Versorgungsplanungsbericht 2019* fortführen. Für die zukünftige Entwicklung wird im «Mittleren Szenario» mittels Bedarfsprognose bis 2035 eine Reduktion von -0.1 Prozent berechnet, womit die Fallzahlen ungefähr stabil bei 88'500 verbleiben. Für den betrachteten Zeitraum wird zwar von einem Bevölkerungswachstum von 4.5 Prozent ausgegangen, jedoch wird eine potenzielle Zunahme durch dieses Bevölkerungswachstum durch die restlichen Annahmen (v. a. durch die Angleichung an die erwartete Leistungsmenge) kompensiert.

Bis ins Jahr 2035 ist im «Mittleren Szenario» zudem von einem Minderbedarf von rund 56'000 Pflegetagen für die gesamte GGR-Bevölkerung auszugehen. Dies entspricht einer Reduktion von ca. zehn Prozent. Die Prognose stützt sich dabei auf die Entwicklung der MAHD der letzten zwölf Jahre je Altersgruppe. Inwiefern sich die der Prognose zugrunde gelegten Trendannahmen bzgl. Verkürzung der MAHD in Zukunft bestätigen werden, ist offen. Insbesondere die anstehenden regulatorischen Eingriffe, welche die Ambulantisierung von «einfacheren» Fällen fördern, könnten dazu führen, dass vermehrt Fälle mit längerer MAHD im Pool der stationären Fälle verbleiben, was MAHD tendenziell erhöhen würde.

berücksichtigt zusätzlich die folgenden Stellgrößen: Demografie, Struktur der Demografie, Hospitalisierungsrate, mittlere Aufenthaltsdauer, epidemiologische Trends, Trends in der Medizintechnik, regulatorische Eingriffe zur Ambulantisierung.



Wichtig scheint in diesem Kontext des Weiteren die separate Betrachtung der Altersgruppen: Der erwartete Rückgang an Pflegetagen ist vor allem auf die Erwachsenen zurückzuführen. Während im «Mittleren Szenario» bei den Erwachsenen in allen SPLB von einem Rückgang der Pflegetage ausgegangen wird, ist dies bei den Minderjährigen nur bei einem Drittel der SPLB der Fall (mehr Informationen zu den Szenarien finden sich in Tabelle 3 in Kapitel 2.5.2 sowie in Kapitel 4.2.2).

Im *Versorgungsplanungsbericht 2019* wurden 17 SPLG identifiziert, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Überversorgung aufweisen (VGD und GD 2019).⁷² Für diese SPLG wurde der Mengendialog eingeführt, um den Abbau der Überversorgung herbeizuführen. Eine Auswertung im Rahmen der Wirkungsanalyse GGR zeigt auf, dass im Jahr 2023 alle der betroffenen SPLG nach wie vor eine Inanspruchnahme auswiesen, welche höher ist, als beim Vergleich mit der gesamten Schweiz zur erwarten wäre. Zudem wurden die festgelegten Zielwerte in den Jahren 2022 und 2023 in neun SPLG überschritten und kamen somit über der begrenzten Leistungsmenge zu liegen. In den restlichen sieben SPLG wurden die errechneten Zielwerte nicht oder nur unwesentlich überschritten (Überschreitung < 1 %). Weitere Analysen der schweizweit erbrachten Fallzahlen der GGR-Bevölkerung zeigten jedoch auf, dass die Erbringung der betroffenen Leistungen teilweise in Spitäler verschoben wird, welche nicht der Mengensteuerung unterliegen (vgl. VGD und GD 2025). Um die Wirksamkeit dieser Massnahme zu erhöhen, wäre ggf. eine Überarbeitung des Massnahmenkatalogs bzgl. Sanktionen angezeigt.

Zur Erreichung des «Mittleren Szenarios» resp. des damit verbundenen Abbaus der stationären Überinanspruchnahme akutsomatischer Leistungen werden folglich verschiedene Handlungsoptionen und deren Operationalisierung geprüft. Im Fokus stehen Massnahmen im Bereich der Preis-, Mengen- und Qualitätsregulierung, welche bspw. über Anreizsysteme oder Dialogformen implementiert werden können. Alle diese Massnahmen tragen dazu bei, die nicht erklärbare Varianz der Inanspruchnahme der GGR-Bevölkerung zu reduzieren und die Hospitalisierungsraten in den betroffenen SPLG dem Schweizer Schnitt anzunähern. Ein Blick auf die Entwicklung der demografischen Zusammensetzung der beiden Kantonsbevölkerungen zeigt zudem auf, dass die Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt tendenziell jünger wird, währenddem diejenige des Kantons Basel-Landschaft älter wird. Entsprechend scheint es angezeigt, dass die beiden Kantone womöglich zukünftig mit unterschiedlichen Instrumenten das bis anhin nicht genutzte Ambulantisierungspotenzial ausschöpfen.

Zusätzlich sind auch auf Bundesebene Veränderungen angestossen worden, welche diese Verlagerung unterstützen. Dies betrifft insbesondere die Änderungen der Abrechnungsstrukturen im ambulanten Bereich (Tardoc/Pauschalen) sowie die Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (E-FAS).

⁷² Die Leistungsgruppe KAR1.1 ist zwischen 2022 und 2023 angepasst und anders aufgeteilt worden. Entsprechend wird nur die Entwicklung der restlichen 16 SPLG beschrieben.



6 Akutsomatische Planung 2027 – Das weitere Vorgehen

Wie bereits in Kapitel 1 eingeführt, ist der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom 6. Februar 2018 betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung ([SGS 930.001](#); [SG 333.200](#)) seit dem 1. Juli 2019 in Kraft, womit eine rechtliche Grundlage, welche die Zusammenarbeit regelt, geschaffen worden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsvertrages streben die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt den Erlass von gleichlautenden Spitallisten an. Diese gleichlautenden Spitallisten ermöglichen die volle Patientenfreizügigkeit nach der in Kapitel 2.3 erläuterten Systematik des KVG. Die gleichlautenden Spitallisten traten erstmals per 1. Juli 2021 in Kraft. Der oben genannte Staatsvertrag definiert darüber hinaus die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit im stationären und ambulanten Bereich und führt die dazu notwendigen Planungsinstrumente ein.

Fünf Jahre nach Aufnahme der bikantonalen Zusammenarbeit und rund drei Jahre nach den ersten gleichlautenden Spitallisten per 1. Juli 2021 wurde eine Analyse zur Erreichung der Ziele und Wirkung der Massnahmen im Versorgungsbereich Akutsomatik durchgeführt. Für die Durchführung der Wirkungsanalyse gab es mehrere Gründe: Für die anstehende Spitalplanung im Bereich Akutsomatik sollten Erkenntnisse über vergangene Planungsmassnahmen gewonnen werden, um diese in die bevorstehenden Planungen einfließen lassen zu können. Weiter gab es politische Forderungen insbesondere des Landrats des Kantons Basel-Landschaft, welche eine Evaluation der GGR verlangten. Zudem hat die Fachkommission GGR bereits in ihrer Stellungnahme zur Spitalliste Akutsomatik 2021 darauf hingewiesen, dass die getroffenen Prognosen zukünftig überprüft werden sollten.

Mit der Wirkungsanalyse und dem vorliegenden Versorgungsplanungsbericht wird die Basis für die koordinierte Spitalplanung in der GGR gelegt. Eine Einordnung der Ergebnisse findet sich in Kapitel 6.1. Die Kapitel 6.3 und 6.4 legen die gemeinsamen Vergabekriterien fest und beschreiben deren individuelle Gewichtung durch die Kantone. Mit Kapitel 6.5 treffen die Kantone Aussagen zur geplanten indirekten Mengensteuerung. Die koordinierte Spitalplanung wird den unterschiedlichen Anforderungen der Vertragspartner gerecht und ermöglicht ein Höchstmass an Koordination der Versorgungsplanung innerhalb der GGR.

6.1 Einordnung der Ergebnisse des Versorgungsplanungsberichtes und der Wirkungsanalyse GGR

Um das weitere Vorgehen auf eine konkrete Basis abstützen zu können, haben die beiden Kantone eine Wirkungsanalyse, welche den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2023 analysiert, zu den gleichlautenden Spitallisten in der Akutmedizin durchgeführt. Die Wirkungsanalyse vom 17. Juni 2025 lässt den Schluss zu, dass die drei übergeordneten Ziele,

1. eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone,
2. eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
3. die langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

einen unterschiedlichen Zielerreichungsgrad aufweisen. Aus diesem Grund haben das GD und die VGD für die künftige gemeinsame Versorgungsplanung beschlossen, die übergeordneten Ziele 1 und 2 noch intensiver weiter zu verfolgen. Da der erwähnte Staatsvertrag über die stationäre Spitalversorgung hinausgeht, kann gesamthaft von einer erfolgreichen Zusammenarbeit auch im Rahmen

des Qualitätsmonitorings, der Umsetzung von AVOS (ambulant vor stationär) und der Umsetzung der Höchstzahlenverordnung für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich gesprochen werden.

Die Wirkungsanalyse untersuchte die Zielerreichung verschiedener Massnahmen im Rahmen des Staatsvertrages anhand quantitativer und qualitativer Analysen (vgl. [VGD](#) und [GD](#) 2025). Es wurden dabei Massnahmen analysiert, welche im Hinblick auf die drei übergeordneten Ziele der optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, der deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region (vgl. [Landratsgeschäft 2018/214](#) und [Grossratsgeschäft 18.0113](#)) getroffen wurden.

Hinsichtlich der Zielerreichung lassen sich folgende Aussagen treffen:

Ziel 1: Optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone

Das Ziel wird in Bezug auf die Reduktion der Überinanspruchnahme nicht erreicht. Positiv zu bewerten ist, dass die Versorgung über gleichlautende Spitallisten sichergestellt ist (92.6 Prozent der Bevölkerung lassen sich stationär in der GGR behandeln).

Mit den gleichlautenden Spitallisten konnte die Überinanspruchnahme nicht verringert werden.⁷³ Die effektive Inanspruchnahme lag im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2019 um 12.1 Prozent und im Kanton Basel-Stadt um 24.6 Prozent höher, als dies aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung zu erwarten gewesen wäre. Bis zum Jahr 2023 stieg die Überinanspruchnahme im Kanton Basel-Landschaft auf 14.6 Prozent, im Kanton Basel-Stadt auf 26.1 Prozent. Summarisch bleibt festzustellen, dass für die GGR die Überinanspruchnahme von stationären Leistungen in der Akutsomatik im Jahr 2023 rund 19 Prozent über dem Erwartungswert zu vergleichbaren Regionen in der Schweiz liegt.

Die Ergebnisse der Wirkungsanalyse GGR (Kapitel 5.7 und 5.8) weisen darauf hin, dass die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten 2021 zu einer messbaren Leistungskonzentration führte und das Instrument des Mengendialoges bisher als Steuerungsinstrument kaum Wirkung entfalten konnte.

Ziel 2: Deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich

Das Ziel wurde nicht erreicht. So sind die Kosten in der stationären Akutsomatik in der GGR stärker gestiegen als in der restlichen Schweiz und die Leistungskonzentration hat keinen Beitrag zu Dämpfung des Kostenwachstums in der GGR gegenüber der restlichen Schweiz geleistet, da sie in der Tendenz zu einer Verlagerung in teurere Strukturen führte.⁷⁴ Für den Kanton Basel-Landschaft wäre eine Kostendämpfung möglich, wenn das ermittelte Einsparpotenzial für die Baselbieter-Bevölkerung durch die Umsetzung differenzierter Spitallisten in Höhe von 8.5 bis 9.5 Mio. Franken (und für den Kanton Basel-Landschaft entsprechend 4.5 bis 5 Millionen Franken) realisiert würde.⁷⁵

Ziel 3: Langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der GRR

Das Ziel wird in der Tendenz erreicht, da die Leistungsaufträge im Bereich der Hochspezialisierten Medizin in der Region stabilisiert werden konnten (vgl. Kapitel 5.11 der Wirkungsanalyse GGR).

⁷³ Die Überinanspruchnahme von Spitalleistungen in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt hat gemäss der Wirkungsanalyse GGR (Kapitel 5.6) im schweizweiten Vergleich weiter zugenommen.

⁷⁴ Die Konzentration der Leistungsaufträge hat gemäss der Wirkungsanalyse GGR (Kapitel 5.9) die Fälle in bestimmten SPLG in Kliniken verlagert, welche höhere Spitaltarife aufweisen.

⁷⁵ Die gleichlautenden Spitallisten haben gemäss der Wirkungsanalyse GGR (Kapitel 5.14) für die Bevölkerung des Kanton Basel-Landschaft zu zusätzlichen Kosten geführt.



Des Weiteren zeigt die starke Verflechtung der beiden Partnerkantone auf, dass eine koordinierte Zusammenarbeit der Verwaltungen insbesondere in der spezialisierten Gesundheitsversorgung sinnvoll ist. Mit der Institutionalisierung der Zusammenarbeit mittels Staatsvertrags ist dieser Rahmen geschaffen. Für die Bevölkerung und die Leistungserbringer ist die gemeinsame Umsetzung der Versorgungsplanung sowie die enge Abstimmung bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wertvoll. Dies vermeidet administrative Doppelspurigkeiten und erhöht die Transparenz hinsichtlich der Vergleichbarkeit der stationären Leistungsangebote. So wurden neben der gemeinsamen Versorgungs- und Spitalplanung folgende Massnahmen innerhalb der GGR umgesetzt: Unter anderem sind in der Rehabilitation und der Psychiatrie Vereinheitlichungen der Nomenklatur in der Nordwestschweiz erreicht worden. Weiter ist bikantonal die Erstellung eines Psychiatriekonzepts umgesetzt worden, welches eine wichtige Grundlage für den Verlagerungsdialog darstellt. Zudem ist die Psychiatriekommission beider Basel etabliert worden und die Harmonisierung der Kriterien für die Vergabe von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) hat stattgefunden. Im Hinblick auf die Digitalisierung von Prozessen ist im Bereich der Rehabilitation das Bewerbungsverfahren erstmals mittels einer Bewerbungsplattform durchgeführt worden.

Unterschiedliche Ausgangslagen, gemeinsame Planung: Auch unter Berücksichtigung der starken Verflechtung verbleiben erhebliche Unterschiede und Herausforderungen in der und für die Gesundheitsversorgung der beiden Kantone. Dem mehrheitlich homogenen Stadtkanton mit einer hohen Bevölkerungsdichte steht ein heterogener Landkanton mit fünf Bezirken gegenüber, die sich hinsichtlich Bevölkerungsdichte und -verteilung erheblich unterscheiden. Auch im Hinblick auf die Alterung der Bevölkerung unterscheiden sich die Kantone. Währenddem die Zahl der älteren Menschen im Alter 75 und älter im Kanton Basel-Stadt in den nächsten 20 Jahre um 5'000 Personen resp. 23 Prozent ansteigt, ist der Anstieg im Kanton Basel-Landschaft deutlicher spürbar (+18'000 resp. +56 Prozent).

Die bestehenden Angebotsstrukturen unterscheiden sich zudem wesentlich: Während im Kanton Basel-Stadt die zentralen Strukturen der Spitäler auch eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung übernehmen (strategische Ausrichtung auf Spitalstrukturen), muss dies in einem Flächenkanton wie Basel-Landschaft anders organisiert werden. Dazu hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft im Jahr 2024 das Rahmenkonzept «Gesundheit BL 2030» verabschiedet (vgl. VGD 2024). Die Versorgungsstrategie «dezentral, ambulant, vernetzt» trägt den Herausforderungen des Flächenkantons Basel-Landschaft Rechnung.

Nicht zuletzt die besondere Rolle des USB für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt stellt eine Besonderheit in der Versorgung dar. Das USB übernimmt verschiedene Versorgungsfunktionen, zum einen als Anbieter hochspezialisierter Angebote für die Bevölkerung der Nordwestschweiz, zum anderen als Zentrumsspital für ein erweitertes Einzugsgebiet und nicht zuletzt als Stadtspital in der Grundversorgung für die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt. Der Kanton Basel-Stadt betrachtet aufgrund seiner Struktur und den Erfahrungen, welche während der COVID-19-Pandemie gemacht wurden, die Versorgungsrelevanz als eines der gewichtigsten Vergabekriterien.

Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Ausgangslagen und Schwerpunkte, welche in der Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen gesetzt wurden (z. B. Stadt-/Landkanton, zentral vs. dezentral, Gesundheit BL 2030 etc.), soll eine Differenzierung bei der Anwendung gewisser Vergabekriterien zur Erstellung der Spitalisten ermöglicht werden. Künftig werden gemeinsam der Bedarf

ermittelt und die Vergabekriterien definiert. Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte kann jedoch in einigen wenigen Punkten eine andere Gewichtung sowie Anwendung der Vergabekriterien erfolgen.

Trotz dieser notwendigen Differenzierung sind die beiden Kantone davon überzeugt, dass mit den drei übergeordneten Zielen, wovon die Ziele 1 und 2 noch verstärkt angestrebt werden sollen, eine weitere Optimierung der Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen erreicht werden kann.

Beide strategischen Ansätze können in koordinierten Spitallisten 2027 durch das Erschliessen von Synergien in der Planung und die Abbildung von differenzierten kantonalen Anforderungen in den Vergabekriterien berücksichtigt werden.

6.2 Ablauf des Bewerbungsverfahrens

Der Ablauf des Bewerbungsverfahrens zu den koordinierten Spitallisten 2027 ist gemäss Tabelle 20 vorgesehen:

Datum	Thema
Februar 2026	Publikation Versorgungsplanungsbericht und Start Bewerbungsverfahren; Publikation im Kantonsblatt BS, Amtsblatt BL
Ende März 2026	Abschluss Bewerbungsverfahren
April/Mai 2026	Evaluation und Analyse der Bewerbungen anhand der gemeinsamen Vergabekriterien
Mai bis Juni 2026	Erstellung der kantonalen koordinierten Spitallisten - Anwendung der Vergabekriterien
Juli/August 2026	Rechtliches Gehör inkl. Versand Entwurf Spitallisten
September bis November 2026	Erstellung der Unterlagen für die definitiven koordinierten Spitallisten
Dezember 2026	Verabschiedung der definitiven koordinierten Spitallisten durch die beiden Regierungen BS und BL
1. Januar 2027	Inkrafttreten der koordinierten Spitallisten

Tabelle 20 Ablauf Bewerbungsverfahren

Der Ablauf erfolgt zwischen beiden Kantonen koordiniert und möglichst zeitlich synchronisiert.

6.3 Gemeinsame Anforderungen und Vergabekriterien

Auf Grundlage der gemeinsamen Versorgungsplanung wenden die Partnerkantone im Rahmen der koordinierten Spitallisten GGR die nachfolgend definierten Kriterien an. Für die rechtlichen Grundlagen der Vergabekriterien wird auf Kapitel 1.1 verwiesen. Die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt pro Spitalstandort. Eine Definition dazu folgt im Unterkapitel 6.3.2.

6.3.1 Eignungskriterien zur Präqualifikation

Der Entscheid im Präqualifikationsverfahren stützt sich auf die vollständige Einreichung der Bewerbungsunterlagen. Die für die Zulassung verfügende Behörde kann zu den eingereichten Unterlagen weitere Auskünfte einfordern, ist dazu aber nicht verpflichtet. Verhandlungen werden nicht geführt. Die Unterlagen umfassen u. a. folgende Punkte:

- Nachweis einer Betriebsbewilligung;
- Auskünfte zur finanziellen Lage des Bewerberspitals (Bilanz und Erfolgsrechnung) sowie zur zukünftigen Investitionsstrategie und Bestätigung der Bereitschaft, das Reporting mit den Kantonen bilateral zu diskutieren;
- schriftliche Bestätigung, dass mengen- und umsatzzielabhängige Bonuszahlungen nicht geleistet werden;
- Nachweis zur Beteiligung an der ärztlichen/nicht-ärztlichen Aus- und Weiterbildung oder Zusicherung (Letter of Intent), sich künftig an dieser zu beteiligen. Möglichkeit von Verbundlösungen;
- Nachweis der konzeptionell erarbeiteten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung, u. a. schriftliches Qualitätsmanagementkonzept mit Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität oder Konzepte zur Hygiene und Infektiologie sowie zu CIRS (Critical Incident Reporting System);
- schriftliche Bestätigung zur Einhaltung der Chancengleichheit.

6.3.2 Definition Spitalstandort

Gemäss GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022 ist ein Spital (inkl. Geburtshaus) eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Spitäler im Sinne der Zulassungsbestimmung nach KVG können über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen oder Teil einer grösseren Einheit wie beispielsweise einer Anstalt, einer Kapitalgesellschaft oder einer Verwaltungseinheit sein. Damit eine Betriebseinheit im Rahmen der vorliegenden GDK-Empfehlungen als Spital qualifiziert werden kann, müssen mindestens folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

1. Ein Spital erbringt stationäre medizinische Leistungen und verfügt für die selbstständige Behandlung seiner Patientinnen und Patienten über die notwendigen betrieblichen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen;
2. Die am Spital tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals;
3. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist durch räumliche Kontinuität gewährleistet.

Die Leistungsaufträge verpflichten die Spitäler, alle im Leistungsauftrag definierten Leistungen im Rahmen ihrer Kapazitäten jederzeit für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erbringen zu können.

6.3.3 Vergabekriterien

Leistungsspezifische Anforderungen gemäss der SPLG-Systematik

Im Rahmen der koordinierten Spitalisten werden die leistungsspezifischen Anforderungen nach gültiger SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDK 2022b) zum Start des Bewerbungsverfahrens angewendet. Dies betrifft insbesondere die Mindestfallzahlen für ausgewählte SPLG, die Struktur- und Personalanforderungen sowie die erforderlichen Inhouse-Verknüpfungen zu anderen Leistungsaufträgen.

Für die Leistungsauftragsvergabe werden nur die die Mindestfallzahlen pro Spitalstandort ausgewertet. Die Mindestfallzahlen pro Operateur gemäss der SPLG-Systematik werden bei der Planung nicht berücksichtigt.

Als Grundlage für die Berechnung der Mindestfallzahlen pro Spital dient die MedStat des Datenjahres 2023 (vgl. Kapitel 2) gemäss dem Anwenderhandbuch SPLG-Grouper GD Zürich, Version 2023.

Bedarfsdeckung

Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung (vgl. GDK-Empfehlung 2e) und ebenso die ausserkantonalen Patientenströme (Vgl. GDK-Empfehlung 2a) gedeckt bzw. berücksichtigt werden. Der ermittelte Bedarf pro SPLG ergibt sich auf Grundlage der Bedarfsanalyse/-prognose des vorliegenden Versorgungsplanungsberichtes (Kapitel 4.1 und 4.2). Die GDK empfiehlt eine Mindestabdeckung durch die kantonale Spitalliste von 80 Prozent der bedarfsgerechten Leistungsmenge.

Soweit die ermittelte Inanspruchnahme +/- fünf Prozent um eine optimale Versorgung von 100 Prozent schwankt, gehen die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt von einer bedarfsgerechten Versorgung aus. Überschreitet der Versorgungsgrad diese Spanne, ist von einer Überabdeckung auszugehen (für die GGR gesamthaft bei 119 Prozent). In diesem Fall orientieren sich die Kantone am ermittelten Bedarf pro SPLG.

Versorgungsrelevanz

Gemäss den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung wird unter der Empfehlung 2c festgehalten, dass ein innerkantonales Spital mit einer Deckung des Bedarfs innerhalb einer Leistungsgruppe mit einem Anteil dieses Spitals von fünf Prozent und mehr als versorgungsrelevant betrachtet werden kann.

Bei ausserkantonalen Spitälern wird unter dem Punkt 2d der GDK-Empfehlungen festgehalten, dass ein ausserkantonales Spital mit einer Deckung des Bedarfs innerhalb einer Leistungsgruppe mit einem Anteil dieses Spitals von zehn Prozent und mehr als versorgungsrelevant betrachtet werden kann.

Wirtschaftlichkeit

Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen ist die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung zu berücksichtigen. Dazu müssen die Kantone eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Betriebsvergleiche vornehmen. Basis einer solchen Wirtschaftlichkeitsprüfung bildet ein Effizienzvergleich und damit in der Regel ein Vergleich der schwergradbereinigten (Fall-)Kosten. Angewendet wird das Vorgehen basierend auf den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18. Mai 2018 bzw. 27. Juni 2019.



Gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV sind die Kantone verpflichtet, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Diese Effizienz wird anhand von schweregradbereinigten Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern gemäss Art. 58d Abs. 1 KVV beurteilt. Die Datengrundlage bildet der Kostendatenaustausch der GDK, welcher auch in die Publikation der Fallkosten des BAG einfließt. Für den Vergleich werden die benchmarking-relevanten Fallkosten eines Datenjahres aller Leistungserbringer berücksichtigt, die sich für einen Leistungsauftrag in der Planungsregion bewerben. Die Evaluation erfolgt grundsätzlich auf Spitalstandortebene.

Zusätzlich kann die wirtschaftliche Stabilität als Kriterium berücksichtigt werden. Dabei können insbesondere Finanz- und Investitionskennzahlen herangezogen werden, wie etwa der EBITDAR, welcher als Indikator für die operative Profitabilität ohne Berücksichtigung von Mieten und Abschreibungen dient, sowie die Eigenkapitalquote (EKQ), die Aufschluss über die finanzielle Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern gibt. Ergänzend werden Bilanz, Erfolgsrechnung und das Testat der Finanzrevision als unabhängige und objektive Bewertung der Finanzlage berücksichtigt.

Im Weiteren kann neben den ausgewiesenen Kosten der einzelnen Betriebe auch das prospektive Optimierungspotenzial, das mit der Konzentration zusammenhängender Leistungsbereiche auf eine reduzierte Zahl von Leistungserbringern erreicht werden kann, angemessen berücksichtigt werden.

Qualität

Zur Beurteilung der Qualität der Einrichtungen kann der Kanton von den Spitälern und Geburtshäusern eine Selbstdeklaration einfordern, mit welcher diese bestätigen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58d Abs. 2 KVV erfüllen. Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen kann der Kanton leistungsspezifische Auflagen formulieren, die der Struktur- und Prozessqualität dienen, z. B. die spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur und die Personaldotation, die sich für die Erbringung bestimmter Leistungen stellen. Er kann die Erteilung des jeweiligen leistungsbezogenen Auftrags von der Erfüllung dieser Anforderungen abhängig machen. Die Anforderungen bzw. Auflagen gelten pro Standort. Die Kantone können im Rahmen der Qualitätssicherung weitere Vorgaben betreffend die erforderlichen Auflagen zur Qualitätssicherung, zum Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität und der qualitätssichernden Massnahmen festhalten. Die Kantone verpflichten im kantonalen Leistungsauftrag die Spitäler, an den durch den "Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" (ANQ) koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Die spitalindividuellen Ergebnisse werden vom ANQ nach den vom Verein definierten Grundsätzen publiziert. Die Kantone können die Spitäler verpflichten, an weiteren kantonalen oder nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen und weitergehende Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit umzusetzen. Ebenso können die Kantone Vorgaben zum Aufbau des internen oder externen Qualitätsmanagements formulieren. Die Kantone verpflichten die Spitäler im Bereich der Akutsomatik, die von Swissnoso für Schweizer Akutspitäler publizierten strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten einzuhalten. Bei Nichteinhaltung kann der Kanton angemessene Sanktionen ergreifen.

Erreichbarkeit

Die Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV) wird gewährleistet. Bei der Evaluation der Erreichbarkeit kann der Kanton einerseits zwischen Leistungen der Grund- und der Notfallversorgung sowie der Spezialversorgung und andererseits zwischen den Versorgungsbereichen

Akutsomatik, Psychiatrie sowie Rehabilitation angemessen differenzieren. Für die Notfallversorgung gelten die IVR-Richtlinien von Alarmierung bis Eintreffen der Rettungsmittel innerhalb 15 Minuten in 90 Prozent der Fälle.

6.4 Differenzierte Anwendung der Vergabekriterien

Auf die unterschiedlichen Ausgangssituationen und Herausforderungen (Stadt-, Landkanton, zentral vs. dezentral, Gesundheit BL 2030 etc.) reagieren die Partnerkantone mit differenzierten Strategien. Künftig werden zwar gemeinsam der Bedarf ermittelt und auch die Vergabekriterien gemeinsam definiert, doch aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte wird teilweise eine andere Gewichtung und Anwendung erfolgen. Die abweichenden Strategien können sich in einer unterschiedlichen Anwendung von Vergabekriterien niederschlagen. Diese finden getrennt nach Kanton bei der Erstellung der koordinierten kantonalen Spitallisten ihre Anwendung.

6.4.1 Kanton Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt wird die oben beschriebenen Kriterien bei Start des Bewerbungsverfahrens konkretisieren und detaillierte Bewerbungsanforderungen und Nachweise publizieren. Er behält sich vor, ergänzend weitere Kriterien wie beispielsweise Lehre und Forschung und ärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen.

6.4.2 Kanton Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft wendet die Vergabekriterien gemäss Art. 58a ff. KVV (insbesondere Art. 58b KVV) in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG zur Vergabe der Leistungsaufträge für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Basel-Landschaft an.

Eine Spitalplanung ist gemäss Verständnis Basel-Landschaft dann bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung innerhalb der gesamten Planungsregion (hier: GGR BS/BL) gedeckt wird (vgl. GDK-Empfehlung 2e). Der Kanton Basel-Landschaft berücksichtigt dabei die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Die Vergabekriterien des Kantons Basel-Landschaft werden wie folgt angewendet:

Anwendung der Vergabekriterien zur Spitalliste im Kanton Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft vergibt einen Leistungsauftrag an die Leistungserbringer, welche nach Berücksichtigung der leistungsspezifischen Anforderungen gemäss SPLG-Systematik, der Qualität, der Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit benötigt werden, um den Bedarf zu decken. Das Vergabekriterium «Bedarfsdeckung» wird anhand der Wirtschaftlichkeit beurteilt, d. h. eine Vergabe erfolgt entlang des genannten Benchmarks ([Publikation der Fallkosten der Spitäler des BAG](#) (derzeit 2023)). Leistungserbringer mit niedrigen Fallkosten erhalten entlang des Benchmarks prioritär den Leistungsauftrag unabhängig von deren Anteil an der Versorgung in der Vergangenheit («Versorgungsrelevanz»). Die Betrachtung erfolgt pro SPLG.



6.5 Mengensteuerung

6.5.1 Allgemein

Gemäss GDK-Empfehlung bezieht sich eine direkte Mengensteuerung auf die Anzahl Fälle und/oder die Fallschwere. Der Kanton kann im Rahmen des Leistungsauftrags die Anzahl Fälle für bestimmte Leistungskategorien limitieren. Eine indirekte Mengensteuerung kann Kapazitäten und Ausrüstung limitieren oder die Vergütung in Form eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG beschränken. Die Kantone behalten sich vor, eine entsprechende Mengensteuerung einzuführen, soweit die bedarfsgerechte Versorgung gefährdet ist. Die Anwendung der Mengensteuerung kann in Verknüpfung mit der Anwendung des Vergabekriteriums «Wirtschaftlichkeit» erfolgen.

6.5.2 Indirekte Mengensteuerung mittels Globalbudget gemäss Art. 51 KVG für einzelne Leistungsgruppen

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft prüfen spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten und behalten sich vor, zusätzliche Instrumente der Mengensteuerung gemäss [GDK-Empfehlung 8d](#) einzusetzen. Eine indirekte Mengensteuerung kann Kapazitäten und Ausrüstung limitieren oder die Vergütung in Form eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG beschränken.

Die daraus abgeleiteten Massnahmen und Beschränkungen von Leistungsmengen sollen dann in die koordinierten Spitallisten bzw. die entsprechenden Leistungsaufträge aufgenommen werden. Im Leistungsauftrag können bei der indirekten Mengensteuerung die Folgen bei Überschreiten der festgelegten Planungswerte definiert werden.



7 Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Kopetsch, T., und Schmitz, H. (2013). What accounts for the regional differences in the utilisation of hospitals in Germany? *The European Journal of Health Economics*, 14 (4), 615-627.

BAG (2024). Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). [Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#) (abgerufen am 25.06.2025).

Brunner, B., Wieser, S., Maurer, M., Stucki, M., Nemitz, J., Schmidt, M., Brack, Z., Lenzin, G., Trageser, J., von Stokar, T., Gschwend, E. und Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen: Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und INFRAS.

Cutler, D. M., und Sheiner, L. (1999). The geography of Medicare. *American Economic Review*, 89 (2), 228-233.

Diener, V., Blankart, R., Busse, R., Or, Z., Jeurissen, P., von Castelberg, B., Conen, D., Egli, Y., Locher, H., Slembeck, T., Meierhans, S., Gaillard, S., Scheidegger, E. und Jordi, M. (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Bericht der Expertengruppe.

Füglister-Dousse, S., Fischer, F. B., Spiess, M., Tuch, A., Roth, S. und Jörg, R. (2024). Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.

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

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

Hess, S., Eichler, K. und Brügger, U. (2009). Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

Hess, S., Eichler, K. und Twerenbold, C. (2016). Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

HSM-Beschlussorgan (2023). Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie – Funktionelle Neurochirurgie. [Beschluss zu SPLG NEU4.2](#) (abgerufen am 31.01.2024).

HSM-Beschlussorgan (2024). Reevaluation, Behandlung von Schwerverletzten, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht. [Reevaluation, Behandlung von Schwerverletzten, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht](#) (abgerufen am 22.10.2025)

Jörg, R. und Fischer, F. B. (2024a). Spitalplanung 2025-2034 Kanton Solothurn. Versorgungsbericht zur stationären Rehabilitation. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.

Jörg, R., Kaiser, B., Tuch, A. und Widmer, M. (2024b). Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der



ambulanten ärztlichen Versorgung (Obsan Bericht 16/2024). Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

GDK (2022a). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022. [Revidierte GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung](#) (abgerufen am 12.05.2025).

GDK (2022b). Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik. [GDK: Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik](#) (abgerufen am 23.04.2025).

Obsan (2023). Obsan Rapport 04/2023 «Deutscher Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe: Inhalt, Volumen und ambulanter Anteil in der Schweiz». [Obsan Rapport 04/2023](#) (abgerufen am 05.02.2025).

Obsan (2024). Abgrenzung und Falldefinition. [Abgrenzung und Falldefinition](#) (abgerufen am 25.01.2024).

Obsan (2025). Obsan Rapport 01/2025 L'ambulatoire avant le stationnaire Actualisation 2023 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). [Obsan Rapport 01/2025](#) (abgerufen am 16.05.2025).

Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft (2018). Vorlage an den Landrat Partnerschaftliches Geschäft Betreffend Genehmigung des Staatsvertrages zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung sowie Genehmigung des Spitalversorgungsgesetzes.

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (2018). Ratschlag zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung.

Sheldon, T. A., Smith, G. D. und Bevon, G. (1993). Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS. *British Medical Journal*, 306, 835-839.

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

Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt (2020). Grundausswertung Bevölkerungsbefragung 2019.

VGD (2024). Gesundheit BL 2030. Rahmenkonzept.

VGD und GD (2019). Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung.

VGD und GD (2022). Versorgungsplanungsbericht 2022: Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung.

VGD und GD (2023). Versorgungsplanungsbericht 2023: Gemeinsame Gesundheitsregion – Rehabilitation.

VGD und GD (2025). Wirkungsanalyse GGR.

Wehrli, R. (2015). Bedarfsprognose HSM: Teilbericht Methodik. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.



8 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Aargau
AIC	Akaike-Informationskriterium
Art.	Artikel
AVOS	ambulant vor stationär
BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Basel-Landschaft
BS	Basel-Stadt
bspw.	beispielsweise
Bst.	Buchstabe
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
ca.	circa
CH	Schweiz
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
d. h.	das heisst
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär
ff.	fortfolgend / auf den nächsten Seiten
GD	Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ggf.	gegebenenfalls
GGR	Gemeinsame Gesundheitsregion
HSM	hochspezialisierte Medizin
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
inkl.	inklusive
IV	Invalidenversicherung
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
JU	Jura
KAR	Kardiologie
KSBL	Kantonsspital Baselland
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung



KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
Mio.	Million
MS-Region	MedStat-Region
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PLZ	Postleitzahl
resp.	respektive
S.	Seite
SO	Solothurn
SPLB	Spitalplanungsleistungsbereich
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppe
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
u. a.	unter anderem
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
USB	Universitätsspital Basel
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VGD	Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
vgl.	vergleiche
VPB	Versorgungsplanungsbericht
ZH	Zürich
z. B.	zum Beispiel



9 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung Z.1 Prognostizierte Entwicklung der Fälle in der GGR bis 2035, Fallzahlen 2023 entsprechen den tatsächlich beobachteten Fallzahlen, alle Alterskategorien, Wachstumsraten zwischen den Jahren 2023 und 2035
- Abbildung 1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess
- Abbildung 2 Modell der Bedarfsanalyse
- Abbildung 3 Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage
- Abbildung 4 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells
- Abbildung 5 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur
- Abbildung 6 Beobachtete und prognostizierte ständige Wohnbevölkerung der GGR, 2015-2035
- Abbildung 7 Bevölkerungsentwicklung einzelner Altersgruppen in der GGR bis 2035, Referenzszenario
- Abbildung 8 Entwicklung der Hospitalisierungen, Pflgetage, Bevölkerung, Hospitalisierungsrate und Mittlere Aufenthaltsdauer pro Patientin resp. Patient, Wohnbevölkerung GGR
- Abbildung 9 Patientenströme stationäre Fälle GGR Akutsomatik 2023
- Abbildung 10 Patientenströme stationäre Fälle Kanton Basel-Landschaft Akutsomatik 2023
- Abbildung 11 Patientenströme stationäre Fälle Kanton Basel-Stadt Akutsomatik 2023
- Abbildung 12 Übersicht der Spitalstandorte mit Leistungsauftrag zu stationären akutsomatischen Behandlungen in der GGR im Jahr 2023
- Abbildung 13 Pro-Kopf Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen im Vergleich, basierend auf der Anzahl versicherte Personen, Datenjahr 2023
- Abbildung 14 Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, in der GGR (Standort) erbracht bzw. von der GGR-Bevölkerung bezogen (Wohnort), Datenjahr 2023
- Abbildung 15 Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, im Kanton Basel-Stadt (Standort) erbracht bzw. von der basel-städtischen Bevölkerung bezogen (Wohnort), Datenjahr 2023
- Abbildung 16 Taxpunkte für praxisambulante und spitalambulante Leistungen, im Kanton Basel-Landschaft (Standort) erbracht bzw. von der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft bezogen (Wohnort), Datenjahr 2023
- Abbildung 17 Prognostizierte Entwicklung der Fälle in der GGR bis 2035, Fallzahlen 2023 entsprechen den tatsächlich beobachteten Fallzahlen, alle Alterskategorien, Wachstumsraten zwischen den Jahren 2023 und 2035



- Abbildung 18 Prognostizierte Entwicklung der Pflage-tage in der GGR bis 2035, Wachstumsraten zwischen den Jahren Ist und 2035, Ist = Durchschnitt der Jahre 2019, 2022 und 2023
- Abbildung 19 Prognostizierte Fallzahlen gemäss *Versorgungsplanungsbericht 2019* und beobachtete Fallzahlen der GGR Wohnbevölkerung, Datenjahre 2016-2024
- Abbildung 20 Übersicht Vergabe Leistungsauftrag Kanton Basel-Stadt



10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Leistungsbereiche und -gruppen basierend auf Zürcher Nomenklatur 2023.1 per 1. Januar 2023, Fallzahlen der GGR-Bevölkerung von 2023
Tabelle 2	Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung
Tabelle 3	Annahmen zu den Szenarien für die Bedarfsprognose Akutsomatik
Tabelle 4	Bevölkerungszahl, Fallzahlen, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD pro Patientin resp. Patient, Wohnbevölkerung GGR, Datenjahre 2017 und 2023
Tabelle 5	Fallzahlen, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD pro Patientin resp. Patient, Wohnbevölkerung GGR und der restlichen Schweiz, Datenjahr 2023
Tabelle 6	Fallzahlen, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD pro Patientin resp. Patient, Wohnbevölkerung GGR nach Altersgruppen, Datenjahr 2023
Tabelle 7	Fallzahlen, Pfl egetage, Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner) und MAHD der Wohnbevölkerung GGR nach Altersgruppen, Datenjahr 2023
Tabelle 8	Geografische Abdeckung der stationären Behandlungen der GGR-Bevölkerung pro SPLB, Datenjahr 2023
Tabelle 9	Anteile der Wohnkantone an stationären Behandlungen pro SPLB in Spitälern der GGR, Gesamtbevölkerung, Datenjahr 2023
Tabelle 10	Abdeckungsgrad, Datenjahr 2023
Tabelle 11	Erreichbarkeit der GGR-Notfallstationen, Datenjahr 2023
Tabelle 12	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen über 18 Jahre, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 3
Tabelle 13	Ergebnisübersicht Pfl egetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen über 18 Jahre, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 3
Tabelle 14	Ergebnisübersicht Fälle Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen unter 18 Jahren, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 5
Tabelle 15	Ergebnisübersicht Pfl egetage Bedarfsanalyse Akutsomatik für die Jahre 2019, 2022 und 2023, Personen unter 18 Jahren, Darstellung der SPLB sowie das Total aller SPLB, Spezifikation 5
Tabelle 16	Prognose Akutsomatik, Fälle der Personen über 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023



Tabelle 17	Prognose Akutsomatik, Fälle der Personen unter 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023
Tabelle 18	Prognose Akutsomatik, Pflage tage der Personen über 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023
Tabelle 19	Prognose Akutsomatik, Pflage tage der Personen unter 18 Jahren, «Mittleres Szenario», Ist = 2023
Tabelle 20	Ablauf Bewerbungsverfahren
Tabelle A.1	Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse
Tabelle A.2	Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2035, alle Szenarien

11 Anhang

Gruppe von Kontrollvariablen	0-17	18 und älter
Alter	Einwohner/innen im Alter von 0 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 0 Jahren
	Einwohner/innen im Alter über 0 Jahren bis 17 Jahre	Einwohner/innen im Alter von 18 oder mehr Jahren
	Einwohner/innen im Alter von 14 bis 17 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 65 bis 79 Jahren Einwohner/innen im Alter von 80 Jahren und älter
Geschlecht	Männliche Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 18 oder mehr Jahren Weibliche Einwohnerinnen im Alter von 20 bis 44 Jahren
Herkunft	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 0 bis 17 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 18 oder mehr Jahren
Ein-Personen-Haushalte	Anzahl Ein-Personen-Haushalte	
Haushaltsgrösse	Durchschnittliche Haushaltsgrösse	
Franchise	Anzahl Personenjahre in Krankenversicherung mit Franchise = 0	Anzahl Personenjahre in Krankenversicherung mit Franchise ≤ 500

Tabelle A.1 Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse

Szenario	Jahreszahl	Altersgruppen in Jahren					Total
		0-17	18-39	40-64	64-79	über 80	
«Tiefes Szenario»	2023	84'335	133'381	173'322	73'149	34'681	498'868
	2027	82'863	129'717	173'283	76'728	37'652	500'243
	2031	80'343	126'762	171'542	81'804	39'703	500'154
	2035	76'663	125'349	170'371	84'906	40'925	498'214
	Veränderung 2023 bis 2035	-9.1 %	-6.0 %	-1.7 %	16.1 %	18.0 %	-0.1 %
«Hohes Szenario»	2023	84'335	133'381	173'322	73'149	34'681	498'868
	2027	87'657	135'533	175'153	77'069	39'482	514'894
	2031	90'434	137'710	176'559	82'609	43'811	531'123
	2035	91'902	139'533	179'213	86'434	47'415	544'497
	Veränderung 2023 bis 2035	9.0 %	4.6 %	3.4 %	18.2 %	36.7 %	9.1 %
«Referenz-Szenario»	2023	84'335	133'381	173'322	73'149	34'681	498'868
	2027	85'299	132'634	174'220	76'930	38'555	507'638
	2031	85'428	132'289	174'048	82'254	41'727	515'746
	2035	84'348	132'497	174'802	85'720	44'073	521'440
	Veränderung 2023 bis 2035	0.0 %	-0.7 %	0.9 %	17.2 %	27.1 %	4.5 %

Tabelle A.2 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2035, alle Szenarien, Daten 2023 entsprechend den beobachteten Werten (Bevölkerungsszenarien BFS, STATPOP BFS, eigene Berechnungen)