

college



Projektbericht

Projekt MeGOS

Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saanenland

PD Dr. Peter Berchtold
Dr. Christof Schmitz
Claudia Berlin
Prof. Dr. André Busato

30.1.2014

Inhalt

Executive Summary	3
1 Einleitung	5
1.1 Ambulante periphere Versorgung.....	6
1.2 Stationäre periphere Versorgung	7
2 Forschungsfragen Teilprojekt „Grundlagen“	8
3 Methodik	9
3.1 Datenanalyse Leistungsanspruchnahme	9
3.2 Experteninterviews	10
4 Ergebnisse	12
4.1 Ambulante Leistungsanspruchnahme	12
4.2 Stationäre Leistungsanspruchnahme.....	14
4.3 Versorgungsfunktionen peripherer Spitäler	18
4.4 Anforderungen und Erfolgsfaktoren periphere Versorgung.....	21
5 Synthese	23
6 Literatur	27

EXECUTIVE SUMMARY

Vor dem Hintergrund der sich verändernden Gesundheits- und Krankheitsversorgung in ländlichen Regionen hatte das vorliegende Projekt zum Ziel, die ambulanten und stationären Leistungsanspruchnahmen im Obersimmental-Saanenland und das Verhalten der Patienten bzw. der Bevölkerung zu charakterisieren. Um diese Befunde besser einordnen zu können, wurden dazugehörige urbane Regionen (Thun) sowie vergleichbare periphere Regionen (Unterengadin, Münstertal) untersucht. Darüber hinaus wurden die Versorgungsfunktionen der peripheren Spitäler in diesen Regionen sowie Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der ambulanten und stationären Grundversorgung und Unterschiede zwischen den untersuchten Regionen evaluiert.

Die Auswertungen der ambulanten und stationären Leistungsanspruchnahmen zeigen, dass Patienten in peripheren Regionen im Bereich der Grundversorgung grossmehrheitlich und angemessen das lokale Leistungsangebot nutzen: bei den hausärztlichen Konsultationen waren das rund 90%, während von den stationären Behandlungen im Rahmen des SPG Basispakets rund 2/3 der Fälle bzw. 50-60% der Kostengewichte im peripheren Spital in der Wohnortregion betreut wurden. Mit anderen Worten hält ein Grossteil der Bevölkerung jenen Teilen der lokalen ambulanten und stationären Versorgung die Treue, welche im engeren Sinne versorgungsnotwendig sind. Bemerkenswert ist zudem, dass die lokale Leistungsanspruchnahme bei Geburtshilfe und Neonatologie noch höher liegt, indem rund 80% der Neugeborenen im wohnortnahen peripheren Spital entbunden werden. Wir interpretieren diese Ergebnisse im Sinne einer „angemessenen“ Abwanderung, das heisst, dass Patienten in ländlichen Gegenden speziell dann weg vom lokalen Angebot wechseln, wenn die Art der Erkrankung dies tendenziell auch opportun erscheinen lässt.

Bezüglich der Versorgungs-Funktionen peripherer Spitäler zeigen die Ergebnisse, dass 2011 zwischen drei Viertel und fünf Sechstel aller Hospitalisationen der untersuchten peripheren Spitäler auf das (obligatorische) Basispaket und Geburtshilfe entfielen. Bemerkenswert sind die unterschiedlichen Bandbreiten der übrigen Leistungsbereiche der vier peripheren Häuser. Mit 19 Leistungsbereichen bzw. 28 Leistungsgruppen wies das Spital Zweisimmen das grösste Spektrum auf, während die übrigen Spitäler eine ähnliche Bandbreite zeigten (Spital Saanen: 13 Leistungsbereiche bzw. 20 Leistungsgruppen, Ospital Scuol: 13 Leistungsbereiche bzw. 23 Leistungsgruppen, Spital Samedan: 14 Leistungsbereichen bzw. 23 Leistungsgruppen). Für ein Spital, seine Patientenbetreuung, Betriebswirtschaft und Management ist die Bandbreite der Leistungsbereiche relevant, weil Leistungsbereiche ihre je eigenen Fachkompetenzen und klinischen Abläufe aufweisen und entsprechende personelle wie infrastrukturelle Anforderungen stellen. Je breiter diese Anforderungen ausfallen, desto grösser werden die Auswirkungen wie auch die Risiken für Führung und Betrieb dieser Häuser sein.

Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Spital-Führung wie zur Gewährleistung einer funktionierenden regionalen Gesundheitsversorgung scheint eine übereinstimmende Klarheit unter den Akteuren zu sein, was im Spital bzw. der Region angeboten wird und was für die Region notwendig und sinnvoll ist. In den Interviews, die wir mit verschiedenen Akteuren in allen Regionen führten, fanden wir eine solche übereinstimmende Klarheit im Unterengadin und Münstertal. Im Gegensatz dazu war in

der Region Saanenland-Obersimmental-Thun eine erhebliche Bandbreite an Meinungen über ein erfolgversprechendes stationäres Leistungsangebot in Zweisimmen wie auch an Annahmen über die Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung in dieser Region festzustellen. Insbesondere die Bandbreite zum Spital Zweisimmen reichte von der Meinung, dass die Idee eines „Spitals“ im gegenwärtigen Sinn aufzugeben wäre bis zur Ansicht, dass das aktuelle Angebot angemessen und ausbaufähig sei.

Zusammenfassend sind aus den Ergebnissen dieses Projekts vier Aspekte hervorzuheben: (1) Seitens der Bevölkerung in den peripheren Regionen finden wir die stärkste Treue zum lokalen Angebot in den Leistungsbereichen der Grundversorgung (Basispaket, Geburtshilfe), d.h. in den für diese Regionen versorgungsnotwendigen Bereichen. (2) In Übereinstimmung dazu bestehen die Leistungsspektren der untersuchten peripheren Spitäler zu drei Viertel bis fünf Sechstel aus dem (obligatorischen) Basispaket und Geburtshilfe. Gleichzeitig bestehen bedeutsame Unterschiede zwischen den einzelnen peripheren Häusern, insbesondere was die Bandbreite des übrigen Leistungsspektrums betrifft. Im Gegensatz zum Spital Zweisimmen zeigten die peripheren Bündner Spitäler kleinere Leistungsbandbreiten. (3) Im Gegensatz zu den Berner Regionen finden wir unter den Akteuren der beiden Bündner Regionen eine übereinstimmende Klarheit, was im Spital bzw. der Region angeboten wird und was für die Region notwendig und sinnvoll ist. (4) Das Leistungsangebotsspektrum von Spitälern kann nicht nur aufgrund von Fallzahl- und Vergütungsvolumen festgelegt werden, sondern benötigt eine differenzierende und priorisierende Herangehensweise, welche zwischen Leistungsbereichen unterscheidet, welche zwingend anzubieten sind, und solchen, welche mit tieferer Priorität angeboten werden könnten.

1 EINLEITUNG

Die Gesundheits- und Krankheitsversorgung in ländlichen Regionen verändert sich zunehmend. Die Gründe dafür liegen nicht zuletzt in den Entwicklungen der Medizin selbst: neues Wissen und neue Technologien erschliessen neue Therapiemöglichkeiten für mehr Krankheiten und mehr Patienten. Die neuen Kenntnisse und Technologien haben mehr Spezialisierung zur Folge, die in Versorgungsnetzen nicht beliebig verteilt und multipliziert werden kann. Damit vergrössert sich das Risiko eines zunehmenden Auseinanderklaffens zwischen den zentralen und peripheren Behandlungsmöglichkeiten und damit der Versorgung in urbanen und peripheren Regionen. Bereits die allgemeine Verteilung der Gesundheitsfachpersonen zeigt das: mehr als drei Viertel der Ärzte und 60% der Pflegenden arbeiten weltweit in städtischen Versorgungseinrichtungen (WHO 2006). Unterstützt wird diese Entwicklung hin zur Spezialisierung durch die ärztliche Aus- und Weiterbildung, welche sich traditionell stark auf die akademische Medizin ausrichtete und damit die Karriereentscheide junger Mediziner beeinflusste. Die Konsequenz: wenig Grundversorger, viele spezialisierte Ärzte (Barer und Stoddart, 1992). Die Situation der Schweiz mag im internationalen Vergleich noch vorteilhaft sein und gleichzeitig kam ein Monitoring der ärztlichen Versorgungssituation im Kanton Bern bereits 2010 zum Schluss, dass der Spagat zwischen städtischer Überversorgung und peripherer Mangelsituation zunehmend gefährlich wird (Bieri, 2010). Von dieser Entwicklung ist sowohl die ambulante wie die stationäre Versorgung betroffen.

Regionale Gesundheitsversorgung ist aber nicht nur aus der Perspektive der Leistungserbringung bzw. der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu betrachten, sondern auch in ihrem Beitrag zu einer regionalen Wertschöpfung (Holmes, 2006). Das Gesundheits- und Sozialwesen im Kanton Bern ist gemessen an den Beschäftigtenzahlen einer der bedeutendsten Wirtschaftszweige (beco, 2013). Dasselbe gilt auch für periphere Regionen wie das Berner Oberland, wo rund 15% der Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen eine Beschäftigung finden, deutlich mehr als beispielsweise im zweitplatzierten Gastgewerbe mit rund 11% der Beschäftigten. Oder in den markigen Worten eines Geschäftsleitungsmitglieds eines peripheren Kleinspitals ausgedrückt: „die Schliessung unseres Spitals ist der erste Schritt zur Renaturierung unseres Tals“.

Das vorliegende Projekt analysiert die periphere Versorgung im Obersimmental-Saanenland des Kantons Bern und vergleichend im Münstertal bzw. Unterengadin des Kantons Graubünden. Die Bevölkerungsstruktur in diesen Regionen ist in den Regionen Saanenland und Unterengadin von einem tieferen Altersquotienten und einem grösseren Anteil ausländischer Wohnbevölkerung gegenüber den Regionen Obersimmental und Münstertal gekennzeichnet. (Tab. 1).

Tab. 1: Bevölkerungsstruktur 2011

REGION	ANZAHL EINWOHN.	% <20 JAHRE	% 20-64 JAHRE	% >64 JAHRE	JUGEND-QUOTIENT ¹⁾	ALTERS-QUOTIENT ²⁾	% AUSLÄND. EINWOHN.
Niedersimmental	7906	21.60%	59.20%	19.20%	36.40%	32.50%	5.2%
Saanenland	8696	20.00%	62.40%	17.60%	32.00%	28.20%	22.6%
Obersimmental	8130	19.20%	59.30%	21.50%	32.50%	36.30%	10.0%
Unterengadin	8'024	19.50%	62.10%	18.40%	31.40%	29.60%	19.2%

Münstertal	1'552	17.10%	60.10%	22.80%	28.50%	38.00%	6.3%
KANTON BERN	98'5046	19.60%	61.30%	19.10%	31.90%	31.20%	13.7%
KANTON GRAUBÜNDEN	193'388	19.20%	62.40%	18.40%	30.70%	29.40%	17.0%
SCHWEIZ	7'954'662	20.65%	62.19%	17.16%	33.20%	27.60%	22.8%

¹⁾ Jugendquotient: Verhältnis der 0-19-jährigen zu den 20-64-jährigen Personen

²⁾ Altersquotient: Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20-64-jährigen Personen

1.1 Ambulante periphere Versorgung

Auch wenn wir in der Schweiz wie in vielen anderen Ländern (noch) keine Bedarfsanalyse bzw. -Planung von Fachressourcen kennen, lässt sich kaum bestreiten, dass vor allem in ländlichen Regionen in naher Zukunft Versorgungslücken zu erwarten und manche Kantone schon heute damit konfrontiert sind (GDK, 2011). Die zentrale Frage dazu ist allerdings, ob diese Situation durch einen Mangel an Fachkräften, deren Fehlverteilung oder ein ineffektives Zusammenwirken zwischen den verschiedenen Leistungsanbietenden hervorgerufen wird. Diese Frage ist deshalb zentral, weil die entsprechenden Optimierungsansätze offenkundig sehr unterschiedlich sind. In allen westlichen Gesundheitssystemen herrscht heute die Meinung vor, dass wir in erster Linie mit einer fachlichen Fehlverteilung und einer ungenügenden Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietenden konfrontiert sind (Knieps, 2012).

Tabellen 2 und 3 zeigen das ambulante Leistungsangebot in den untersuchten Regionen, den Kantonen Bern und Graubünden und der Schweiz bzw. deren Entwicklung über die vergangenen 5 Jahre. Auffallend dabei ist der (erwartete) Unterschied der Facharztverteilung in den Regionen und im Schweizer Vergleich.

Tab. 2: Hausärzte pro 10'000 Einwohner

Region	2008	2009	2010	2011	2012
Niedersimmental	6.4	6.4	7.6	6.3	6.3
Saanenland	9.2	9.0	9.2	9.2	9.3
Obersimmental	8.7	8.6	8.7	8.6	8.6
Unteringadin	10.2	10.0	9.9	8.7	10.0
Münstertal	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
Kanton Bern	8.8	8.8	8.7	8.6	8.7
Kanton Graubünden	8.9	8.8	9.2	9.4	9.1
Schweiz	8.2	8.1	8.1	8.2	8.3

Tab. 3: Fachärzte pro 10'000 Einwohner

Region	2008	2009	2010	2011	2012
Niedersimmental	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
Saanenland	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2
Obersimmental	5.0	4.9	5.0	4.9	6.2
Unteringadin	3.8	3.8	3.7	3.7	3.7
Münstertal	0	0	0	0	0
Kanton Bern	11.7	11.8	11.9	12.0	12.0
Kanton Graubünden	6.9	6.9	7.1	7.1	7.3
Schweiz	11.5	11.6	11.7	11.8	12.1

1.2 Stationäre periphere Versorgung

Europaweit und in der Schweiz wurden in den vergangenen Jahren viele kleinere Spitäler v.a. in ländlichen Regionen geschlossen. Die Beweggründe waren meist ein defizitärer Betrieb des ganzen Hauses oder bestimmter Abteilungen, eine ungenügende Bettenbelegung, zu kleine Fallzahlen oder unzureichende Fachexpertise in Bezug auf die Anforderungen der versorgten Patienten (den Hartog, 2013). Insbesondere die Geburtenabteilungen in Land- und Bergregionen waren und sind aufgrund der naturgemäss zu kleinen Fallzahlen und entsprechend grossen Defiziten häufig nur im Sinne „gemeinwirtschaftlicher Leistungen“ und mit kantonalen oder anderen Zuschüssen zu betreiben (SAB, 2013). Und gleichzeitig deuten die Erfahrungen mit der Schliessung von Geburtenabteilungen auf die wesentlichen Probleme, welche mit der Schliessung von peripheren Spitälern assoziiert sind: die Zugangswege werden länger und damit potentielle Risiken vor allem für Geburten und ältere Patienten grösser (Buchmueller, 2006). Zum anderen verringert der Wegfall von Weiterbildungsstellen für Mediziner und andere Gesundheitsberufe die Arbeitsplatzattraktivität ländlicher Gegenden und untergräbt damit deren Versorgungssicherheit weiter (Dunbabin, 2006; Henry, 2009).

Die langjährigen und schwierigen Diskussionen um die stationäre Versorgung der Region Obersimmental-Saenenland bzw. die Frage, ob ein Spital, und wenn ja, an welchem Standort zu welchem Zweck notwendig ist, zeigten alle diese Aspekte exemplarisch. Ein Wendepunkt in diesen Diskussionen war der Entscheid des VR der STS AG gemeinsam mit der Region, die Spitäler Saanen und Zweisimmen am Standort Zweisimmen per 2012 zusammenzulegen und am Standort Saanen ein Gesundheitszentrum einzurichten. Im Anschluss daran wurde das Projekt MeGOS (Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saenenland) initiiert, welches im Teilprojekt „Gesundheitsnetz“ den Aufbau eines Gesundheitsnetzes im Simmental-Saenenland zum Ziel hat. Mit dem zweiten Teilprojekt „Grundlagen“ sollen Voraussetzungen, Rahmen und Modelle zukünftiger Versorgung peripherer Regionen erarbeitet werden.

Tab. 4: Stationäres Angebot in den untersuchten Regionen 2011

	Betten	Beschäftigte	Vollzeitäquivalente
Spital Thun	198	1414	1006
Spital Zweisimmen/ Sannen	27+19	212	155
Kantonsspital Graubünden Chur	290	1783	1424
Ospidal Engiadina Bassa Scuol	19	128	99
Ospidal Val Müstair Sta. Maria	3	74	16

Quelle: Jahresberichte der Spitäler

2 FORSCHUNGSFRAGEN TEILPROJEKT „GRUNDLAGEN“

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse des MeGOS-Teilprojekts „Grundlagen“, welches Voraussetzungen und Grundlagen zur zukünftigen nachhaltigen Versorgung sowie zu den Funktionen eines Spitals in peripheren Regionen bzw. der Region Obersimmental-Saanenland im Vergleich zur entsprechenden Situation im Münstertal und Unterengadin im Kanton Graubünden klären soll. Die einzelnen Forschungsfragen waren:

- Welche ambulante und stationäre Leistungsanspruchnahme und welches Verhalten der Bevölkerung/Patienten finden sich in peripheren (im Unterschied zu urbanen) Regionen?
- Welche Versorgungs-Funktionen haben Spitäler in peripheren Regionen, welche Unterschiede und welche Erfolgsfaktoren lassen sich beobachten?
- Was sind spezifische Anforderungen, Schwierigkeiten und Erfolgsfaktoren der medizinischen Grundversorgung in peripheren Regionen (ambulant, stationär, Notfallversorgung etc.)?
- Welche Modelle der medizinischen Versorgung eignen sich für periphere Regionen mit gefährdeter Grundversorgung und welche Versorgungsfunktionen übernehmen periphere Spitäler?

3 METHODIK

Die Fragestellungen des Projekts beinhalten quantitative und qualitative Aspekte. Aus diesem Grund wurde ein Vorgehen im Sinne eines sog. „Mixed Methods-Design“ gewählt. Das „Mixed Methods-Design“ hat zum Ziel, quantitative, statistisch analysierbare Daten mit qualitativen, sozialwissenschaftlich erhobenen Daten zu kombinieren und zu vertiefen (Johnson, 2004). Dieser Ansatz wird zunehmend auch im Bereich der Versorgungsforschung angewandt (Creswell, 2004; O’Cathain, 2008).

Aufgrund der Breite der Fragestellungen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen wurde ein stufenweises Vorgehen gewählt: eine ursprünglich mitgedachte Befragung der Bevölkerung/Patienten im Simmental/Saanenland sollte aufgrund der Ergebnisse im vorliegenden Projekt erst in einem potentiellen Folgeprojekt bzw. einer zweiten Projektstufe durchgeführt werden.

3.1 Datenanalyse Leistungsanspruchnahme

Die ambulante und die stationäre Leistungsanspruchnahme in den untersuchten Regionen wurden aufgrund der Daten des Santésuisse/SASIS AG Datenpools sowie der Daten des Bundesamts für Statistik analysiert. Die Inanspruchnahme der Leistungen wurde für die peripher-ländlichen Regionen Niderrsimmental, Obersimmental und Saanenland sowie die regional-urbane Region Thun auf Niveau Medstat-Region evaluiert. Zum Vergleich wurden die peripher-ländlichen Regionen Unterengadin, Münstertal und Samedan sowie die regional-urbane Region Chur ebenfalls auf Niveau Medstat-Region analysiert (Tab. 5).

Tab. 5: Untersuchte Medstat-Regionen und Gemeinden

Kanton Bern	Kanton Graubünden
Thun (MEDSTAT 75-77) – Thun	Chur (MEDSTAT GR01) – Chur
Niderrsimmental (MEDSTAT BE84) – Därstetten, Diemtigen, Erlenbach im Simmental, Oberwil im Simmental, Wimmis	Unterengadin (MEDSTAT GR20) – Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, Ramosch, Samnaun, Tschlin, Ftan, Scuol, Sent
Saanenland (MEDSTAT BE85) – Gsteig, Lauenen, Saanen	Münstertal (MEDSTAT GR21) – Tschier, Fuldera, Lü, Valchava, Sta. Maria Val Müstair, Müstair
Obersimmental (MEDSTAT BE86) – Boltigen, Lenk, St. Stephan, Zweisimmen	Samedan (MEDSTAT GR23) – Bever, Samedan, La Punt-Chamues-ch, Madulain, Zuoz, S-chanf, Cinuos-chel

Quelle: eigene Darstellung

Aus den Daten des Santésuisse/SASIS AG Datenpools wurden für jede dieser Medstat-Regionen die jährlichen Konsultationsraten und Bruttokosten pro Kopf Bevölkerung sowie die Struktur und der Ort der ambulanten Leistungsanspruchnahme (alle Ärzte/Hausärzte/Fachärzte bzw. inner-/ausserhalb der Wohnregion) der Jahre 2008-2011 evaluiert (Busato, 2011).

Aufgrund der Daten des Bundesamts für Statistik wurden für jede dieser Medstat-Regionen die jährlichen Hospitalisationsraten pro 10'000 Bevölkerung, die APDRG

Kostengewichte pro 10'000 Bevölkerung, die Struktur (Hauptdiagnose-gruppen/Major Diagnostic Category MDC bzw. der Zürcher Spitalleistungsgruppen SPLG) und der Ort bzw. das Spital (Betriebs- und Unternehmensregister BUR-Nummer) der stationären Leistungsanspruchnahme im Jahr 2011 ausgewertet (Klauss, 2005). Insbesondere die Auswertung der Leistungsdaten aufgrund der Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG ermöglicht eine differenzierte Analyse der Leistungsanspruchnahme im Bereich Akutsomatik (GDK, 2010). Die SPLG werden anhand des Schweizerischen Operationskatalogs CHOP und internationalen Diagnoseverzeichnisses ICD kodiert und umfassen 25 Leistungsbereiche, welchen mehrere Leistungsgruppen bzw. medizinische Leistungen zugeteilt sind, und die sog. Basispakete, welche alle medizinischen Leistungen enthalten, die nicht explizit einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind (Negativkatalog).

Die Ergebnisse der stationären Leistungsanspruchnahme sind pro Wohnregion (Medstat-Region) als Grafiken und tabellarisch nach Prozent Fallzahl und Kostengewicht dargestellt (die Summe aller Hospitalisationen pro Medstat-Region entsprechen 100% der Fälle und Kostengewichte in dieser Wohnregion). Für den Behandlungsort wurden die behandelnden Spitäler aufgrund ihrer Lage zum Wohnort des Patienten, ihrer Trägerschaft (öffentlich bzw. privat) und ihrer Versorgungsfunktion (peripher-regional-Zentrum) wie folgt gruppiert (vgl. Anhang 6 und 7):

Kanton Bern:

lokal-öffentlich
 regional öffentlich
 lokal/regional-privat
 Zentrum bzw. Insepspital
 kantonal-öffentlich
 kantonal-privat

Kanton Graubünden:

lokal-öffentlich
 kantonal öffentlich
 lokal/kantonal-privat
 Zentrum bzw. Universitätsspital Zürich
 ausserkantonal-öffentlich
 ausserkantonal-privat

3.2 Experteninterviews

Zur Ergänzung und Vertiefung der Ergebnisse zur Leistungsanspruchnahme wurden insgesamt 14 strukturierte, qualitative Experten-Interviews durchgeführt. Die Experten waren Leitende Personen (Ärzte, Pflegende, Spitalleitende) von stationären und ambulanten Einrichtungen der Regionen Thun-Simmental-Saanenland (8 Personen) sowie Chur-Scuol-Müstair (6 Personen):

	BE75-77	BE85	BE86	GR01	GR20	GR21
Stationärer Bereich	2	-	3	1	2	3
Ambulanter Bereich	-	1	2	-	-	-

Die Experten-Interviews orientierten sich inhaltlich an den folgenden Themenbereichen:

- die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietenden (ambulant, stationär, Notfallversorgung, Rettungswesen, Langzeitpflege, Therapieangebote etc.),
- die zukünftigen Herausforderungen betreffend Fachpersonal (Nachwuchs, Qualifikation, etc.) und Erwartungen der Bevölkerung in der Region,

- die Vorstellungen einer optimalen Versorgung in der Region und allfälliger Differenzen zum Status quo,
- die Funktionen eines peripheren Spitals betreffend Leistungserbringung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern.

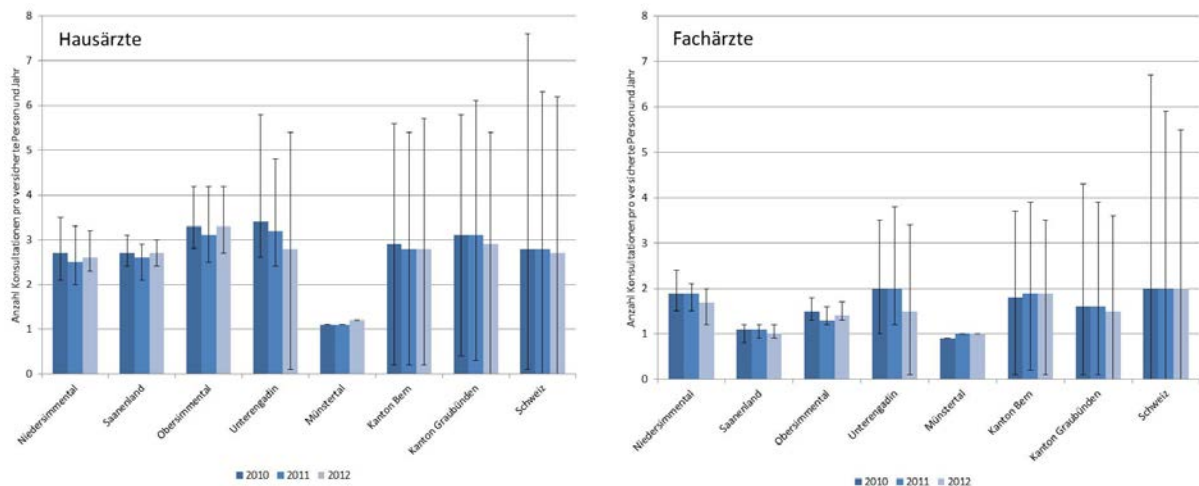
Alle Interviews wurden digital aufgenommen, transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte in 2 Schritten: im ersten Analysedurchgang wurden die Interviews von einem Projektmitarbeitenden ausgewertet und diese Auswertung anschliessend mit zwei weiteren Projektmitarbeitenden konsolidiert.

4 ERGEBNISSE

4.1 Ambulante Leistungsanspruchnahme

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen variiert erheblich zwischen den verschiedenen Gemeinden sowohl bei Betrachtung der jährlichen Konsultationsraten wie der jährlichen Kosten für Arztleistungen pro Kopf Bevölkerung. Eine in einer Gemeinde der Region Saanenland wohnhafte Person hatte im Jahr 2012 durchschnittlich 2.7 Konsultationen beim Hausarzt bzw. 1,0 Konsultationen beim Facharzt (Abb. 1). In den Gemeinden der Region Obersimmental lagen die entsprechenden Werte höher (3.3 Konsultationen bei Hausärzten bzw. 1.4 Konsultationen bei Fachärzten). Noch höhere Werte finden sich im Unterengadin bei gleichzeitig grosser Streuung zwischen den Gemeinden. Tiefere Werte zeigt das Münstertal, wo nur eine Gemeinde besteht (und deshalb keine Streuung angegeben ist).

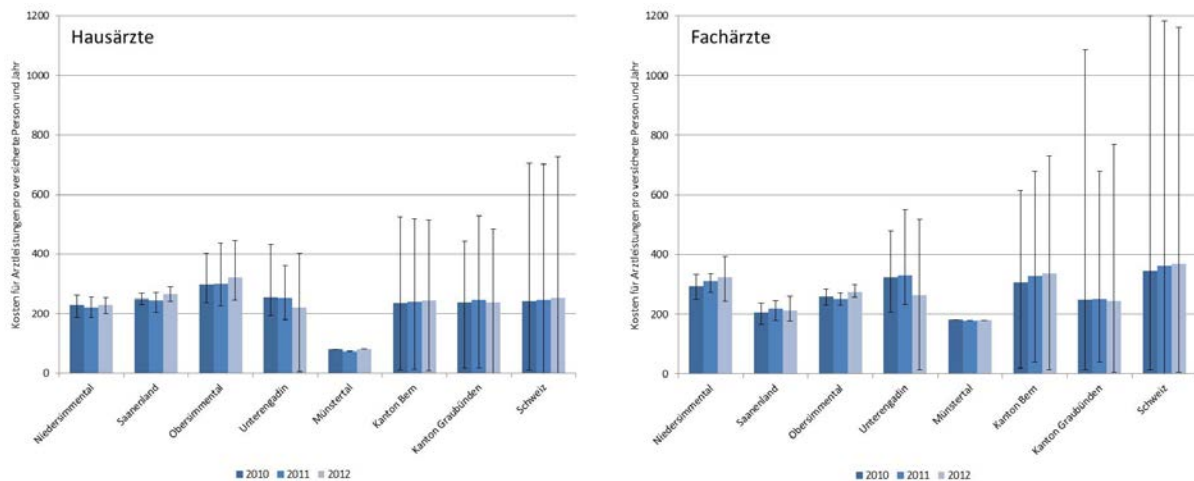
Abb. 1: Jährlichen Konsultationen pro Kopf Bevölkerung (standardisiert nach Alter und Geschlecht) für Haus- und Fachärzte



Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung college M

Ein ähnliches Bild finden wir für die durchschnittlichen jährlichen Bruttokosten für Haus- und Facharztkonsultationen (Abb. 2): Pro versicherte Person wurde 2012 im Obersimmental 321 Franken und im Saanenland 266 Franken (Durchschnitt im Kanton Bern 246 Franken) für Hausarztbehandlungen und 276 Franken bzw. 214 Franken (Durchschnitt im Kanton Bern 337 Franken) für fachärztliche Behandlung ausgegeben. Auch in dieser Auswertung fallen die grossen Streuungen zwischen den Gemeinden im Kanton Bern und Graubünden wie auch Schweiz-weit auf und auch hier finden wir deutlich tiefere Werte für das Münstertal und überdurchschnittlich höhere Werte für das Unterengadin, hier wiederum mit einer grossen Streubreite zwischen den Gemeinden.

Abb. 2: Jährliche Bruttokosten für Arztleistungen pro Kopf Bevölkerung für Haus- und Fachärzte (standardisiert nach Alter und Geschlecht; inkl. Kostenbeteiligung der Patienten; ohne Selbstzahler)



Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung college M

Die beobachteten Unterschiede zwischen Gemeinden und zwischen den Kantonen Bern und Graubünden können teilweise durch eine unterschiedliche Arztdichte (vgl. Tab. 3) bzw. unterschiedliche TARMED-Taxpunktwerte in den Kantonen Bern und Graubünden erklärt werden (Camenzind, 2013). Die innerkantonalen Bruttokostenunterschiede für Haus- und Fachärztliche Behandlung im Kanton Bern und insbesondere zwischen dem Obersimmental und dem Saanenland können u.a. durch den grösseren Anteil älterer Menschen im Obersimmental interpretiert werden (vgl. Tab. 1).

Die hauptsächliche Fragestellung dieses Projekts ist, wo sich Patienten behandeln lassen und ob sie das lokale Leistungsangebot ihrer Wohnregion nutzen oder nicht. Wir haben deshalb für jede Region untersucht, welche Anteile der Patienten lokal, d.h. bei Ärzten innerhalb der Medstat-Region des Wohnorts, bzw. ausserhalb dieser betreut werden (Tab. 6 und 7).

Tab. 6: Anteil der lokalen Behandlungen von Patienten in ambulanter Praxis

	Region	2008	2009	2010	2011
Hausärzte	Nidwalden	72.9%	73.4%	73.8%	71.5%
	Saanenland	82.5%	86.4%	87.6%	87.0%
	Obersimmental	93.3%	93.6%	92.6%	91.8%
	Unterengadin	92.5%	92.7%	91.1%	88.9%
	Münstertal	71.4%	71.6%	66.6%	71.1%
Fachärzte	Nidwalden	20.9%	19.7%	17.1%	14.8%
	Saanenland	5.9%	6.1%	5.9%	6.4%
	Obersimmental	41.1%	45.1%	43.1%	39.9%
	Unterengadin	48.8%	45.4%	43.4%	43.9%

Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung college M

Tab. 7: Anteil der Behandlungen ausserhalb der Wohnregion pro Fachrichtung und Wohnregion

	BE84	BE85	BE86	GR20	GR21
Allgemeinmedizin	26.37%	21.93%	18.53%	19.58%	21.68%
Gynäkologie	11.16%	8.10%	5.81%	8.43%	10.22%
Pädiatrie	2.45%	2.27%	1.60%	1.89%	2.63%
Nicht invasive Fachärzte	14.89%	18.10%	17.43%	17.57%	14.80%
Kardiologie/Angelologie	4.61%	3.36%	4.03%	0.92%	0.45%
Invasive Fachärzte	27.61%	32.19%	35.69%	34.57%	32.29%
Psychiatrie, Kinderpsychiatrie	3.31%	3.59%	3.14%	2.75%	1.54%
Nicht Klassiert	9.60%	10.47%	13.77%	14.29%	16.40%

Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung college M

Wie erwartet finden wir einen sehr hohen Anteil von um 90% lokaler Betreuung durch Hausärzte im Obersimmental und Saanenland. Der niedrigere Anteil im Nidersimmental dürfte durch die räumliche Nähe zur Stadt Thun zu erklären sein (Tab. 6). Ein anderes Bild präsentiert sich für fachärztliche Behandlungen: hier liegen die Anteile lokaler Betreuung deutlich tiefer, welches in erster Linie dadurch erklärt werden kann, ob und wenn ja welches fachärztliche Angebot in einer Region überhaupt vorhanden ist (Tab. 7). Dementsprechend finden wir für invasiv tätige Fachärzte die höchsten Werte für Behandlungen ausserhalb der Wohnregion.

4.2 Stationäre Leistungsanspruchnahme

Tabelle 8 zeigt eine Übersicht aller Hospitalisationen im 2011, der Summe der Kostengewichte (CW) und dem daraus berechneten Case Mix Index (CMI) für die evaluierten Regionen. Auffallend ist der höhere CMI der Hospitalisationen der Region Obersimmental, welcher wiederum durch den höheren Anteil älterer Menschen in der Obersimmentaler Bevölkerung erklärt werden kann (vgl. Tab. 1).

Tab. 8: Hospitalisationen, CW und CMI 2011

	Hospitalisationen	Summe CW	CMI
BE75 (Stadt Thun)	2772	2909	1.05
BE76 (Stadt Thun)	1464	1427	0.97
BE77 (Stadt Thun)	2795	2901	1.04
BE84 (Nidersimmental)	1299	1155	0.89
BE85 (Saanenland)	1425	1227	0.86
BE86 (Obersimmental)	1601	2025	1.26
GR01 (Chur)	5805	5006	0.86
GR20 (Unterengadin)	1434	1256	0.88
GR21 (Münstertal)	295	216	0.73

Quelle: BFS / Auswertung college M

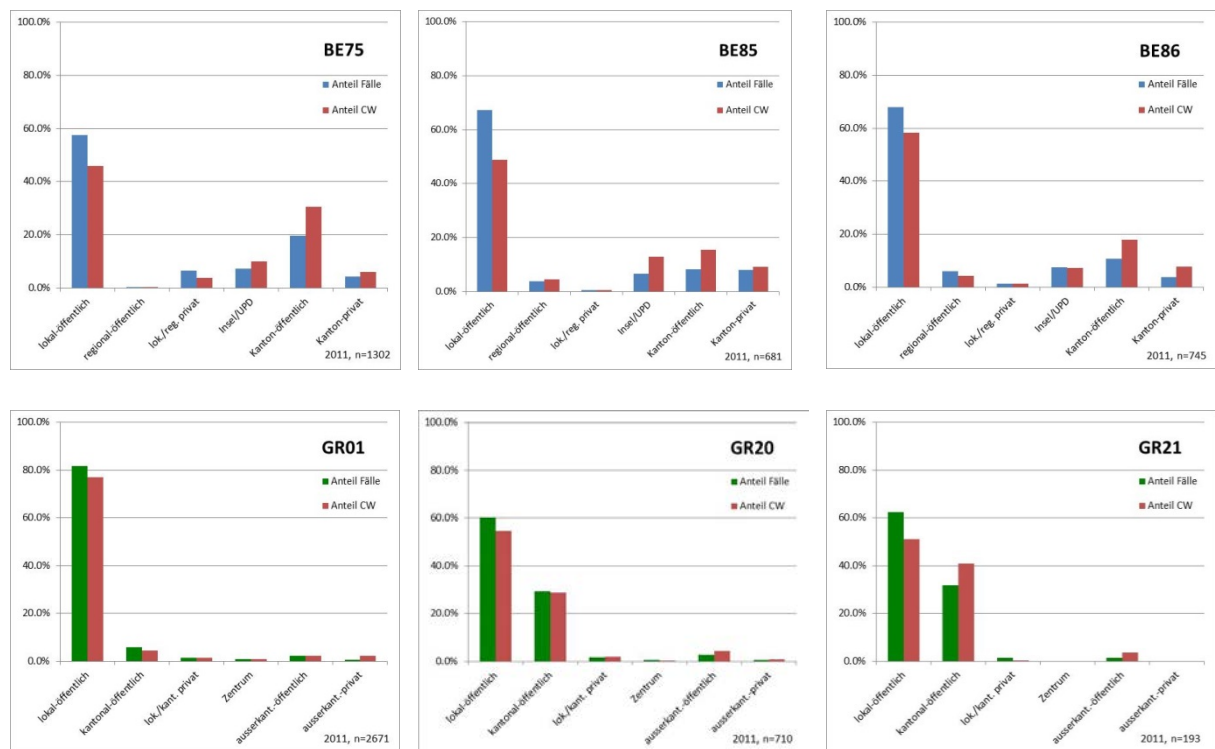
Zur Frage, wo sich Patienten behandeln lassen, ob sie das lokale Leistungsangebot ihrer Wohnregion nutzen oder nicht und in welchen Spitälern bzw. Spitalkategorien sie betreut werden, haben wir die stationäre Leistungsanspruchnahme in den untersuchten Regionen aufgrund der „Major Diagnostic Categories“ MDC und der „Zürcher Spitalleistungsgruppen“ SPLG evaluiert (GDK, 2010).

Die Auswertungen des BFS-Datenpools zeigen je nach Leistungsgruppe und je nach stationärem Angebot in der Wohnregion der Patienten unterschiedliche Migrationsmuster:

Die grundlegende SPLG-Leistungsgruppe bildet das sog. Basispaket, welches alle Leistungen der stationären Basisversorgung in allen Leistungsbereichen umfasst. Die Leistungen des Basispakets werden in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das Basispaket ist daher Grundlage und obligatorisch für alle Spitäler (mit einer Notfallstation).

Wie Abb. 3 zeigt, erfolgen rund zwei Drittel aller BP-Hospitalisationen im Obersimmental (BE86) und Saanenland (BE85) im lokalen Spital. Das andere Drittel der Fälle verteilt sich auf das Spital Thun (4-6%), andere öffentliche Spitäler (8-11%), Privatspitäler (4-8%) und das Inselspital (7-8%) (Detaillierte Angaben vgl. Anhang). Erwartungsgemäss übernehmen die lokalen Spitäler in Bezug zur Fallzahl weniger Kostengewichte (Abb. 3, rote Säulen). Bemerkenswert ist, dass Patienten aus der Stadt Thun (Medstat-Regionen BE75, 76, 77: vgl. Anhang B) eine tiefere Nutzung des lokalen Angebots und eine grössere Tendenz zur „Abwanderung“ vor allem in andere öffentliche Spitäler im Kanton Bern zeigen als jene im Oberland.

Abb. 3: Migrationsmuster Basispaket (BP) in den Berner und Bündner Regionen

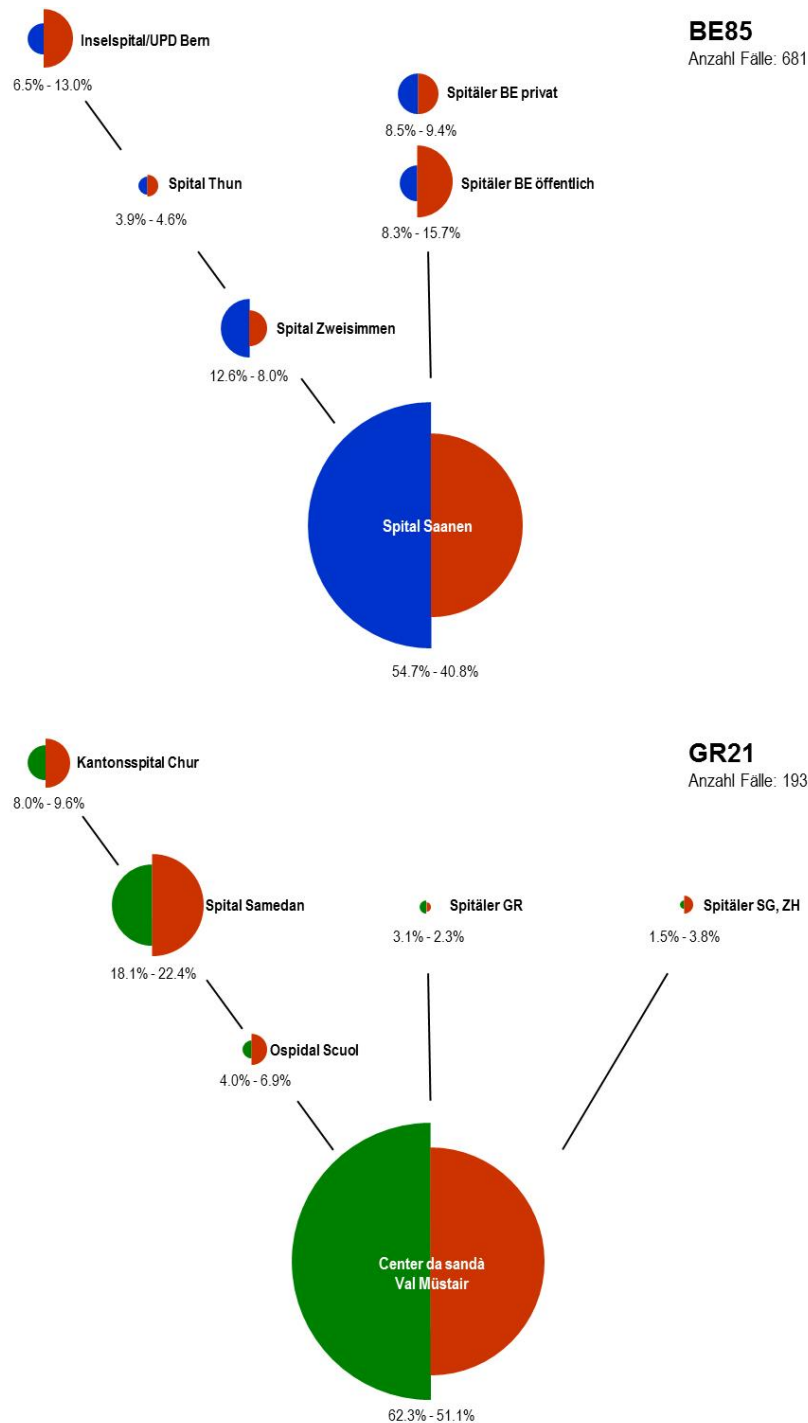


Quelle: BFS / Auswertung college M

Für die untersuchten Bündner-Regionen zeigt sich ein grundsätzlich ähnliches Bild, indem auch hier mehrheitlich das lokale Angebot genutzt wird, wobei aus dem Unterengadin und Münstertal ein etwas grösserer Anteil im regional grösseren Haus betreut wird. Rund 80% der BP-Hospitalisationen aus der Stadt Chur (GR01) erfolgen vor Ort im Kantonsspital Graubünden.

Abb. 4 zeigt das Migrationsmuster betreffend SPLG Basispaket für die beiden Regionen BE85 und GR21 im Detail: auch in dieser Darstellung zeigt sich, dass die fallbezogene Abwanderung in angemessenem Umfang stattfindet und v.a. Fälle mit höherem Fallgewicht in grösseren Spitälern und insbesondere im Zentrumsspital betreut werden.

Abb. 4: Migrationsmuster Basispaket (BP) für BE85 und GR21



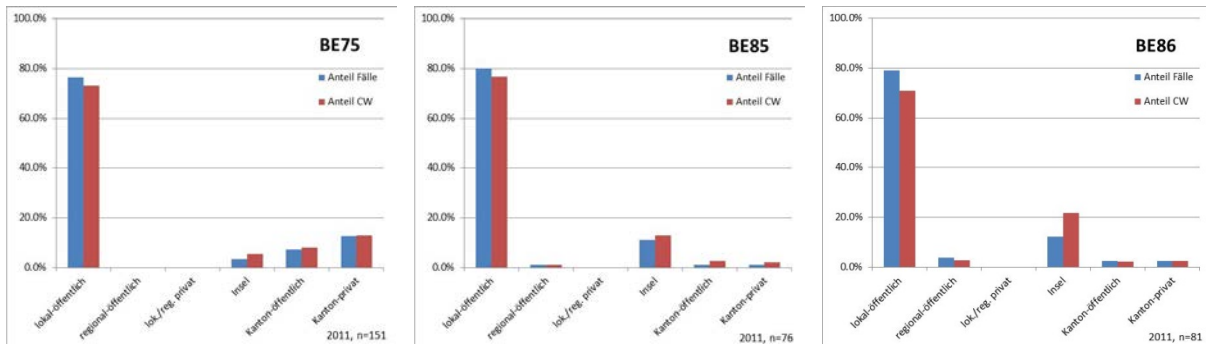
Quelle: BFS / Auswertung college M

Wir interpretieren diese Ergebnisse im Sinne einer „angemessenen“ Abwanderung, das heisst, dass Patienten speziell dann weg vom lokalen Angebot wechseln, wenn die Art der Erkrankung dies tendenziell auch opportun erscheinen lässt. Die Unterschiede zwischen den Mustern in Graubünden bzw. der Berner Region lassen sich mit Hinweis auf die unterschiedlichen Angebote der jeweiligen Spitäler erklären.

4 - Ergebnisse

Eine ebenfalls sehr grosse Treue zum lokalen Angebot finden wir für die Grundversorgung Geburtshilfe (GEB1) und Grundversorgung Neugeborene (NEO1). Abb. 5 zeigt, dass rund 80% der Entbindungen lokal erfolgen. An zweiter Stelle steht das Frauenspital im Zentrum mit einem gegenüber der Fallzahl höherem Kostengewichts-Anteil (Abb. 5).

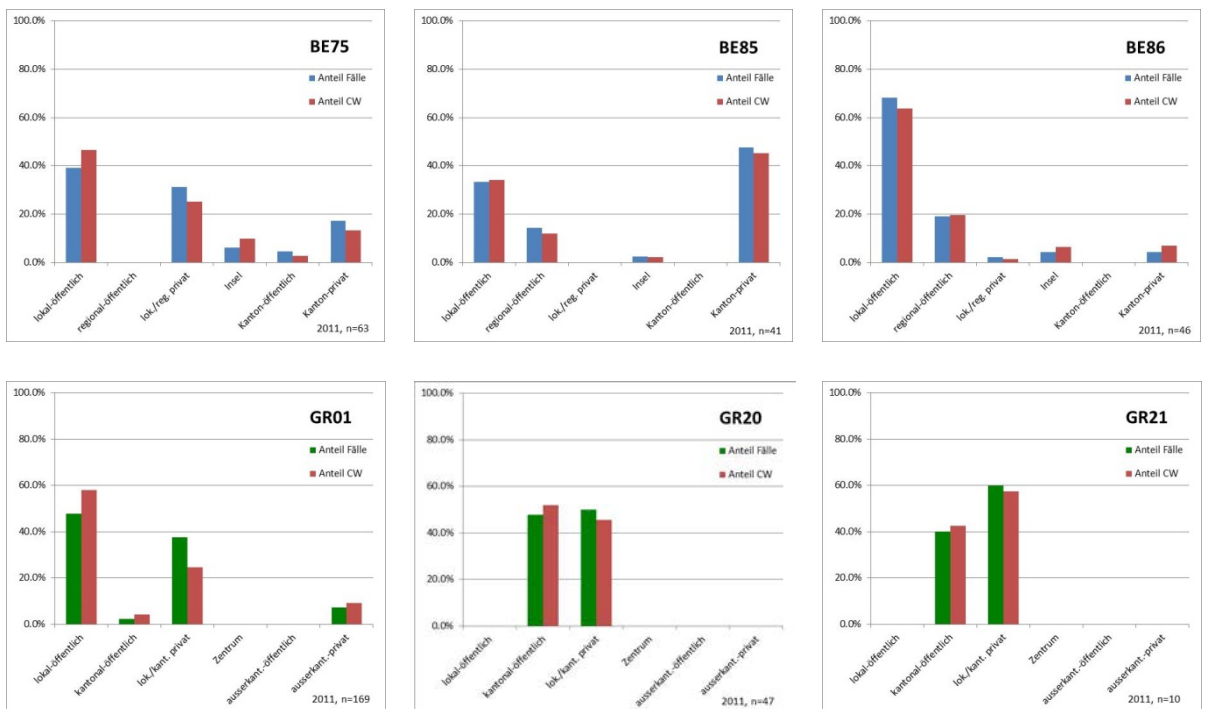
Abb. 5: Migrationsmuster Geburten (SPLG GEB1)



Quelle: BFS / Auswertung college M

Andere Migrationsmuster zeigen sich für Hospitalisationen zur Behandlung des Bewegungsapparats. Je nach Leistungsgruppe lässt sich ein, wenn auch unterschiedlich grosser Anteil der Patienten im Kanton Bern wie Graubünden in privaten Einrichtungen behandeln (vgl. Anhang B). Dies betrifft insbesondere die Leistungsgruppen BEW5 (arthroskopische Eingriffe am Knie), BEW7 (Chirurgie der unteren Extremität) und BEW8 (Wirbelsäulenchirurgie) und Patienten aus dem Saanenland (BE85). Abb. 6 zeigt dies exemplarisch für die Leistungsgruppe BEW5.

Abb. 6: Migrationsmuster Bewegungsapparat (BEW5)

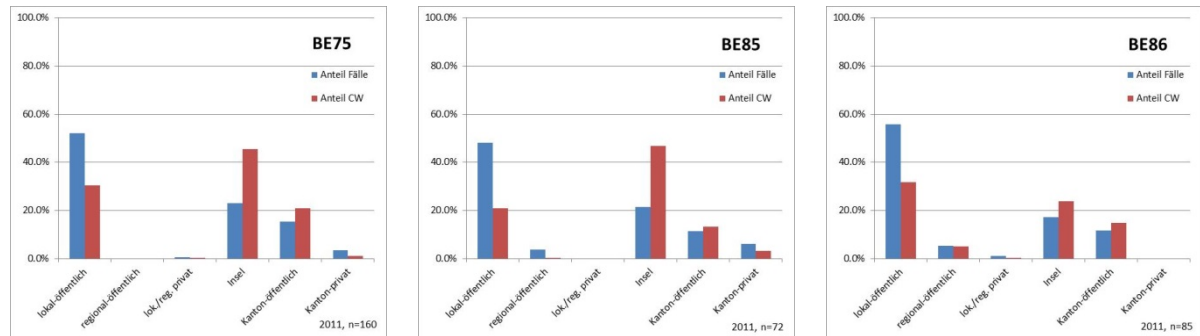


Quelle: BFS / Auswertung college M

Die Migrationsmuster bei Erkrankungen des Nervensystems wird für die MDC-Leistungsgruppe Nervensystem gezeigt, da die Fallzahlen der entsprechenden

(spezifischeren) SPLG-Gruppe NEU3 sehr klein sind. Für Erkrankungen des Nervensystems existiert im Versorgungsgebiet der STS AG sowohl im peripheren Spital wie auch dem regionalen Zentrum (Spital Thun) ein nur eingeschränktes Leistungsangebot. Entsprechend beobachten wir, dass insbesondere ein hoher Anteil der Fallgewichte im kantonalen Zentrumsspital (Inselspital) betreut wird (Abb. 7).

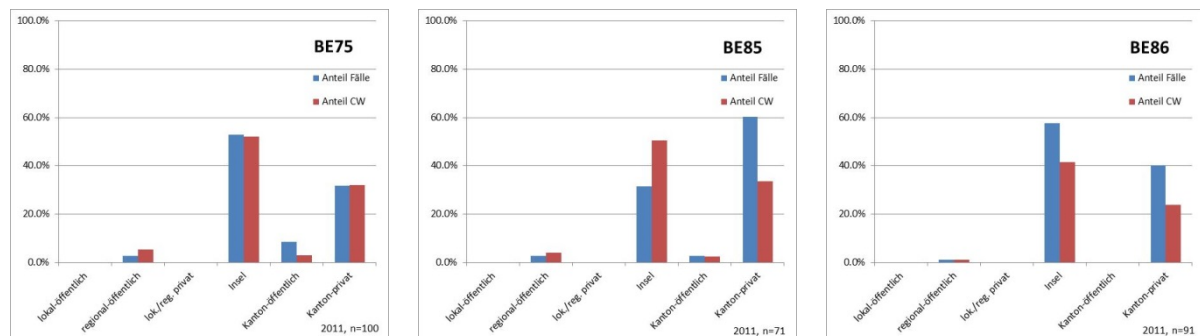
Abb. 7: Migrationsmuster Nervensystem (MDC Nervensystem)



Quelle: BFS / Auswertung college M

Ein weiteres Muster ist für Hospitalisationen der Leistungsgruppe KAR1, d.h. (interventionelle) Kardiologie sowie Herz- und thorakale Gefässchirurgie zu beobachten, für die in den peripheren Spitälern und im regionalen Zentrum (Spital Thun) nur teilweise Angebote bestehen. Diese Hospitalisationen aus allen 3 Regionen erfolgen zu ähnlichen Anteilen entweder im Inselspital oder Berner Privatspitälern (Abb. 8)

Abb. 8: Migrationsmuster Kardiologie (KAR1)



Quelle: BFS / Auswertung college M

Gesamthaft lässt sich festhalten, dass sich die These einer „angemessenen“ Abwanderung bei Basispaket wie bei spezialisierten Leistungen bestätigt findet. Abwanderung ist verstärkt dort der Fall, wo entweder wenig lokale Angebote vorhanden sind oder wie im Fall der Orthopädie eine eigene, spezielle Facharztverteilung gegeben ist.

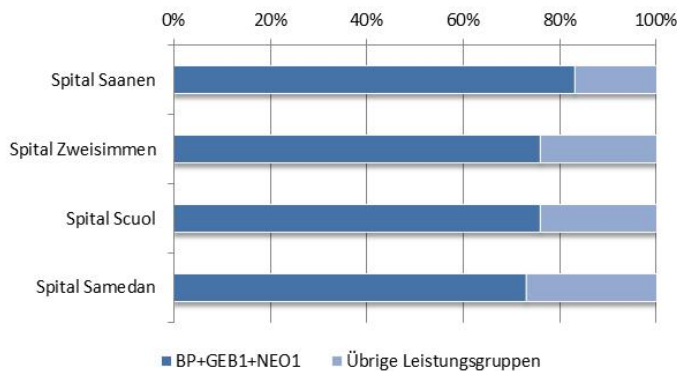
4.3 Versorgungsfunktionen peripherer Spitäler

Die Zürcher Leistungsgruppensystematik bietet die Möglichkeit, die Leistungsspektren unterschiedlicher Spitäler zu vergleichen. Besonders interessant in diesem Zusammenhang ist die Breite des Leistungsspektrums in Bezug auf die jeweiligen Fallzahlen, sind letztere sowohl in qualitativer wie ökonomischer Hinsicht vielfach wichtig. Wie die folgenden Darstellungen zeigen, bestehen bedeutende Unterschiede bei den vier untersuchten Spitälern (das Spital Saanen war 2011 noch in Betrieb, weshalb es hier

getrennt vom Spital Zweisimmen dargestellt wird und das Spital Samedan wurde für diese Auswertung hinzugenommen, um eine weitere Vergleichsmöglichkeit zu bieten). Die Unterschiede zwischen den Häusern betreffen sowohl das Leistungsspektrum bzw. die von den Patienten in Anspruch genommenen Leistungsbereiche und –Gruppen wie auch deren prozentualer Verteilung.

Bei allen vier Spitälern waren die Leistungsgruppen Basispaket (BP), Grundversorgung Geburtshilfe (GEB1) und Grundversorgung Neugeborene (NEO1) die volumenstärksten und machten 73-83% der gesamten Fallzahl der jeweiligen Häuser aus (Spital Saanen 83%, Spital Zweisimmen und Scuol je 76%, Spital Samedan 73; Abb. 9; %). Die entsprechenden Zahlen der regionalen Spitalzentren Thun (57%) und Chur (50%) liegen verständlicherweise tiefer, da diese Häuser aufgrund ihrer regionalen Zentrumsfunktion ein breiteres Leistungsspektrum und daher einen kleineren Anteil an Grundversorgung aufweisen. Am anderen Ende des Spektrums liegt das Ospidal Val Müstair, wo 92% der Hospitalisationen dem Basispaket entsprechen.

Abb. 9: Anteile der Leistungsgruppen BP, GEB1, NEO1



Quelle: BFS / Auswertung college M

Finden wir hier noch relative Ähnlichkeit, vergrössert sich die Divergenz, wenn das übrige Leistungszentrum dieser Spitälern bzw. dessen Bandbreite beobachtet wird: neben Basispaket und Geburtshilfe wiesen 2011 das Spital Saanen Hospitalisationen in 13 Leistungsbereichen bzw. 20 Leistungsgruppen (gemäss SPLG), das Spital Zweisimmen in 19 Leistungsbereichen bzw. 28 Leistungsgruppen, das Ospidal Scuol in 13 Leistungsbereichen bzw. 23 Leistungsgruppen und das Spital Samedan in 14 Leistungsbereichen bzw. 23 Leistungsgruppen auf (Tab. 9). Auffallend ist in dieser Beobachtung das Spital Zweisimmen, das eine höhere Anzahl an Leistungsbereichen und –gruppen anbietet als die anderen verglichenen Spitälern.

Tab. 9: Spektrum des Leistungsangebots der Spitälern

Spital	Anteil BP+ GEB1+NEO1	Übrige Leistungsgruppen
Saanen	83%	<u>13 Leistungsbereiche mit 20 Leistungsgruppen</u> (17% aller Fälle): BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW7, DER1, END1, GAE1, GYN1, HAE2, HAE3, HNO1, NEU1, NEU2, NEU3, PNE1, RHE1, UNF1, URO1, VIS1
Zweisimmen	76%	<u>19 Leistungsbereiche mit 28 Leistungsgruppen</u> (24% aller Fälle): ANG1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW5, BEW6, BEW7, BEW8, DER2, END1, GAE1, GEF2, GYN1, HAE1, HAE2, HNO1, KIE1, NEP1, NEU1, NEU2, NEU3, PNE1, RAO1, RHE1, RHE2, TPL1, URO1, VIS1

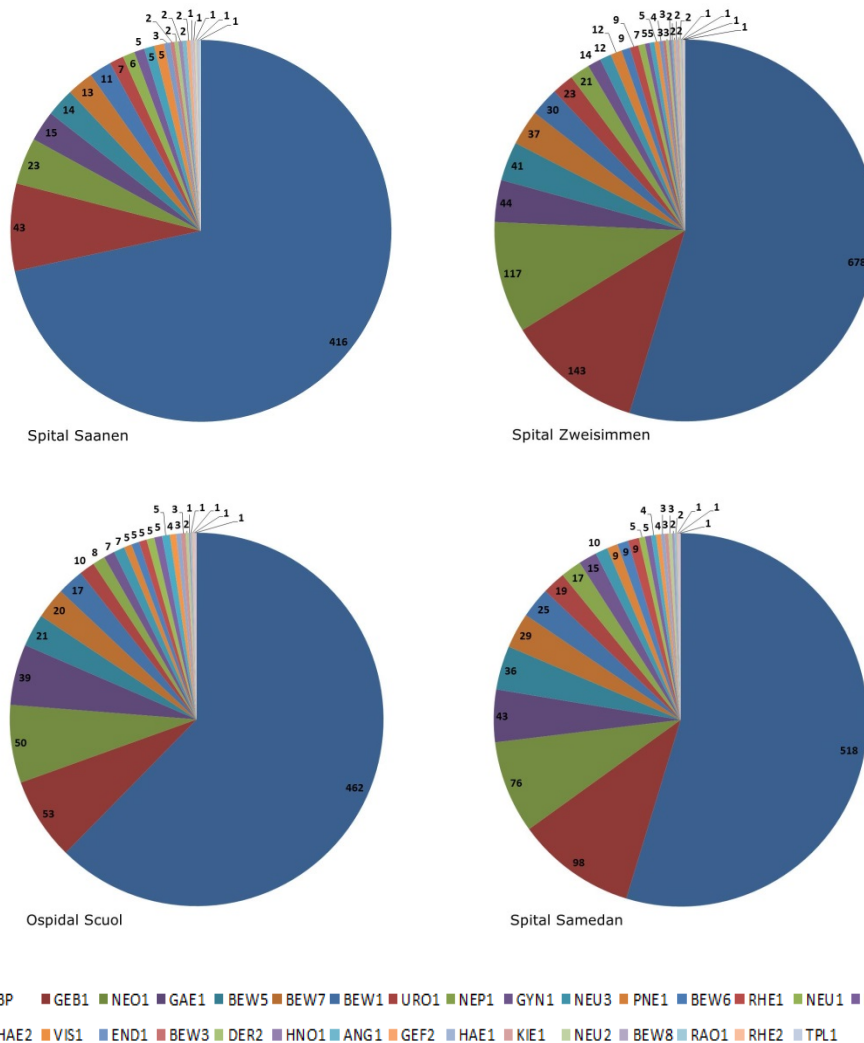
4 - Ergebnisse

Scuol	76%	<u>13 Leistungsbereiche mit 23 Leistungsgruppen</u> (24% aller Fälle): BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, DER2, END1, GAE1, GYN1, GYN2, HAE2, HNO1, KAR1, NEU1, NEU2, NEU3, ONK1, PNE1, RHE1, URO1, URO1
Samedan	73%	<u>14 Leistungsbereiche mit 23 Leistungsgruppen</u> (27% aller Fälle): AUG1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW5, BEW6, BEW7, END1, GAE1, GYN1, GYN2, HAE2, HAE3, HNO1, NEU1, NEU2, NEU3, ONK1, PNE1, RHE1, THO1, URO1, VIS1

Quelle: BFS / Auswertung college M

Die Abb. 10 zeigt diese Unterschiede nochmals in einer Gesamtdarstellung für alle vier peripheren Spitäler. Für die einzelnen Leistungsgruppen sind die jeweiligen Fallzahlen angegeben, wobei zu beachten ist, dass in unseren Auswertungen nur die Hospitalisationen der untersuchten Regionen berücksichtigt sind (die angegebenen Fallzahlen können daher vom Total der einzelnen Spitäler abweichen).

Abb. 10: Leistungsspektrum Spitäler (gem. SPLG)



Quelle: BFS / Auswertung college M

4.4 Anforderungen und Erfolgsfaktoren periphere Versorgung

Erfolgsfaktoren, Schwierigkeiten und Anforderungen der medizinischen und speziell der stationären Grundversorgung in peripheren Regionen wurden mittels strukturierter Interviews mit Leitenden Personen in Spitälern und ambulanten Einrichtungen der Regionen Thun-Simmental-Saenenland sowie Chur-Scuol-Müstair erhoben.

Die Interviews im Simmental-Saenenland mit Leitenden Personen im Spital Zweisimmen, Hausärzten und Leitenden Spitex zeigten, dass bei den verschiedenen lokalen Akteuren eine grössere Bandbreite an Einschätzungen existiert, was ein adäquates Spital-Angebot ausmachen soll. Diese Bandbreite reicht von der Meinung, dass sogar der Begriff „Spital“ aufzugeben wäre bis zur Ansicht, dass das aktuelle Angebot durchaus angemessen sei. Die Bandbreite an Einschätzungen verdeutlicht sich an den Fragen, wie sehr ein stationäres, chirurgisches und geburtshilfliches Angebot tatsächlich benötigt wird, sowie ob und wenn ja welche Fachspezialitäten anzubieten wären. Gleichzeitig wird das Spital als wichtiger Bestandteil im Netzwerk der Versorgung gesehen, speziell für Notfälle, entlastet die Hausärzte, bietet der Bevölkerung Sicherheit, und hat auch Bedeutung für das sozioökonomische, regionale Geschehen (Arbeitsplätze etc.) (Kasten 1; Anhang C).

Kasten 1: Exemplarische Interviewzitate Saenenland-Obersimmental-Thun

P 1: RB1.txt

Was ich sehr in Frage stelle, ob wir dort oben weiterhin chirurgische und gynäkologische, also die ganzen Geburten, ob wir diese Kompetenz vor Ort wirklich benötigen.

P 7: RB7.txt

Ich denke das Angebot aktuell ist adäquat, wir können ja nicht eine Spezialklinik in dieser Region betreiben, aber es muss eine Akutversorgung in den elementaren Disziplinen vorhanden sein und ich glaube, so wie es jetzt ausgestattet ist, ist es etwa vernünftig

P 4: RB4.txt

eigentlich sollte man vom Begriff Spital Z. wegkommen, weil unter Spital Z. versteht man eine medizinische Abteilung, eine chirurgische Abteilung, eine geburtshilfliche Abteilung, ein Ambulatorium, Spezialsprechstunden und so weiter. Und eigentlich braucht es eine stationäre Versorgung, es braucht Betten und es braucht nicht das ganze Drum und Dran eines Spitals.

Im Kontrast zu dieser Bandbreite an Meinungen in der Berner Region steht die grössere Klarheit im Unterengadin-Münstertal: alle Interviewten drückten mit hoher Übereinstimmung ihre Einschätzung aus, dass in der Region ein für die Bevölkerung stimmiges als auch für die Versorgungseinrichtungen attraktives Leistungsangebot offeriert wird, welches Vertrauen stiftet und in welchem Klarheit über die eigenen Rollen herrscht. In den Interviews wird deutlich, dass das Leistungsangebot bewusst auf die klare Unterscheidung (Triagierung), was gemacht und was weiter geleitet wird, ausgerichtet ist und gleichzeitig eine den Circle of Care umfassende, „ganzheitliche“ Betreuung bietet (Kasten 2; Anhang C).

Kasten 2: Exemplarische Interviewzitate Unterengadin-Münstertal

P12: RG4.txt

Ich glaub, dass es wirklich in erster Linie um die Notfall- und Grundversorgung geht. Weil wir auch offen kommunizieren nach aussen und ich glaub, das ist auch ein Wandel, das hat jetzt weniger mit dem Gesundheitszentrum zu tun als mit uns, dass wir uns wirklich als Anlaufstelle deklarieren und gegenüber früher, wo sozusagen auch eine gewisse Mentalität da war, wir versuchen hier alles und wir versuchen so viele Patienten als möglich hier versorgen zu können, hat sich dort ein Wandel eingestellt, dass man sagt, wir möchten die erste Anlaufstelle sein und wenn der Patient bei uns nicht an der richtigen Stelle ist, dass wir ihn auch ohne grosse Hürden weiter reichen, zum Beispiel ins Zentrumsspital nach C., so dass eben der Patient vertrauen kann, er muss nicht, bevor er zu uns kommt, sich Gedanken machen, ja komm ich da

überhaupt wieder raus.

P10: RG2.txt

Ich denke, dass von uns hier im Zentrum nicht viel mehr verlangt wird, als dass wir sie rechtzeitig weiter leiten an die Spezialisten und an Zentren, wo mehr Wissen zu einem bestimmten Thema vorhanden ist. Ich glaub die Sicherheit sucht die Bevölkerung. Wenn wir das bieten, ist's ok.

P11: RG3.txt

Ich denke, wir haben mit unserem Gesundheitssystem eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung, wir sind zuständig für jedwelche medizinischen Probleme vom Säugling bis zum sterbenden Greisen, von der Haut bis zur Psychiatrie, bis zur Zahnmedizin und Augen, das macht sicher, dass es für die Patienten einerseits einfacher ist, sie kennen die Leute, sie kennen die Ärzte, sie kennen die Pflege, sie wissen, wenn sie in die Praxis kommen und dann werden sie aufgenommen im Akutspital sind es wieder die gleichen Leute, sie werden alt und gebrechlich, kommen ins Pflegeheim, es sind wieder die gleichen Leute, sie sind vielleicht zu Hause gebrechlich, die Spitex kommt, der Arzt kommt und macht einen Hausbesuch, es sind immer wieder die gleichen Leute, das gibt sicher ein gewisses Vertrauen. Man kennt sich über Jahrzehnte, das macht die ganze Gesundheitsversorgung, die medizinische Betreuung sicher viel persönlicher, möglicherweise eben auch vertrauensvoller, einfacher.

Interessant erscheint eine Kontrastierung dieser Interviewergebnisse mit den Auswertungen zum stationären Angebot. Vor diesem Hintergrund erscheint das Leistungsangebot im Unterengadin klarer auf das SPLG-Basispaket fokussiert und mit grösserer, geteilter Übereinstimmung der Leistungserbringenden, was Aufgabe und Funktion eines peripheren Spitals in der Region sein soll.

Übereinstimmung fand sich in allen Regionen hinsichtlich der sensiblen Thematik der Spezialisten, die von jüngeren und urbaneren Bevölkerungsteilen eher gesucht werden, sowie der Problematik ausreichender Fallzahlen in den über das Basispaket hinausreichenden Leistungsbereichen. Klar war auch überall, dass Einrichtungen mit (wie auch immer ausgestalteten) stationären Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Attraktivität einer Region für Hausärzte spielen.

5 SYNTHESE

Zielsetzung des Projekts war die Charakterisierung des Verhaltens der Patienten bezüglich der ambulanten und stationären Leistungsanspruchnahmen im Simmental-Saanenland. Um diese Befunde besser einordnen zu können, wurden dazugehörige urbane Regionen (Thun) sowie vergleichbare periphere Regionen (Unterengadin, Münstertal) untersucht. Darüber hinaus wurden die Versorgungsfunktionen der peripheren Spitäler in diesen Regionen sowie Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der ambulanten und stationären Grundversorgung evaluiert.

Die Auswertungen der ambulanten und stationären Leistungsanspruchnahme zeigen, dass Patienten in peripheren Regionen im Bereich der Grundversorgung grossmehrheitlich und angemessen das lokale Leistungsangebot nutzen: bei den hausärztlichen Konsultationen sind das rund 90%, während von den stationären Behandlungen im Rahmen des SPG Basispakets rund 2/3 der Fälle bzw. 50-60% der Kostengewichte im peripheren Spital der Wohnortregion betreut werden. Mit anderen Worten hält ein Grossteil der Bevölkerung jenen Teilen der lokalen ambulanten und stationären Versorgung die Treue, welche im engeren Sinne versorgungsnotwendig sind. Die Bedeutung dieser Feststellung wird durch die Ergebnisse aus der Region Thun unterstrichen, wo wir eine etwas tiefere Inanspruchnahme des lokalen Angebots und eine grössere „Abwanderungstendenz“ in andere, vor allem öffentliche Spitäler im Kanton Bern finden.

Besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang die Grundversorgung Geburtshilfe und Neonatologie: hier liegen die Ergebnisse zur lokalen Leistungsanspruchnahme noch höher, indem rund 80% der Neugeborenen im wohnortnahen Spital entbunden werden. Wir folgern daraus, dass Geburtshilfe aus Bevölkerungsperspektive ein erwartetes Leistungsangebot ist und in peripheren Regionen eine nicht zu unterschätzende Versorgungsfunktion hat. Das mag mitunter erklären, warum Schliessungen von Geburtsabteilungen in peripheren kleinen Spitälern grosse Wellen der Entrüstung in der Bevölkerung auszulösen vermag.

Für andere Leistungsbereiche fanden wir unterschiedliche Migrationsmuster: beispielsweise zeigte sich beim Leistungsbereich „Bewegungsapparat“ bzw. für die orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats eine ausgeprägte Tendenz zu Hospitalisationen ausserhalb der Versorgungsregion der STS AG und vor allem in Privatspitälern der Stadt Bern, auf die bis 30-50% aller orthopädischen Hospitalisationen entfielen. Dies dürfte unter anderem mit der hohen Angebotsdichte an orthopädischer Chirurgie im Raum Bern in Zusammenhang stehen (Bieri, 2010). Ein weiteres Migrationsmuster ist für den Bereich (interventionelle) Kardiologie sowie Herz- und thorakale Gefässchirurgie zu beobachten: von diesen Patienten (aus den untersuchten Regionen) werden 49% der Fälle und 63% der Kostengewichte im Insepsital bzw. 42% der Fälle und 28% der Kostengewichte in den Privatspitälern der Lindenhof-Sonnenhof- sowie Hirslanden-Gruppe betreut. Wir interpretieren diese Ergebnisse im Sinne einer „angemessenen“ Abwanderung, das heisst, dass Patienten speziell dann weg vom lokalen Angebot wechseln, wenn die Art der Erkrankung dies tendenziell auch opportun erscheinen lässt (Tai, 2004).

Der Projektfragestellung nach den Versorgungs-Funktionen peripherer Spitäler sind wir mittels Evaluation der Spektren der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nachgegangen. Diese Ergebnisse zeigen zusammenfassend, dass in den vier untersuchten Spitälern bedeutende Unterschiede bestehen sowohl betreffend Leistungsspektrum, d.h. der von den Patienten in Anspruch genommenen Leistungsbereiche und –Gruppen, wie auch deren prozentualer Verteilung.

Bemerkenswert an diesen Ergebnissen ist zum einen, dass rund drei Viertel bis fünf Sechstel aller Hospitalisationen der untersuchten peripheren Spitäler im Bereich des (obligatorischen) Basispakets und in der Geburtshilfe liegen. Zum anderen fallen die unterschiedlichen Bandbreiten an Leistungsbereichen und –Gruppen der vier peripheren Häuser auf. Mit 19 Leistungsbereichen bzw. 28 Leistungsgruppen weist das Spital Zweisimmen die grösste Bandbreite aus. Bemerkenswert ist diese Beobachtung deshalb, weil für ein Spital aus den Perspektiven Patientenbetreuung, Betriebswirtschaft und Management relevant ist, ob es beispielsweise 13 oder 19 Leistungsbereiche anbietet. Ein wesentlicher Grund liegt darin, dass Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ihre je eigenen Fachkompetenzen und klinischen Abläufe aufweisen und entsprechende personelle wie infrastrukturelle Anforderungen stellen. Je breiter diese Anforderungen ausfallen, desto grösser werden die Auswirkungen wie auch die Risiken für Führung und Betrieb dieser Häuser sein. (Ferrier, 1996).

Unsere Hypothese ist, dass eine wichtige Voraussetzung der erfolgreichen Führung eines Spitals wie auch der Gewährleistung einer funktionierenden regionalen Gesundheitsversorgung eine übereinstimmende Klarheit unter den Akteuren ist, was im Spital bzw. der Region angeboten wird und was für die Region notwendig und sinnvoll ist. Eine solche übereinstimmende Klarheit zeigten die Interviews mit den Akteuren im Unterengadin und Münstertal. Die Interviewten berichteten ein übereinstimmendes, klares Profil zum stationären Leistungsangebot in ihren Regionen, eine positiv-zuversichtliche Einstellung, was man dem Tal bietet und eine übereinstimmende Einschätzung, was die Bevölkerung bezüglich Gesundheitsversorgung erwartet. Ausdruck dieser übereinstimmenden Klarheit ist, wie sehr die Versorgungseinrichtungen von der Bevölkerung getragen werden. Letzteres wurde beispielsweise im März 2013 eindrücklich vor Augen geführt, als in den Gemeinden des Unterengadins über einen neuen Operationstrakt im Ospidal Scuol abgestimmt wurde und 92% aller Stimmenden eine 17 Mio-Finanzierung genehmigten (Südostschweiz, 2013).

Im Gegensatz dazu drückten die Interviewten der Region Saanenland-Obersimmental-Thun eine erhebliche Bandbreite an Meinungen über ein erfolgversprechendes stationäres Leistungsangebot in Zweisimmen wie auch an Annahmen über die Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung in dieser Region aus. Exemplarisch reichte die Bandbreite der Meinungen von der Ansicht, dass die Idee eines „Spitals“ im gegenwärtigen Sinn aufzugeben wäre bis zur Einschätzung, dass das aktuelle Angebot angemessen und ausbaufähig sei. Dass keine klare Übereinstimmung gegeben ist, ist angesichts der langen und konflikthaften Auseinandersetzungsgeschichte innerhalb der Region und zwischen der Region und dem Kanton Bern sehr nachvollziehbar. Gleichzeitig machen diese Ergebnisse auch deutlich wie sehr eine verbindende Vision fehlt.

Im Sinne eines Zwischenfazits sind drei Aspekte hervorzuheben: (1) seitens der Bevölkerung in den peripheren Regionen finden wir die stärkste Treue zum lokalen

Angebot in den Leistungsbereichen der Grundversorgung (Basispaket, Geburtshilfe), d.h. in den für diese Regionen versorgungsnotwendigen Bereichen. (2) In Übereinstimmung dazu bestehen die Leistungsspektren der untersuchten peripheren Spitäler zu drei Viertel bis fünf Sechstel aus dem (obligatorischen) Basispaket und Geburtshilfe. Gleichzeitig bestehen bedeutsame Unterschiede zwischen den einzelnen peripheren Häusern, insbesondere was die Bandbreite des übrigen Leistungsspektrums betrifft. Im Gegensatz zum Spital Zweisimmen zeigen die peripheren Bündner Spitäler kleinere Leistungsbandbreiten. (3) Im Gegensatz zu den Berner Regionen finden wir unter den Akteuren der beiden Bündner Regionen eine übereinstimmende Klarheit, was im Spital bzw. der Region angeboten wird und was für die Region notwendig und sinnvoll ist.

Unsere Hypothese ist, dass die Punkte 2 und 3 des Zwischenfazits in engem Bezug zueinander stehen: je mehr Übereinstimmung unter den Akteuren darüber besteht, welches Leistungsprofil für eine periphere Region sinnvoll ist und dementsprechend angeboten wird, desto differenzierender und klarer präsentiert sich insbesondere das stationäre Angebot der Spitäler in dieser Region. Diese Hypothese würde das aktuelle Projekt „Gesundheitsnetz“ bzw. den Aufbau eines umfassenden Gesundheitsnetzes im Simmental-Saanenland sehr unterstützen, insbesondere die Zielsetzungen, „gemeinsam mit allen Akteuren der Region eine Zukunftsstrategie betreffend umfassende medizinische Versorgung für die Region Simmental-Saanenland sowie ein massgeschneidertes stationäres Angebot in Zweisimmen unter Berücksichtigung des Mutterhauses in Thun zu definieren“ (Projektskizze, 2013). Aus den Ergebnissen dieses Projektes geschlossen, kommt dem Basispaket (und der Geburtshilfe) aus Sicht der Bevölkerung grösste Bedeutung zu, die darüber hinaus reichenden Spezialitäten wären vermutlich sehr differenziert in ihren Bedeutungen und Auswirkungen im internen wie externen Netzwerks des Spitals zu diskutieren.

Das Leistungsangebotsspektrum von Spitälern wird üblicherweise aufgrund von Fallzahl- und Vergütungsvolumina festgelegt. Auch wenn diese Aspekte in der Strategiefindung bedeutsam und zu berücksichtigen sind, greifen sie im Lichte dieser Ergebnisse insbesondere für periphere Regionen und kleine Spitäler zu kurz (Knieps, 2012; Succi, 1997; Williamson, 2010). Aus Sicht dieses Projektes wäre zu überlegen, dass eine erfolgreiche Angebotsstrategie peripherer Spitäler darauf auszurichten ist, was für die Bevölkerung der Region notwendig und sinnvoll und gleichzeitig für das Spital durchführbar und finanzierbar ist. Dies hiesse grundsätzlich, dass eine Angebotsstrategie bzw. ein Leistungsspektrum gegenüber heute differenzierter und mit Bezug auf die Anforderungen in der Region priorisierter gestaltet wird (Bohmer, 2011; Knieps, 2012; Porter, 2013; Rossi, 2011; Tai, 2004; Williamson, 2010).

Differenzierter und priorisierter meint eine präzisere Unterscheidung zwischen jenen Leistungsbereichen, welche zwingend anzubieten sind und welche in nächster Priorität angeboten werden könnten. Für die in diesem Projekt im Fokus stehenden peripheren Spitäler und in der Sprache der Spitalleistungsgruppensystematik käme wohl den grundversorgenden Leistungsgruppen und insbesondere dem Basispaket und Geburtshilfe eine hohe Priorität zu. Es wäre innerhalb der STS AG zu klären und im Projekt „Gesundheitsnetz“ zu diskutieren, wie ein Spital Zweisimmen-Saanen mit grundsätzlich nur einem Basispaket- und allenfalls Geburtshilfe-Angebot zu gestalten und zu betreiben wäre (Ricketts, 2000). Darauf aufbauend wäre auszuhandeln, welche zusätzlichen Leistungsbereiche sowohl für die Region sinnvoll, das Spital attraktiv und betrieblich gut

bewältigbar wären. Die einzelnen Leistungsbereiche bringen unterschiedliche Anforderungen bezüglich Fachkompetenzen, klinische Abläufe, Infrastruktur und Personal mit sich. Sind die Anforderungen dieser Leistungsbereiche zu heterogen, sind Irritationen in den Abläufen, beim Personal, innerhalb des Spitals und mittelfristig wohl auch bei den Patienten zu erwarten. Optimal sind vermutlich Kombinationen von Leistungsbereichen, deren Anforderungen möglichst nahe beieinander liegen und welche gleichzeitig optimal mit dem regionalen Spitalzentrum abgestimmt sind (Gruen, 2003).

Voraussetzung dafür ist, dass die kantonale Versorgungs- und Spitalplanung bzw. die Spitalliste den regionalen Spitalzentren diesen Gestaltungsspielraum zuspricht und der STS AG damit ermöglicht zu klären, welche Leistungsbereiche für die Region Saanenland-Obersimmental im Spital Zweisimmen bzw. Thun anzubieten sind.

6 LITERATUR

Barer, M. L., Stoddart, G. L. (1992). Toward integrated medical resource policies for Canada: 9. Postgraduate training and specialty certification. *CMAJ*, 147(7):999-1005.

beco Berner Wirtschaft (2013). Daten und Fakten zur wirtschaftlichen Situation im Kanton Bern. <http://www.vol.be.ch/vol/de/index/wirtschaft/wirtschaftspolitik/beco-wirtschaftspolitik-wida.html>

Bieri, A. (2010). Monitoring Ärztliche Versorgungssituation im Kanton Bern. *Ärztegesellschaft des Kantons Bern*, 4: 6-8.

Bohmer R. (2011). The Four Habits of High-Value Health Care Organizations. *New Engl J Med*. 365; 22: 2045-7

Buchmueller, T. C., Jacobson, M. C. (2006). How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. *J Health Econ* 25: 740–761.

Busato, A., Matter, P., Kuenzi, B., Goodman, D. (2011). Geographic variation of consultation cost for ambulatory care in Switzerland. *Journal of Health Services Research & Policy* 1–6, DOI: 10.1258/jhsrp.2011.010056

Camenzind, P., Sturny, I. (2013). Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. (Obsan Bericht 59). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Creswell, J. W., Fetters, M. D., Ivankova, N. V. (2004) Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. *Ann Fam Med* 2; 1-7

Dunbabin, J. S., McEwin, K., Cameron, I. (2006). Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health*, 6(2):481.

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2010). Das Leistungsgruppenkonzept. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_20110215_d.pdf

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2011). Ärztliche Grundversorgung in Randgebieten. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Med_Grundversorgung/NZ_RandGebSyn_20110908_d.pdf

Gruen, R. L., Weeramanthri, T. S., Knight, S. S., Bailie, R. S. (2003). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. (Review). *Cochrane Database of*

Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.

Ferrier, G. D., Valdmanis, V. (1996). Rural hospital performance and its correlates. *J Productivity Analysis* 7, 63-80

FMC Forum Managed Care (2013). Schweizer Ärztenetze 2013. <http://www.fmc.ch/infothek-medien/aerztenetzeschweiz/>

den Hartog, M., Janssen, R., Haselbekke, B. J., Croes, R., Klik, M. (2013). Factors associated with hospital closure and merger: A survival analysis of Dutch hospitals from 1978 to 2010. *Health Serv Manage Res* 26(1): 1-8

Henry, J. A., Edwards, B. J., Crotty, B. (2009). Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health*, 9(1):1083.

Holmes, G. M., Slifkin, R. T., Randolph, R. K., Poley, S. (2006). The Effect of Rural Hospital Closures on Community Economic Health. *Health Services Research* 41; 2: 467-485

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, B. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher* 33; 7: 14-26

Klauss, G., Staub, L., Widmer, M., Busato, A. (2005). Hospital service areas – a new tool for health care planning in Switzerland. *BMC Health Services Research* 5:33

Knieps, F., Amelung, A.E., Wolf, S. (2012) Die Gesundheitsversorgung schwer zu versorgenden Regionen. *Gesundheit- und Sozialpolitik*, 6: 8-19

O’Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Services Research & Policy* 13; 2: 92–98

Porter, M. E., Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review* October 2013

Ricketts, T. C. (2000). The changing nature of rural healthcare. *Annu. Rev. Public Health*. 21: 639–57

Rossi, A., Rossi, D., Rossi, M., Rossi, P. (2011). Continuity of care in a rural critical access hospital: surgeons as primary care providers. *Am. J. Surg.* 201: 359-362

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) (2013). Finanzierung der Spitäler und Geburtenabteilungen in Bergkantonen und ländlichen Gebieten. http://www.sab.ch/uploads/media/Nr218_Spitalfinanzierung_2013.pdf

Succi, M. J., Lee, S. D., Alexander, J. A. (1997). Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures. *Health Services Research* 31; 6: 679-699

Südoschweiz (20.11.2013). Spital Scuol eröffnet den neuen Operationstrakt. http://v2.suedoschweiz.ch/epaper/pdf/temp/20140128105024_D841C0A6_51_wzbw_01_2013-11-20.pdf

Tai, W. C., Porell, F. W., Adams, E. K. (2004). Hospital Choice of Rural Medicare Beneficiaries: Patient, Hospital Attributes, and the Patient–Physician Relationship. *Health Services Research* 39; 6: 1903-22

Williamson, M., Gormley, A., Dovey, S., Farry, P. (2010). Rural hospitals in New Zealand: results from a survey. *New Zealand Med J* 123; 1315: 20-29

World Health Organization WHO (2006). *The world health report: Working together for health*. Geneva, World Health Organization.