



Zuger Spitalplanung Rehabilitation
2023
Versorgungsbericht



1.	Einleitung	4
1.1.	Grundlagen	5
1.1.1.	Rechtliche Rahmenbedingungen	5
1.1.2.	Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung	5
1.2.	Prozess der kantonalen Spitalplanung	6
1.2.1.	Bedarfsermittlung	6
1.2.2.	Angebotsbestimmung	6
1.2.3.	Sicherung des Angebots	6
2.	Methodik	7
3.	Leistungsbedarf der Zuger Bevölkerung	8
3.1.	Bisherige Nachfrage	8
3.2.	Nachfragestruktur 2019	10
3.2.1.	Analyse nach Leistungsbereichen	10
3.2.2.	Analyse nach Altersgruppen	10
3.3.	Prognose Rehabilitation	12
3.3.1.	Prognosemodell und Einflussfaktoren	12
3.3.2.	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	14
3.3.2.1.	Demografie	14
3.3.2.2.	Medizintechnik	14
3.3.2.3.	Epidemiologie	14
3.3.2.4.	Medizintechnik Akutsomatik	16
3.3.2.5.	Geriatrische Rehabilitation	16
3.3.2.6.	Substitution stationär durch ambulant	16
3.3.3.	Prognoseergebnisse	16
3.3.3.1.	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	16
3.3.3.2.	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	18
3.3.3.3.	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	18
4.	Zu- und Abwanderungen Kanton Zug	20
5.	Leistungsangebot der Zuger Listenspitäler Rehabilitation	22
6.	Glossar und Verzeichnisse	24
6.1.	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	24
6.2.	Abkürzungen und Symbole in Abbildungen	30
6.3.	Abbildungsverzeichnis	31

Der vorliegende Versorgungsbericht ist Bestandteil der Spitalplanung Rehabilitation 2023 des Kantons Zug. Der Bericht bildet die bisherige Nachfrageentwicklung ab und ermittelt den zukünftigen Leistungsbedarf in der Rehabilitation. Gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten liefert der Versorgungsbericht die Grundlage für die weiteren Schritte im Zuge der Spitalplanung Rehabilitation 2023 und somit für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung zugunsten der Wohnbevölkerung des Kantons Zug.

Zentrale Grundlage für die Analysen im vorliegenden Versorgungsbericht bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Für die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs werden ausserdem die Bevölkerungsszenarien des BFS verwendet. Die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs basiert auf dem Prognosemodell des Kantons Zürich. Als Prognosehorizont diente der Zeitraum bis 2032.

Seit 2012 hat die Zahl der Austritte von Patientinnen und Patienten in der stationären Rehabilitation um 19 Prozent zugenommen, die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von rund 9 Prozent in der Zeitspanne von 2012 bis 2019. Rund drei Viertel aller stationär behandelten Personen befinden sich in den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre sowie über 75 Jahre. Das Hauptszenario der Prognose zur Spitalplanung Rehabilitation 2023 für stationäre Behandlungen in der Rehabilitation zeigt ein Wachstum der Austritte um 45,4 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche im Zeitraum bis 2032. Das Wachstum ist in der Spitalplanungsleistungsgruppe muskuloskelettale Rehabilitation noch höher, da hier der Effekt der demografischen Entwicklung deutlicher zu Buche schlägt. Weitere Faktoren haben einen weniger starken Effekt auf das Prognoseergebnis.

1. Einleitung

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

Der Versorgungsbericht 2012 des Kantons Zug deckte den Planungshorizont bis 2020 ab. Der vorliegende Versorgungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die vollständige Überarbeitung der Spitalplanung des Kantons Zug im Bereich der Rehabilitation. Die Überarbeitung der Spitalplanung im Bereich Akutsomatik wurde bereits angegangen, eine neue Liste soll Anfang 2023 in Kraft treten. Die Psychiatrieplanung erfolgt im Rahmen des Psychiatriekordats Uri/Schwyz/Zug.

Im vorliegenden Bericht sind die statistischen Grundlagen für den Bereich der Rehabilitation enthalten, dazu gehört eine umfassende Analyse von Angebot und Nachfrage der stationären Versorgung im Zeitraum zwischen 2012 bis 2019 sowie die Bedarfsprognose, d. h. die Entwicklung des Versorgungsbedarfs bis 2032.

1.1. Grundlagen

Gestützt auf das KVG sind die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) konkretisiert. Auf kantonalen Ebene sind die Regelungen des KVG und der KVV insbesondere im Spitalgesetz (BGS 826.11) und im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (BGS 842.1) verankert.

Nebst den erwähnten gesetzlichen Grundlagen stützt sich der vorliegende Bericht auch auf die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung, welche die GDK zwecks Konkretisierung der Bestimmungen aus KVG und KVV formuliert hat.¹ Eine wesentliche Grundlage bildete dabei die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) bzw. des Bundesgerichts (BGer).²

1.1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Das KVG verpflichtet die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Qualität zu fördern und die Kosten zu dämpfen. Die kantonalen Spitalplanungen stellen dabei per se kein neues Instrument dar, diese werden bereits seit 1996 erarbeitet. Die Eckpunkte für die Spitalplanung sind in Art. 39 KVG festgelegt. Darin ist festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen (Abs. 2) und der Bundesrat, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität, einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt (Abs. 2^{ter}). In Art. 58b KVV sind die erwähnten Kriterien für die Spitalplanung konkretisiert:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

1.1.2. Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung

Der Gegenstand der Planung, namentlich die bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, ist in Art. 58a Abs. 1 KVV konkretisiert. Die Planung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, welche die Planung erstellen. Um für die Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG der kantonalen Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und damit auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. In Art. 39 verpflichtet das KVG die Kantone somit indirekt, eine Spitalplanung vorzunehmen.

¹ Vgl. dazu www.gdk-cds.ch.

² Eine Übersicht der Entscheide des BGer und des BVGer im Kontext kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden (vgl. www.gdk-cds.ch).

1.2. Prozess der kantonalen Spitalplanung

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die vollständige Überarbeitung (umfassende Neuplanung) der Spitalplanung des Kantons Zug in der Rehabilitation.

Bei einer umfassenden Neuplanung werden grundsätzlich folgende Prozessschritte durchlaufen: Die Bedarfsermittlung und damit der vorliegende Versorgungsbericht (siehe sogleich Kapitel 1.2.1), die Angebotsbestimmung einschliesslich Beurteilung und Auswahl des Angebots (Kapitel 1.2.2) sowie den Erlass einer neuen Spitalliste für die Rehabilitation (Kapitel 1.2.3).

1.2.1. Bedarfsermittlung

Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV haben sie sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung sind gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV auch jene Leistungen zu identifizieren, die in Einrichtungen beansprucht werden, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet die Grundlage für die Spitalliste 2023 Rehabilitation. Dazu wird eine umfassende Aktualisierung der Bedarfsanalysen und -prognosen vorgenommen, um einen möglichen Handlungsbedarf zur Sicherstellung der stationären Versorgung zu identifizieren.

1.2.2. Angebotsbestimmung

Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone das Angebot gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV, welches durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen (Listenspitäler) zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebots bzw. der konkreten Leistungserbringer berücksichtigen die Kantone insbesondere die Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV, namentlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität haben die Kantone gemäss Art. 58d Abs. 4 KVV insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potential der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Ausserdem sind gemäss Art. 39 Abs. 1. lit. d KVG private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

1.2.3. Sicherung des Angebots (Erlass einer Spitalliste)

Zur Sicherung des Angebots gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV erstellen die Kantone eine Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Auf dieser kantonalen Spitalliste wird für alle inner- und ausserkantonalen Leistungserbringer das Leistungsspektrum – in Form von in Kategorien gegliederten Leistungsaufträgen – definiert (vgl. Art. 58f Abs. 3 KVV).

2. Methodik

Dem vorliegenden Versorgungsbericht liegt das vom Kanton Zürich entwickelte Prognosemodell zu Grunde. Dieses Prognosemodell ist im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)³ im Kapitel C (Methodik) ausführlich beschrieben. Relevant sind dabei insbesondere die Seiten 34 bis 48 sowie die Seiten 65 bis 75 des erwähnten Berichts.

Für die Berechnung der Bedarfsprognose wird die Medizinische Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) verwendet. Die einzige Abweichung vom Prognosemodell des Kantons Zürichs besteht darin, dass anstelle einer eigenen kantonalen Bevölkerungsprognose das Referenzszenario des BFS verwendet wird.

3. Leistungsbedarf der Zuger Bevölkerung

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage (vgl. Kapitel 3.1) und die Nachfragestruktur der Zuger Patientinnen und Patienten (vgl. Kapitel 3.2) beschrieben. Als Referenzjahr wurde das Jahr 2019 bestimmt. In Kapitel 3.3 werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Rehabilitation umschrieben und die Resultate der Prognose dargestellt.

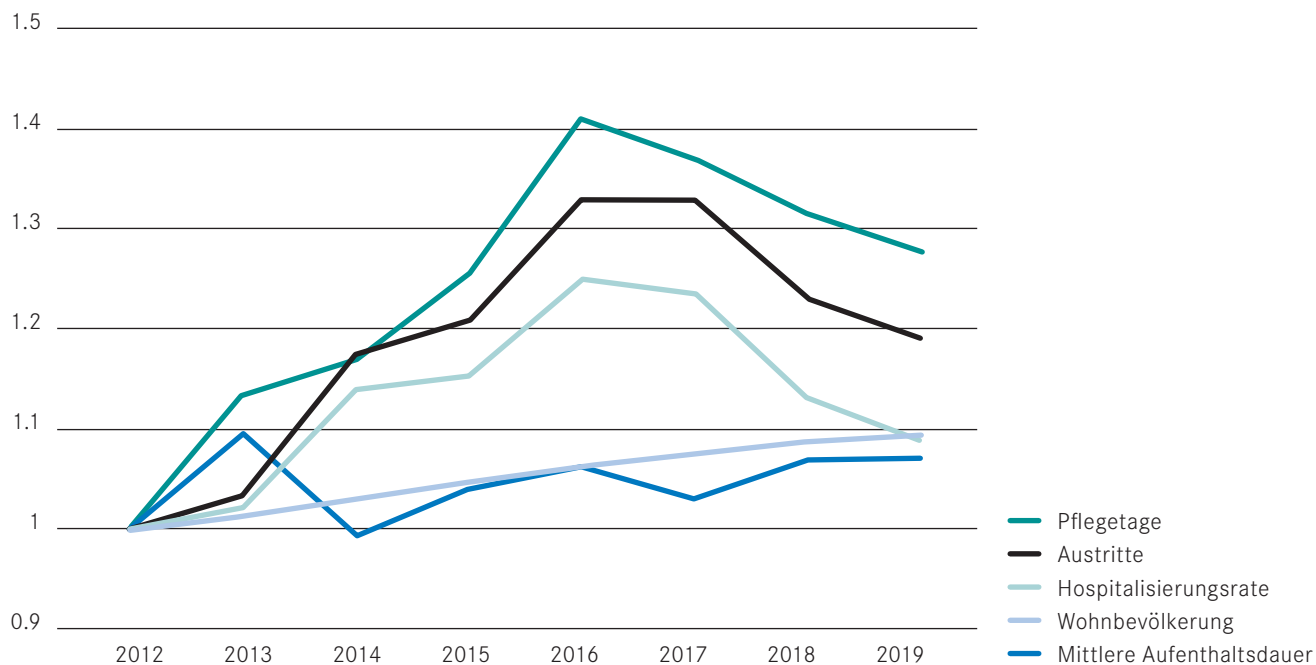
3.1. Bisherige Nachfrage

Die Zahl der Zuger Patientinnen und Patienten, die eine stationäre rehabilitativen Behandlung benötigen, ist seit 2012 insgesamt um 19 Prozent gestiegen (vgl. [Abbildung F1](#)). In den Jahren 2016 und 2017 wurde mit 996 Behandlungen ein Höchstwert erreicht. Seit 2018 sank die Zahl der Behandlungen auf 893 im Jahr 2019. Trotz dieser Schwankung liegt die totale Zunahme über dem Bevölkerungswachstum von rund 9 Prozent in der Zeitspanne von 2012 bis 2019. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zugerinnen und Zuger in Rehabilitationskliniken beträgt im Jahr 2019 25,4 Tage.

Die [Abbildung F2](#) zeigt die Entwicklung der Austritte in absoluten Zahlen. Von 2012 bis 2016 ist die Zahl der Austritte angestiegen. Ab 2018 ist ein Rückgang der Austritte zu verzeichnen.

Abbildung F1

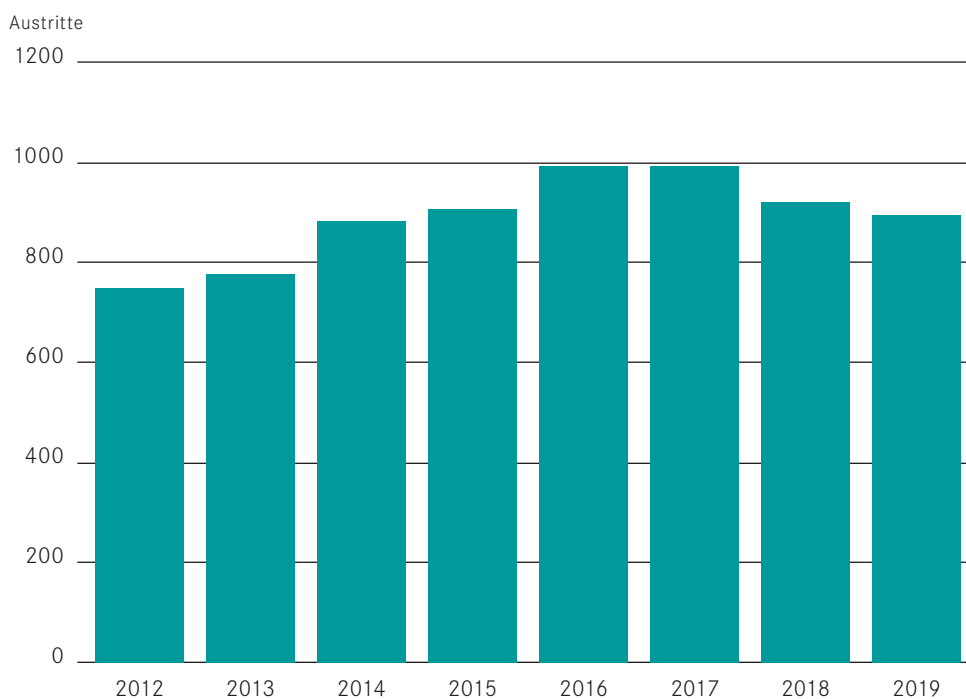
Entwicklung Zuger Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2012 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F2

Entwicklung Austritte 2012 bis 2019



Quelle: Eigene Darstellung

3.2. Nachfragestruktur 2019

Tage, während die MAHD in der internistischen und onkologischen Rehabilitation rund 20 Tage beträgt.

3.2.1. Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 893 Austritte von Zuger Patientinnen und Patienten (siehe [Abbildung F3](#)). Etwas mehr als 40 Prozent davon betreffen den Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) «Musku- loskelettale Rehabilitation». Weitere 24 Prozent sind dem SPLB «Neurologische Rehabilitation» zugeordnet. So können rund zwei von drei stationären Rehabilitationsaufenthalten einem dieser beiden SPLB zugeordnet werden. Jeweils etwas mehr als 10 Prozent aller Austritte gehören in die SPLB «Kardiovaskuläre Rehabilitation» und «Internistische und onkologische Rehabilitation». Die restlichen SPLB machen knapp 10 Prozent aller Austritte aus. Darunter sind auch 20 Austritte, die keinem SPLB zugeteilt werden konnten. Dies sind zu einem grossen Teil Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F-Diagnose). Dazu kommen Fälle, die aufgrund mangelnder Kodierqualität keiner Gruppe zugeordnet werden konnten oder keinen Rehabilitationsfall darstellen. Die 893 Austritte verzeichnen rund 23 000 Pfl- egetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pfl- egetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pfl- egetage im Kalenderjahr) ermittelt werden. Sie entsprechen der Summe der Aufenthaltsdauer aller in einem Jahr ausgetretenen Patientinnen und Patienten. Deshalb kann die hier und in der Folge ausgewiesene Zahl leicht von der in Kapitel 3.1 ausgewiesenen Anzahl Pfl- egetage abweichen. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) entspricht folglich der Anzahl Pfl- egetage dividiert durch die Austritte und beträgt 25,4 Tage. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen den ver- schiedenen Bereichen. Eine stationäre neurolo- gische Rehabilitation dauert im Schnitt über 33

3.2.2. Analyse nach Altersgruppen

Die [Abbildung F4](#) zeigt die Nachfrage stationärer Rehabilitationsleistungen der Zuger Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 43 Prozent aller Aus- tritte und Pfl- egetage entfallen auf die Alters- gruppe der über 75-Jährigen, die jedoch nur gut 8 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Ein weiteres Drittel der stationären Rehabilitati- onsleistungen beanspruchen Personen zwischen 60 und 74 Jahren. Deren Anteil an der Kantons- bevölkerung beträgt rund 15 Prozent. Die über 60-Jährigen erhalten somit 75 Prozent aller sta- tionären Rehabilitationsleistungen, obwohl sie nur gut 23 Prozent der Kantonsbevölkerung ausma- chen. Bis 2032 soll der Anteil der über 60-Jähri- gen gemäss Bevölkerungsprognose auf knapp 30 Prozent ansteigen – somit ist damit zu rechnen, dass der Bedarf an Rehabilitationsleistungen ent- sprechend steigt. Kinder und Erwachsene bis 39 Jahre benötigen hingegen sehr selten eine stationäre Rehabilita- tion. Der Anteil der 40- bis 59-Jährigen beträgt 17 Prozent und ist somit tiefer als ihr Anteil an der Kantonsbevölkerung, der bei rund 30 Prozent liegt.

Abbildung F3

Austritte nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Muskuloskelettal	372	22,9	8 514
Neurologisch	214	33,6	7 198
Kardiovaskulär	115	21,9	2 515
Pulmonal	35	21,0	735
Internistisch und onkologisch	114	20,5	2 340
Somatoform	23	22,5	517
Nicht zuteilbar	20	41,0	820
Total Kanton Zug	893	25,4	22 639

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F4

Austritte von Zugerinnen und Zugern nach Altersgruppe 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kt. Zug
0-17	7	49,0	343	18,4%
18-39	41	36,5	1 495	26,9%
40-59	149	26,8	3 998	31,5%
60-74	310	24,6	7 611	15,1%
75 plus	386	23,8	9 192	8,1%
Total Kanton Zug	893	25,4	22 639	

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F5

Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario

Einflussfaktoren	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Demografie	Schweiz-Szenarien 2020-2050, Bundesamt für Statistik: Referenzszenario	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Kein Effekt gemäss Gutachten ZHAW	Keine Unterscheidung
Epidemiologie	Kein Effekt gemäss Workshop Epidemiologie	Keine Unterscheidung
Medizintechnik AKUT	Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionsen basierend auf Prognose Akutsomatik	Aus Prognose Akutsomatik
Geriatrische Rehabilitation	Zunahme der Austritte von über 75-Jährigen	Haupt.: +2,5% / Max.: +7,5%
Ambulantisierung Fälle	Leichte Verlagerung in den ambulanten Bereich	Haupt.: -2,5% / Max.: -5,0%
Ambulantisierung MAHD	Frühere Entlassungen in ambulante Nachbehandlung	Haupt.: -5,0% / Min.: -10,0%
Reduktion MAHD	ST-Reha-Effekt	Min.: -5,0%

Quelle: Eigene Darstellung

3.3. Prognose Rehabilitation

In diesem Kapitel werden die Prognosemethodik und die Resultate der Bedarfsprognose im Bereich Rehabilitation vorgestellt. Das grundlegende Prognosemodell ist im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁴ im Kapitel C (Methodik) ausführlich beschrieben und wird an dieser Stelle nur kurz zusammengefasst. Die Prognose des Rehabilitationsbedarfs erfolgt auf Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG), für eine bessere Übersicht werden die Ergebnisse nachfolgend jedoch nur auf Ebene Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) ausgewiesen. Es wird die Entwicklung der Ausritte, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflgetage bis ins Jahr 2032 berechnet und dargestellt. Die Fallzahlen und jeweilige Aufenthaltsdauer werden durch verschiedene Einflussfaktoren beeinflusst. Die demografische, medizintechnische und epidemiologische Entwicklung wird im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁵ im Kapitel C 1.5.2 beschrieben, weitere rehabilitationsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigt das nachfolgende Kapitel 3.3.1 des vorliegenden Versorgungsberichts. Im Kapitel 3.3.2 des vorliegenden Versorgungsberichts wird anschliessend der Effekt der einzelnen Einflussfaktoren auf das Prognoseergebnis dargestellt, bevor im Kapitel 3.3.3 auf das Ergebnis der gesamten Prognose eingegangen wird.

3.3.1. Prognosemodell und Einflussfaktoren

Neben den Einflussfaktoren Demografie, Medizintechnik und Epidemiologie (diese werden im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁶ im Kapitel C [Methodik] beschrieben) enthält das Prognosemodell der Rehabilitation fünf weitere Einflussfaktoren, die in der Folge beschrieben werden. Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose werden nicht zum Bedarf in der Rehabilitation gezählt.

Geriatrische Rehabilitation

In der Zuger Spitalplanung 2012 wurden die geriatrischen Patientinnen und Patienten in den entsprechenden organspezifischen Leistungsgruppen berücksichtigt. Auch im neuen Leistungsgruppenmodell Rehabilitation werden die geriatrischen Patientinnen und Patienten weiterhin einer solchen Leistungsgruppe zugeteilt. Es ist davon auszugehen, dass diese Patientengruppe bereits heute eine Rehabilitation beanspruchen und keine starke Zunahme der Hospitalisierungsrate zu erwarten ist. Im Vergleich zur Spitalplanung 2012 werden die geriatrischen Patientinnen und Patienten jedoch explizit im Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation» abgebildet. Damit verknüpft sind leistungsspezifische Qualitätsanforderungen, die Rehabilitationskliniken zur Behandlung dieser Patientengruppe erfüllen müssen. Von diesen profitieren insbesondere diejenigen geriatrischen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer noch vorhandenen Lebens- und Gesundheitskräfte von der heute organspezifischen Rehabilitation überfordert sind. Trotz Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und -potenzial werden sie heute stattdessen in eine Akut- und Übergangspflege überwiesen. Die Gesundheitsdirektion erwartet deshalb, dass die explizite Abbildung der geriatrischen Patientinnen und Patienten zu einer leichten Zunahme der Hospitalisierungsrate

4 Spitalplanung 2023 | Kanton Zürich (zh.ch).

5 Spitalplanung 2023 | Kanton Zürich (zh.ch).

6 Spitalplanung 2023 | Kanton Zürich (zh.ch).

der Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren führen wird. Die Zahl der Fälle steigt somit etwas stärker an, als allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten ist.

Substitution stationär durch ambulant (Ambulantisierung)

Das Potenzial für die Verlagerung von stationären Rehabilitationsleistungen in den ambulanten Bereich ist geringer als in der Akutsomatik und der Psychiatrie. Ein wichtiger Grund sind die Kranken- und Unfallversicherer, die für den stationären Rehabilitationsaufenthalt eine Kostengutsprache erteilen müssen und damit bereits heute eine stationäre Überversorgung vermieden wird. Mit der weiteren Kostenentwicklung ist generell davon auszugehen, dass die Versicherer auch künftig eine restriktive Kostengutsprachepraxis verfolgen. Die Gesundheitsdirektion erwartet deshalb, dass sich die Anzahl stationärer Rehabilitationsfälle aufgrund von Verlagerungen in den ambulanten Bereich nur wenig verringert.

Die restriktive Kostengutsprache wirkt sich ausserdem auf die Dauer des stationären Rehabilitationsaufenthaltes aus, sofern entsprechende ambulante Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Ambulantisierung Patientinnen und Patienten früher in eine ambulante Nachbehandlung entlassen werden und eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation stattfindet.

Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer durch ST Reha

Auf den 01.01.2022 wurde das neue TarifsysteMS ST Reha zur Abrechnung stationärer Rehabilitationsfälle eingeführt. In der ST Reha Version 1.0 gibt es nur in der psychosomatischen Rehabilitation leicht degressive Tageskostengewichte. Die Tarifstruktur setzt somit – im Gegensatz zum TarifsysteMS SwissDRG in der Akutsomatik – keine starken Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern. Es wird deshalb nur im Minimal-szenario (siehe [Abbildung F6](#)) von einer Verkürzung der

Aufenthaltsdauern aufgrund von finanziellen Anreizen durch ST Reha ausgegangen. Im Minimal-szenario sinkt die MAHD um 5 Prozent.

Medizintechnik Akutsomatik

In der Akutsomatik erwartet der Kanton Zürich bis ins Jahr 2032 einen Anstieg der Hüft- und Knieprothesenrevisionen (siehe dazu den Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁷, Kapitel C 1.5.2 und Kapitel D 1.3.2.2).

Eine Analyse der Daten 2019 des Kantons Zürich hat gezeigt, dass nach einer Hüftprothesenrevision 40 Prozent bzw. nach einer Knieprothesenrevision 48 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten einen stationären Rehabilitationsaufenthalt benötigen. Da davon auszugehen ist, dass der prognostizierte Anstieg der Hüft- und Knieprothesenrevisionen sowie der Anteil Fälle mit Rehabilitationsbedarf nach einer Hüft- oder Knieprothesenrevision im Kanton Zug vergleichbar ist mit demjenigen des Kantons Zürich, werden diese Daten übernommen. Unter der Annahme, dass der Anteil von 40 bzw. 48 Prozent bis zum Jahr 2032 unverändert bleibt, können basierend auf dem Ergebnis aus der Prognose Akutsomatik die zusätzlichen Austritte in der Rehabilitation berechnet werden. Die Ergebnisse sind im Kapitel 3.3.2.4 dargestellt.

In der [Abbildung F5](#) sind die generellen sowie die soeben beschriebenen rehabilitationsspezifischen Einflussfaktoren abgebildet.

Psychiatrische Fälle in Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 wurden 17 Zugerinnen und Zuger mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Alle Fälle, die als Hauptdiagnose eine F-Diagnose (ohne F45), Z65 oder Z73 codiert haben, werden der Psychiatrie zugeordnet. Dementsprechend werden sie dem Planungsbereich Psychiatrie zugeordnet und bei der Rehabilitation abgezogen. Davon ausgenommen sind Fälle mit einer Haupt-

diagnose der Gruppe F45 somatoforme Störungen, für die es im Leistungsgruppenmodell der Rehabilitation eine entsprechende Leistungsgruppe gibt. Die in der Prognose ausgewiesenen Austritte 2019 sind bereits korrigiert.

3.3.2. Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032

In diesem Kapitel werden die Effekte der einzelnen Faktoren auf die Prognose dargestellt. Die Betrachtung der einzelnen Einflussfaktoren zeigt die Stärke des Effekts der einzelnen Faktoren auf das Prognoseergebnis auf. Das Ergebnis der Gesamtprognose wird im Kapitel 3.3.3 ausgewiesen.

3.3.2.1. Demografie (F6)

Wird nur die demografische Entwicklung berücksichtigt, erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fälle um 44 Prozent von rund 900 auf 1300. Die demografische Entwicklung wirkt dabei in doppelter Weise auf die stationären Fallzahlen: Einerseits wächst die Bevölkerung, was zu einer Zunahme der stationären Fälle um rund 18 Prozent führt, andererseits wird die Bevölkerung älter. Da ältere Personen häufiger stationäre Behandlungen benötigen als jüngere, steigt die Anzahl stationärer Fälle aufgrund der Alterung um nochmals 26 Prozent. Wie in Kapitel 3.2.2 gezeigt, ist der grösste Teil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation über 60 Jahre alt und 43 Prozent sind über 75 Jahre alt. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung führt deshalb dazu, dass die Fallzahlen in der Rehabilitation stärker steigen als in der Akutsomatik oder der Psychiatrie. Je nach Altersverteilung der Patientinnen und Patienten eines Spitalplanungsleistungsbereichs wirkt die demografische Entwicklung in den einzelnen SPLB unterschiedlich stark. Die Patientinnen und Patienten im SPLB «Somatoforme Rehabilitation» sind deutlich jünger als die Patientinnen und Patienten in den anderen SPLB. Deshalb

wirkt die Alterung der Bevölkerung viel weniger stark auf diesen Bereich und die Zunahme der Austritte liegt mit rund 17 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt.

3.3.2.2. Medizintechnik

Gemäss Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) gibt es in der Rehabilitation keine absehbaren medizintechnischen Entwicklungen mit einem Effekt auf die stationären Fallzahlen (siehe dazu den Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁸, Kapitel C 1.5). In verschiedenen Spitalplanungsleistungsbereichen erwartet eine Minderheit der befragten Expertinnen und Experten, dass die Fälle aufgrund medizintechnischer Entwicklungen in der Rehabilitation zu- oder abnehmen werden. Allerdings variieren die Angaben zur Stärke der erwarteten Zu- oder Abnahme oftmals stark. Die Spannweite der Einschätzungen der Expertinnen und Experten zeigt, wie schwierig es ist, eine Prognose zum Effekt der medizintechnischen Entwicklung abzugeben.

3.3.2.3. Epidemiologie

Aus dem Workshop mit den Epidemiologen (siehe dazu den Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Version vom Juni 2021)⁹, Kapitel C 1.5). resultierten keine Entwicklungen, für die absehbar wäre, dass sie die Fallzahlen in der Rehabilitation in den Jahren bis 2032 beeinflussen werden. Die Alterung der Bevölkerung wird als demografische Entwicklung berücksichtigt.

8 Spitalplanung 2023 | Kanton Zürich (zh.ch).

9 Spitalplanung 2023 | Kanton Zürich (zh.ch).

Abbildung F6

Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung in %	Pflegetage 2019	Pflegetage 2032	Veränderung in %
Muskuloskelettal	372	551	48,1%	8 405	12 468	48,3%
Neurologisch	214	298	39,3%	7 328	10 015	36,7%
Kardiovaskulär	115	160	39,1%	2 515	3 531	40,4%
Pulmonal	35	50	42,9%	732	1 037	41,7%
Internistisch und onkologisch	114	167	46,5%	2 340	3 433	46,7%
Somatoform	23	27	17,4%	517	605	17,0%
Nicht zuteilbar	3	4	33,3%	213	250	17,4%
Total Kanton Zug	876	1 257	43,5%	22 050	31 339	42,1%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F7

Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik auf die Rehabilitation

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	372	396	6,5%	9,4%	0,0%
Total Kanton Zug	876	900	2,7%	4,0%	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F8

Effekt der Zunahme der geriatrischen Rehabilitation

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	372	377	1,3%	4,0%	0,0%
Neurologisch	214	216	0,9%	2,8%	0,0%
Kardiovaskulär	115	116	0,9%	3,5%	0,0%
Pulmonal	35	35	0,0%	2,9%	0,0%
Internistisch und onkologisch	114	115	0,9%	2,6%	0,0%
Somatoform	23	23	0,0%	0,0%	0,0%
Nicht zuteilbar	3	3	0,0%	0,0%	0,0%
Total Kanton Zug	876	885	1,0%	3,3%	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.2.4. Medizintechnik Akutsomatik (F7)

Wie oben in Kapitel 3.3.1 beschrieben, führt die Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionsoperationen in der Akutsomatik zu höheren Fallzahlen in der Rehabilitation. Diese Entwicklung beschränkt sich auf den SPLB der muskuloskelettalen Rehabilitation mit einer erwarteten Zunahme der Austritte im Hauptszenario um knapp 7 Prozent.

3.3.2.5. Geriatrische Rehabilitation (F8)

Wie in Kapitel 3.3.1 dargelegt, erwartet die Gesundheitsdirektion, dass die Zahl der Austritte von geriatrischen Patientinnen und Patienten unabhängig von der demografischen Entwicklung gering zunehmen wird. Die Austritte der über 75-Jährigen nehmen im Hauptszenario um 2,5 Prozent und im Maximalszenario um 7,5 Prozent zu. Dies führt in den einzelnen SPLB über alle Altersklassen zu einer Zunahme der Austritte von 1 Prozent im Hauptszenario und rund 3 Prozent im Maximalszenario. Im Minimalszenario erwartet die Gesundheitsdirektion keinen Effekt auf die Zahl der Austritte.

3.3.2.6. Substitution stationär durch ambulant (F9)

Im Hauptszenario erwartet die Gesundheitsdirektion eine Verlagerung von 2,5 Prozent der Austritte, im Minimalszenario von rund 5 Prozent. Der Faktor wirkt auf alle SPLB identisch. Die Differenz zwischen den einzelnen SPLB ergibt sich aus der Rundung auf ganze Zahlen.

Neben dem Effekt auf die Fallzahlen wird erwartet, dass aufgrund der Ambulantisierung und folglich der früheren Entlassung der Patientinnen und Patienten in eine ambulante Nachbehandlung auch die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der stationären Rehabilitationsfälle verkürzt wird.

Im Hauptszenario erwartet die Gesundheitsdirektion deshalb eine Reduktion der MAHD um 5 Prozent und im Minimalszenario um 10 Prozent.

3.3.3. Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gesamten Prognose der Rehabilitation nach verschiedenen Merkmalen dargestellt. Zuerst wird das Prognoseergebnis im Vergleich zur vergangenen Entwicklung dargestellt. Danach werden die Ergebnisse nach Leistungsbereichen und Altersgruppen dargestellt. Alle Prognoseergebnisse beziehen sich auf die Zuger Wohnbevölkerung.

3.3.3.1. Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung

Die Prognose in der Rehabilitation wird sehr stark durch die demografische Entwicklung getrieben. Es gibt keinen anderen Einflussfaktor im Modell, der eine ähnlich grosse Wirkung auf die Fallzahlen hat. Entsprechend führt das Bevölkerungswachstum zusammen mit der Alterung der Bevölkerung zu einem deutlichen Anstieg der stationären Rehabilitationsaufenthalte.

Abbildung F10 zeigt die Entwicklung der Austritte in der Rehabilitation von 2012 bis 2032. Bei den Jahren 2012 bis 2018 handelt es sich um die tatsächlichen Austritte. Für das Jahr 2019 werden die 17 Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgezogen. Ab dem Jahr 2020 werden die Ergebnisse der Prognose dargestellt, wobei die hellen Balken das Hauptszenario abbilden und die schwarzen Striche das Minimal- und Maximalszenario darstellen. Im Hauptszenario ist für die Jahre 2020 bis 2032 mit einer Zunahme der Fallzahlen um knapp 42 Prozent zu rechnen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von 3,5 Prozent und ist damit etwas höher als die beobachtete Fallzunahme 2012 bis 2019 von durchschnittlich knapp 2.5 Prozent pro Jahr.

Abbildung F9

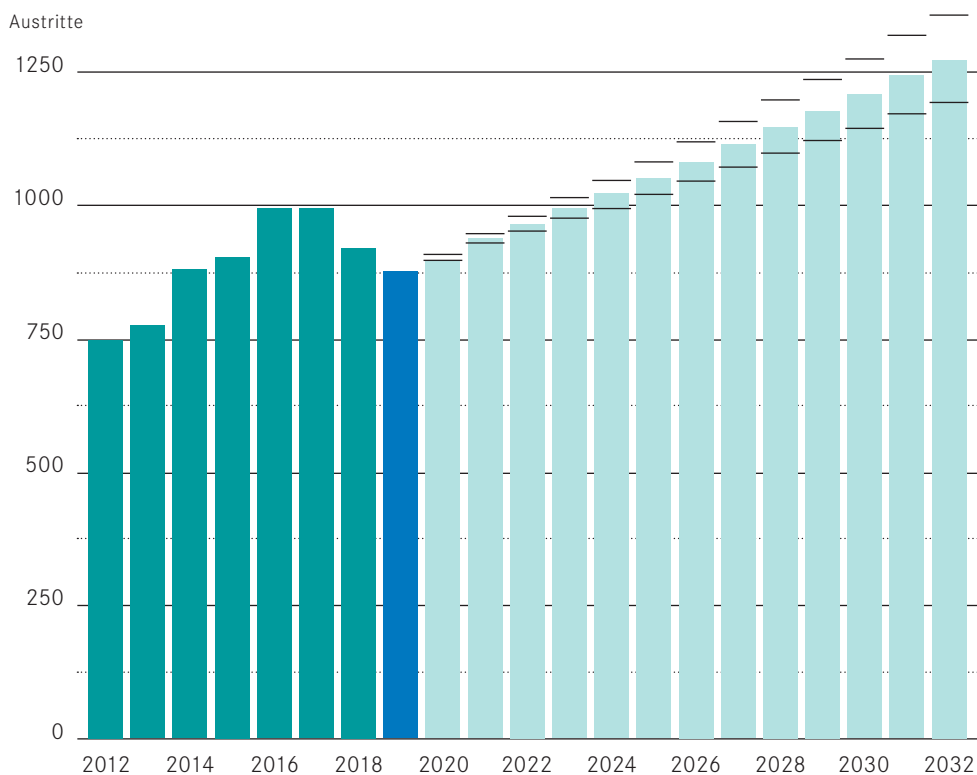
Effekt der Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	372	363	-2,4%	0,0%	-5,1%
Neurologisch	214	209	-2,3%	0,0%	-5,1%
Kardiovaskulär	115	112	-2,6%	0,0%	-5,2%
Pulmonal	35	34	-2,9%	0,0%	-5,7%
Internistisch und onkologisch	114	111	-2,6%	0,0%	-5,3%
Somatoform	23	22	-4,3%	0,0%	-4,3%
Nicht zuteilbar	3	3	0,0%	0,0%	0,0%
Total Kanton Zug	876	854	-2,5%	0,0%	-5,1%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F 10

Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

3.3.3.2. Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen (F11)

Die Abbildung zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien aus. Im Hauptszenario rechnet die Gesundheitsdirektion bis ins Jahr 2032 mit einer Zunahme der stationären Austritte in der Rehabilitation um 45,4 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von aktuell knapp 900 auf rund 1300 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zuger Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario sind es 54,9 Prozent (+480 Austritte) und im Minimalszenario 36,2 Prozent (+320 Austritte). In den meisten SPLB erwartet die Gesundheitsdirektion eine Zunahme um rund 40 Prozent. Ein deutlich stärkeres Wachstum der Fallzahlen gibt es im SPLB «Muskeloskelettale Rehabilitation» mit 56 Prozent. Das schwächste Wachstum der Fallzahlen resultiert im SPLB «Somatoforme Rehabilitation» mit 13 Prozent.

Die [Abbildung F12](#) enthält die Anzahl Pflage tage nach SPLB für die Jahre 2019 und zeigt die Entwicklung der Pflage tage in den drei Szenarien. Die Pflage tage nehmen im Hauptszenario bis 2032 um 40 Prozent zu. Das Maximalszenario erwartet eine Zunahme um rund 53 Prozent und das Minimalszenario eine Zunahme um 22 Prozent. Damit nehmen die Pflage tage etwas weniger stark zu als die Austritte. Grund dafür ist, dass das Modell im Hauptszenario eine leichte Reduktion der MAHD erwartet.

3.3.3.3. Prognoseergebnis nach Altersgruppen (F13)

[Abbildung F13](#) zeigt die Ergebnisse der Prognose der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) und Pflage tage nach Altersgruppen. Im Prognosemodell Rehabilitation gibt es, abgesehen vom Einflussfaktor geriatrische Rehabilitation, keinen Einflussfaktor, der nach Altersgruppen differenziert festgelegt wird. Das Alter spielt jedoch bei der Berechnung des demografischen Effekts eine entscheidende Rolle. Aufgrund der bereits mehrfach erwähnten Alterung der Bevölkerung überrascht es nicht, dass in der Altersgruppe der über 75-Jährigen das stärkste Wachstum der Fallzahlen (+66 %) erwartet wird. Die zweithöchste Zunahme (+45 %) wird für die ebenfalls stark wachsende Bevölkerungsgruppe der 60- bis 74-Jährigen erwartet. Dagegen wird in den anderen drei Altersgruppen eine deutlich schwächere Fallzunahme angenommen. Es ist aber zu beachten, dass 80 Prozent aller stationär behandelten Personen in den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre sowie über 75 Jahre sind.

Die MAHD nimmt bei allen Altersgruppen leicht ab. Bis 2032 erwartet die Gesundheitsdirektion im Hauptszenario eine Abnahme um knapp 4 Prozent. Im Maximalszenario sinkt die MAHD um 1 Prozent und im Minimalszenario um 11 Prozent.

Abbildung F11

Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	HAUPTSZENARIO		MAXIMALSZENARIO		MINIMALSZENARIO	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	372	581	56,2%	631	69,6%	524	40,9%
Neurologisch	214	293	36,9%	307	43,5%	283	32,2%
Kardiovaskulär	115	157	36,5%	165	43,5%	152	32,2%
Pulmonal	35	49	40,0%	51	45,7%	47	34,3%
Internistisch und onkologisch	114	164	43,9%	172	50,9%	158	38,6%
Somatoform	23	26	13,0%	27	17,4%	25	8,7%
Nicht zuteilbar	3	4	33,3%	4	33,3%	4	33,3%
Total Kanton Zug	876	1 274	45,4%	1 357	54,9%	1 193	36,2%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F12

Prognoseergebnis nach SPLB, Pflegetage 2019 und 2032

SPLB	Pflege- tage	HAUPTSZENARIO		MAXIMALSZENARIO		MINIMALSZENARIO	
		Pflege- tage	Veränderung	Pflege- tage	Veränderung	Pflege- tage	Veränderung
Muskuloskelettal	8 405	12 792	52,2%	14 261	69,7%	10 688	27,2%
Neurologisch	7 328	9 611	31,2%	10 300	40,6%	8 585	17,2%
Kardiovaskulär	2 515	3 396	35,0%	3 657	45,4%	3 026	20,3%
Pulmonal	732	999	36,5%	1 078	47,3%	889	21,4%
Internistisch und onkologisch	2 340	3 297	40,9%	3 539	51,2%	2 943	25,8%
Somatoform	517	576	11,4%	607	17,4%	519	0,4%
Nicht zuteilbar	213	238	11,7%	251	17,8%	215	0,9%
Total Kanton Zug	22 050	30 909	40,2%	33 693	52,8%	26 865	21,8%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F13

Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Altersgruppe	AUSRITTE			MAHD			PFLEGETAGE		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0-17	7	8	14,3%	49,0	46,8	-4,5%	343	368	7,3%
18-39	38	39	2,6%	33,4	32,5	-2,8%	1 268	1 252	-1,3%
40-59	140	145	3,6%	26,9	26,3	-2,2%	3 762	3 823	1,6%
60-74	307	444	44,6%	24,3	23,5	-3,5%	7 468	10 414	39,4%
75 plus	384	639	66,4%	24,0	23,6	-1,7%	9 208	15 053	63,5%
Total Kanton Zug	876	1 275	45,5%	25,2	24,3	-3,6%	22 049	30 910	40,2%

Quelle: Eigene Darstellung

4. Zu- und Abwanderungen Kanton Zug

Die Spitalplanung muss die interkantonalen Patientenströme beachten.

2019 wurden 275 Zuger Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen stationär behandelt. Demgegenüber stehen 1285 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zuger Spitälern behandelt wurden (vgl. [Abbildung F14](#)). Der Wanderungssaldo des Kantons Zug ist für alle Spitalplanungsleistungsbereiche der Rehabilitation positiv; er beträgt rund 1000 Austritte. Mit anderen Worten, in allen SPLB werden mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zug behandelt, als dass sich Zugerinnen und Zuger ausserkantonale behandeln lassen. Die zukünftige Patientenwanderung zu prognostizieren ist schwierig. Eine Prognose hängt nicht nur von der Entwicklung im Kanton Zug ab, sondern auch von jener in anderen Kantonen. Gewisse Unsicherheiten, z. B. die zukünftige Entwicklung der Referenztarife, erschweren eine Prognose zusätzlich. Zur Einschätzung der Höhe der Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten wird deshalb der aktuelle Stand verwendet.

[Abbildung F15](#) zeigt die interkantonale Patientenmigration mit den Nachbarkantonen. Von den 275 Zuger Patientinnen und Patienten, die sich ausserkantonale in einer Rehabilitationsklinik behandeln lassen, werden 72 im Kanton Aargau, 51 im Kanton Graubünden und 47 im Kanton Luzern behandelt. Total entspricht dies 170 Austritten und somit über 60 Prozent aller ausserkantonale behandelten Zugerinnen und Zuger. In den anderen in der [Abbildung F17](#) aufgeführten Kantonen werden deutlich weniger Zugerinnen und Zuger behandelt.

Etwas mehr als 80 Prozent der im Kanton Zug behandelten Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton stammen aus den Nachbarkantonen. Die [Abbildung F16](#) zeigt die Zuwanderung aus den Nachbarkantonen nach SPLB. Die meisten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, welche für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in den Kanton Zug kamen, stammen aus den Kantonen Luzern (374 Austritte), Schwyz (364 Austritte) oder Zürich (266 Austritte). Die Bestimmung des Wohnkantons basiert auf der Angabe des Wohnortes in der Medizinischen Statistik.

Abbildung F14

Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019

SPLB	Zuger/innen ausserkantonale	Ausserkantonale in Zug	Im Ausland wohnende in Zug	Saldo
Muskuloskelettal	72	555	2	485
Neurologisch	84	252	0	168
Kardiovaskulär	59	131	0	72
Pulmonal	10	74	0	64
Internistisch und onkologisch	27	248	2	223
Somatoform	5	19	0	14
Nicht zuteilbar	18	6	0	-12
Total Kanton Zug	275	1285	4	1014

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F15

Interkantonale Patientenmigration 2019

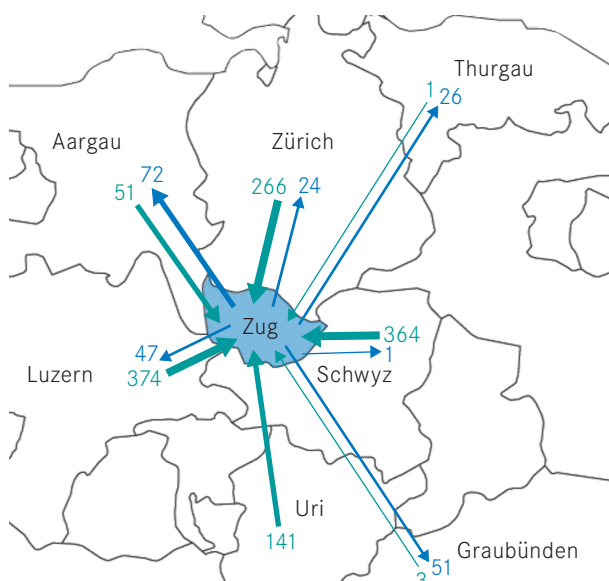


Abbildung F16

Austritte im Kanton Zug nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	LU	SZ	ZH	Andere Kantone	Total ausserkantonale	ZG
Muskuloskelettal	22	126	194	109	104	555	300
Neurologisch	12	79	61	44	56	252	130
Kardiovaskulär	5	60	23	24	19	131	56
Pulmonal	1	26	12	22	13	74	25
Internistisch und onkologisch	10	74	66	64	34	248	87
Somatoform	1	7	5	3	3	19	18
Nicht zuteilbar	0	2	3	0	1	6	2
Total Kanton Zug	51	374	364	266	230	1285	618

Quelle: Eigene Darstellung

5. Leistungsangebot der Zuger Listenspitäler Rehabilitation

Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln die Zuger Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt standen, werden in diesem Kapitel Rehabilitationskliniken dargestellt. Betrachtet werden die Kliniken mit Standort im Kanton Zug und/oder mit Zuger Leistungsauftrag.

Erbrachte Leistungen und Marktanteile der Zuger Listenspitäler Rehabilitation 2019

Die einzige Rehabilitationsklinik mit Standort im Kanton Zug, die Klinik Adelheid, verzeichnet 2019 rund 1900 stationäre Austritte (vgl. [Abbildung F17](#)). Knapp ein Drittel der Austritte (618 Austritte) machen Zugerinnen und Zuger aus.

Die beiden ausserkantonalen Spitäler mit Zuger Leistungsauftrag – das Luzerner Kantons-
spital und das Kinderspital Zürich – verzeichnen mit 11 respektive 5 nur wenige Austritte von Zugerinnen und Zugern. Auffallend hoch ist die Anzahl Zugerinnen und Zuger, welche sich in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken ohne Zuger Leistungsauftrag behandeln lässt. Mit knapp 260 Austritten entspricht dies fast 30 Prozent aller Austritte der Zuger Bevölkerung.

[Abbildung F18](#) enthält die Marktanteile der Rehabilitationskliniken mit und ohne Leistungsauftrag des Kantons Zug. Zudem wird nach inner- und ausserkantonalen Rehabilitationskliniken unterschieden. 71 Prozent der Zuger Patientinnen und Patienten werden in einer Rehabilitationsklinik behandelt, die auf der Zuger Spitalliste steht, und 69 Prozent in der Klinik mit Standort im Kanton. Die Abdeckung durch die Spitalliste ist in der muskuloskeletalen Rehabilitation mit 81 Prozent am höchsten. Die tiefste Abdeckung besteht beim SPLB kardiovaskuläre Rehabilitation mit 49 Prozent. Mit 71 Prozent liegt die Abdeckung durch die Spitalliste gerade noch in den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz, mindestens 70 Prozent der stationären Behandlung der Kantonsbevölkerung mit Leistungsaufträgen abzudecken.

Abbildung F17

Austritte der Zuger Spitäler 2019

Spitalname	Austritte ZG	Total Austritte	Austritte mit Wohnkanton Zug
Klinik Adelheid AG	618	1907	32%
Total Kanton Zug	618	1907	32%
Luzerner Kantonsspital	11	705	2%
Kinderspital Zürich	5	194	3%
Total ausserkantonale Kliniken MIT Zuger Leistungsauftrag	16	899	2%
Ausserkantonale Kliniken OHNE Zuger Leistungsauftrag	259	–	–

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F18

Marktanteile Rehabilitationskliniken mit und ohne Zuger Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Rehabilitationskliniken MIT Leistungsauftrag		Rehabilitationskliniken OHNE Leistungsauftrag	
	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonale	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonale
Muskuloskelettal	81%	0%	–	19%
Neurologisch	61%	7%	–	33%
Kardiovaskulär	49%	0%	–	51%
Pulmonal	71%	0%	–	29%
Internistisch und onkologisch	76%	0%	–	24%
Somatoform	78%	0%	–	22%
Nicht zuteilbar	10%	5%	–	85%
Total Kanton Zug	69%	2%	–	29%

Quelle: Eigene Darstellung

6. Glossar und Verzeichnisse

6.1. Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Abs.	Absatz
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen.
Art.	Artikel
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer beschreibt die Dauer zwischen Ein- und Austritt einer Patientin / eines Patienten in eine stationäre Einrichtung. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer im vorliegenden Bericht basiert auf der Definition von SwissDRG und wird wie folgt berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Bundesgerichtsentscheid
Bst.	Buchstabe(n)
bzw.	beziehungsweise
CHOP	Schweizerischer Operationsklassifikation, welche zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet wird.
Case Mix (Index) (CMI)	Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals nach SwissDRG. Dieser ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Wird der Case Mix durch die Anzahl Fälle dividiert, erhält man den Case Mix Index, d. h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals.
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die Länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG). Jede Hospitalisierung wird aufgrund medizinischer und weiterer Kriterien (z. B. Alter) einer solchen Fallgruppe (DRG) zugeordnet. Diese Fallgruppen sind schweizweit identisch.

d. h.	das heisst
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen, sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
f.	folgend(e)
ff.	fortfolgend(e)
(Stationärer) Fall	Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen. Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern eine Patientin oder ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird in der Regel pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als «Patientinnen und Patienten» und «Behandlungen» bezeichnet.
Fallgewicht	Jede DRG hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
gem.	gemäss
Hauptzenario	Hauptzenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung. Es ist der wahrscheinlichste Effekt der einzelnen Einflussfaktoren.
Hospitalisierungsrate	Hospitalisierungsrate zeigt die Inanspruchnahme von Ressourcen der stationären Akutversorgung. Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Diese Rate ist eine Grundlage für die Spitalplanung.

HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD-10 / ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, welche für die Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt wird. ICD-10- und ICD-11-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
k. A.	Keine Angabe(n)
Kostengewicht	Das Kostengewicht einer Fallgruppe reflektiert den relativen – d. h. im Vergleich zu den anderen in der Tarifstruktur abgebildeten Fallgruppen – durchschnittlichen Behandlungsaufwand. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler durch die SwissDRG AG ermittelt.
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.102)
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht).
lit.	litera
Maximalszenario	Für jeden Faktor wird der zur höchsten Zahl an Fällen führende, plausible Effekt verwendet. Im Maximalszenario wurden somit diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf im Jahr 2032 führen bzw. zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist.
MFZ	Mindestfallzahl(en)
Minimalszenario	Für jeden Faktor wird der zur tiefsten Zahl an Fällen führende, plausible Effekt verwendet. Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf im Jahr 2032 führen bzw. zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist.

Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Die MAHD beschreibt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten und berechnet sich aus allen Pflgetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb zwölf Stunden unabdingbar sind.
Nr.	Nummer
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Pflgetage	Die Pflgetage beziehen sich auf die erbrachten bzw. beanspruchten Pflgetage innerhalb eines Datenjahres, ungeachtet des Ein- und Austritts der Patientin oder des Patienten.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.
Rehabilitationspotenzial	Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die Patientin oder der Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.
RRB	Regierungsratsbeschluss
S.	Seite, Seiten
s.	siehe
SPLB	Spitalplanungsleistungsbereiche: Einzelne SPLG können zu SPLB zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des medizinischen Leistungsprofils eines Spitals.

Spitalstandort	Ein Spital ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer und damit verbunden ambulanten medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Ein Spitalstandort ist dabei Teil eines Spitals mit einer gewissen organisatorischen Selbständigkeit.
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppe: Jede SPLG ist anhand von spezifischen Diagnose- und Behandlungs-Codes eindeutig definiert. Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgt anhand des schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD).
ST Reha	Stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation, deren Einführung auf den 01.01.2022 erwartet wird
SwissDRG	SwissDRG ist ein Patientenklassifikationssystem, das Patientinnen und Patienten anhand von Kriterien wie u.a. Diagnosen, Behandlungen und Alter, in möglichst homogene Gruppen einteilen. Diese Gruppen entsprechen im SwissDRG-System den «Diagnosis Related Groups» (DRG).
TARMED	Die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen oder Spitälern mit einem Einzelleistungstarif.
TARPSY	TARPSY ist ein Patientenklassifikationssystem in der Psychiatrie, das Patientinnen und Patienten anhand von Kriterien wie u. a. Diagnosen, Behandlungen und Alter, in möglichst homogene Gruppen einteilen. Im TARPSY-System werden die Patienten den unterschiedlichen «Psychiatric Cost Groups» (PCG) zugeteilt.
usw.	und so weiter
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG. Das Spital steht somit nicht auf der Spitalliste.
vgl.	vergleiche
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 03.07.2002 (Stand 01.01.2009) (SR 832.104).
z. B.	zum Beispiel

ZG	Zug
ZH	Zürich
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
Zuger Wohnbevölkerung	Der Begriff «Zuger Wohnbevölkerung» steht dafür, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb des Kantons Zug berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohnerinnen und Einwohner, deren zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Zug ist, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonale) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Kanton Zug behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten berücksichtigt dieser Begriff nicht.

6.2. Abkürzungen und Symbole in Abbildungen

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
------------------------	-------------------------

Zeichen	Bedeutung
A	Akutsomatik
AG	Aargau
>	grösser als ...
Haupt.	Hauptszenario
ñ	keine Angabe(n)
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
x	Multipliziert
§	Paragraph
%	Prozent
P	Psychiatrie
R	Rehabilitation
SZ	Schwyz
ZG	Zug
ZH	Zürich

6.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Bezeichnung/Erläuterung
Abbildung F1	Entwicklung Zuger Bevölkerung u. stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)
Abbildung F2	Entwicklung Austritte 2012 bis 2019
Abbildung F3	Austritte nach SPLB 2019
Abbildung F4	Austritte von Zugerinnen und Zugern nach Altersgruppe 2019
Abbildung F5	Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario
Abbildung F6	Effekt der demografischen Entwicklung
Abbildung F7	Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik auf die Rehabilitation
Abbildung F8	Effekt der Zunahme der geriatrischen Rehabilitation
Abbildung F9	Effekt der Substitution stationär durch ambulant
Abbildung F10	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032
Abbildung F11	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032
Abbildung F12	Prognoseergebnis nach SPLB, Pfl egetage 2019 und 2032
Abbildung F13	Prognoseergebnis nach Altersgruppen
Abbildung F14	Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019
Abbildung F15	Interkantonale Patientenmigration 2019
Abbildung F16	Austritte im Kanton Zug nach SPLB und Wohnkanton 2019
Abbildung F17	Austritte der Zuger Spitäler 2019
Abbildung F18	Marktanteile Rehabilitationskliniken mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

© 2022 Kanton Zug

Herausgeber
Kanton Zug
Gesundheitsdirektion
Neugasse 2
6301 Zug

Redaktionelle Hinweise

Verlässt eine Patientin oder ein Patient nach Beendigung der stationären Behandlung das Spital, wird dies als Austritt bezeichnet. Der Austritt einer Patientin oder eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als Fall und teilweise als Patient / Behandlung bezeichnet. Die Bezeichnung Patientin / Patient ist insofern nicht ganz eindeutig, weil sich gewisse Patientinnen und Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit mehrere Fälle generieren. Im Text werden Patientinnen und Patienten sowie Fälle als Synonyme verwendet, gemeint sind aber immer die Anzahl Austritte. Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.