

Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012

Glarnerland macht stark.



Glarnerland macht schön.®

Redaktionelle Hinweise

Wir verwenden im Folgenden aus Gründen der Lesbarkeit ausschliesslich die männliche Form, welche jedoch für beide Geschlechter gilt.

Der Austritt eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als *Fall* und teilweise als *Patient / Behandlung* bezeichnet. Die Bezeichnung *Patient* ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit ein Patient mehrere *Fälle* generiert. Im nachfolgenden Text werden *Patienten* und *Fälle* als Synonyme verwendet, gemeint ist aber immer die Anzahl Spitalaustritte, also die Anzahl Fälle. Wir bitten die Leserschaft für das gewählte Vorgehen um Verständnis.

Der vorliegende Bericht wurde unter freundlicher Genehmigung nach dem Vorbild und in textlicher Anlehnung an den Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Dezember 2009 erstellt.

Impressum

Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus

Rathaus
8750 Glarus

Dezember 2011 – Dezember 2012

Versorgungsbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012

**Vom Regierungsrat mit Beschluss § 691 am
20. Dezember 2011 genehmigt**

Vorwort zum Versorgungsbericht

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, in optimaler Qualität, zu bezahlbaren Preisen ist ein hochaktuelles Thema, das die Menschen aller Bevölkerungsschichten sehr beschäftigt. Dementsprechend sind die Herausforderungen im Gesundheitswesen vielfältig und anspruchsvoll. In der Schweiz liegen die Planungshoheit und damit die Gewährleistung der Versorgungssicherheit bei den Kantonen. Sie müssen für ihre Wohnbevölkerung eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung unter effizientem Mitteleinsatz garantieren.

Das revidierte Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), welches das Schweizer Spitalwesen und seine Finanzierung umfassend reformiert, verlangt für die ganze Schweiz eine neue Spitalfinanzierung. Die stationären Spitalleistungen werden ab 2012 mittels diagnosebasierten Fallpauschalen vergütet. Die Kantone sind verpflichtet, ihre Spitalplanung zu erneuern und untereinander zu koordinieren. Dabei stehen nicht mehr der Bettenbedarf sondern medizinische Leistungen wie bspw. eine Blinddarm- oder eine Knieoperation im Vordergrund. Die freie Spitalwahl für Grundversicherte wird zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Spitaleinrichtungen führen. All das stellt für sämtliche Kantone eine grosse Herausforderung dar.

Der Versorgungsbericht ist der erste Schritt auf dem Weg der Glarner Spitalplanung 2012. Er geht der Frage nach, in welchem Umfang Grundversicherungsleistungen im Jahr 2020 für die Glarner Bevölkerung im stationären Spitalbereich in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation bereitzustellen sind. Als Grundlage dafür dienen einerseits die Analyse der bisherigen Nachfrageentwicklung und andererseits das aktuelle stationäre Leistungsangebot. Zusätzlich wird im Versorgungsbericht die Nachfrage der Bevölkerung nach stationären Leistungen bis zum Jahr 2020 prognostiziert. Berücksichtigt sind in der Prognose verschiedene Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung. Hierfür wurden verschiedene Szenarien gebildet. Gestützt auf die Versorgungsplanung sind bis am 1. Januar 2012 mit verschiedenen Spitälern Vereinbarungen abzuschliessen und die Spitalliste zu erlassen.

Der Regierungsrat ist sich seiner Verantwortung für die Erhaltung einer guten Spitalversorgung bewusst und setzt sich weiterhin für die bedarfsgerechte und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung der Glarner Bevölkerung ein.

Glarus, im Dezember 2011

Dr. oec. Rolf Widmer, Regierungsrat
Departement Finanzen und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

A	ZUSAMMENFASSUNG	9
1	Akutsomatik	9
2	Rehabilitation	9
3	Psychiatrie	10
B	EINLEITUNG	11
1	Bisherige Glarner Spitalplanungen und Spitallisten	11
2	KVG-Revision 2007	11
3	Projekt Spitalplanung 2012	12
4	Koordination mit anderen Kantonen	13
5	Entstehung des Versorgungsberichtes	13
6	Struktur des Versorgungsberichtes	14
C	METHODIK	15
1	Datengrundlagen	15
1.1	Datenquellen	15
1.2	Darstellungsebenen	16
1.3	Datenqualität und –konsistenz	16
2	Methodik Akutsomatik	17
2.1	Leistungsbereiche Akutsomatik	17
2.2	Prognose Akutsomatik	18
2.2.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	18
2.2.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	19
2.2.3	Zentrale Annahmen des Prognosemodells	21
2.3	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020	21
2.3.1	Demographie	21
2.3.2	Medizintechnik	23
2.3.3	Epidemiologie	24
2.3.4	Ökonomische Einflussfaktoren	24
2.4	Prognose mit drei Szenarien	25
3	Methodik Rehabilitation	26
3.1	Leistungsbereich Rehabilitation	27
3.2	Abgrenzung der Rehabilitation	27
3.3	Prognose Rehabilitation	29
3.3.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	29
3.3.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	29
3.4	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020	30

3.4.1	Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate	30
3.4.2	Einflussfaktoren auf die Aufenthaltsdauer	31
3.5	Prognose mit drei Szenarien	32
3.5.1	Hospitalisationsrate	32
3.5.2	Aufenthaltsdauer	32
4	Methodik Psychiatrie	33
4.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	33
4.2	Prognose mit drei Szenarien	33
4.2.1	Hospitalisationsrate	33
4.2.2	Aufenthaltsdauer	33
D	AKUTSOMATIK	34
1	Bisherige Nachfrage	34
2	Nachfragestruktur 2008	34
3	Nachfrage nach stationären Leistungen	37
4	Analyse nach Altersgruppen	40
5	Analyse der ausserkantonale behandelten Patienten	42
5.1	Nettowanderung	42
5.1.1	Abwanderung	43
5.1.2	Abwanderung nach Leistungsbereichen	43
5.1.3	Abwanderung nach Kanton und Spitälern	47
5.1.4	Zuwanderung	49
6	Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020	50
6.1	Demografie	50
6.2	Medizintechnik	52
6.3	Ökonomische Einflussfaktoren	53
6.3.1	Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen	53
6.3.2	Verkürzung der Aufenthaltsdauer	54
6.4	Epidemiologie	56
7	Akutsomatischer Bedarf 2020	56
7.1	Übersicht prognostizierter Bedarf 2020	56
7.2	Prognose nach Leistungsbereichen	57
7.3	Prognose nach Altersgruppen	59
E	REHABILITATION	61
1	Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung	61
1.1	Bisherige Nachfrage	61
2	Nachfragestruktur 2008	62
3	Prognose der rehabilitativen Behandlungen 2020	63
3.1	Hospitalisationsrate	63
3.2	Aufenthaltsdauer	63

4	Bedarf an Rehabilitationsleistungen 2020	63
5	Rehabilitative Leistungen im Kanton Glarus	64
5.1	Nachfragestruktur 2003-2008	64
5.2	Abwanderung an ausserkantonale Standorte von RehaClinic	65
F	PSYCHIATRIE	66
1	Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung	66
1.1	Bisherige Nachfrage	66
2	Nachfragestruktur 2008	67
3	Prognose der psychiatrischen Behandlungen 2020	68
3.1	Hospitalisationsrate	69
3.2	Aufenthaltsdauer	69
4	Bedarf an Psychiatrieleistungen 2020	69
5	Psychiatrische Leistungen Kantonsspital Glarus	69
G	SPEZIALBEREICHE	72
1	Akutgeriatrie	72
2	Geburten	73
3	Pädiatrieversorgung Kanton Glarus	73
3.1	Analyse der Fallzahlen in den letzten Jahren	73
4	Verteilung Kostengutsprachen auf die einzelnen Spitäler (ab 2009)	74
5	Einflussfaktoren auf die Prognose der Pädiatrie 2020	75
5.1	Demographie	75
5.2	Medizintechnik	75
5.3	Epidemiologische Faktoren	75
5.4	Ökonomische Faktoren	75
5.4.1	Substitution	75
5.4.2	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer	75
6	Palliative Care	76
7	Akut- und Übergangspflege	76
H	ANHANG VERSORGUNGSBERICHT	78
1	Methodik Prognose Einflussfaktoren	78
1.1	Demografie	78
1.2	Medizintechnische Entwicklung	78
1.3	Epidemiologische Entwicklung	79

1.4	Ökonomische Entwicklung	80
1.5	Substitutionspotenzial	80
1.6	Verkürzung der Aufenthaltsdauer	82
1.7	Generierung der Datensätze	85
2	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	87
3	Literaturverzeichnis	89

A Zusammenfassung

Der vorliegende Versorgungsbericht ist ein Zwischenbericht und das Resultat der ersten Planungsetappe der Glarner Spitalplanung 2012. Der Bericht bildet die bisherige Nachfrageentwicklung ab und ermittelt den zukünftigen Leistungsbedarf in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

1 Akutsomatik

Die Anzahl hospitalisierter Glarner ist von 3'732 Fällen im Jahr 2003 um rund 55 Prozent auf 5'765 Fällen im Jahr 2008 gestiegen. Verschiedene Einflüsse sind dafür verantwortlich, wie z. B. die demografische Altersverschiebung sowie Veränderungen bei der Falldefinition und Fallkodierung. Die Anzahl der Pflgetage ist von 28'990 Tagen im Jahr 2003 auf 46'650 Tage im Jahr 2008 gestiegen, was sich einerseits durch eine Erhöhung der Hospitalisationsrate von 969 auf 1'502 pro 10'000 Einwohner und andererseits durch eine Erhöhung der mittleren Aufenthaltsdauer im genannten Zeitraum erklären lässt.

In der Prognose wurden die voraussichtlichen demografischen, medizintechnologischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt. Da die zukünftigen Entwicklungen nicht genau bestimmt werden können, wurden drei verschiedene Szenarien erstellt. Im wahrscheinlichsten Szenario (Bundesamt für Statistik: Szenario „Trend“) wird eine Zunahme der Patienten um neun Prozent und eine Abnahme der Pflgetage um 13 Prozent bis 2020 prognostiziert. Der wichtigste Grund für die prognostizierte Zunahme der Patienten ist die erwartete demografische Alterung der Glarner Bevölkerung. Die demgegenüber stehende Abnahme der Pflgetage ist auf die prognostizierte Abnahme der Aufenthaltsdauern, unter anderem aufgrund der Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG¹, zurückzuführen.

2 Rehabilitation

Die Entwicklung der Zahl der Glarner Patienten und Pflgetage in der Rehabilitation zwischen 2003 und 2008 weist grosse Schwankungen auf. Der Bedarf an rehabilitativen Behandlungen wurde durchwegs durch ausserkantonale Institutionen abgedeckt, wobei viele Pflgetage durch eine ausserkantonale Institution mit Klinikstandorten im Kanton Glarus (Braunwald, Glarus) abgedeckt werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Zahl der Fälle und Pflgetage in den letzten Jahren trotz einer etwa gleichbleibenden Bevölkerungszahl deutlich sank. Dies ist auf einen Rückgang der Hospitalisationsrate zurückzuführen.

Wie in der Akutsomatik wurden auch in der Prognose des rehabilitativen Leistungsbedarfs (ab Kapitel E) die voraussichtlichen Entwicklungen der wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt. Dabei spielen insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung, die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis sowie das Angebot an ambulanter und geriatrischer Rehabilitation eine wichtige Rolle. Da die zukünftigen Entwicklungen auch in der Rehabilitation nicht genau bestimmt werden können, wurde auch hier mit drei verschiedenen Szenarien gearbeitet. Im wahrscheinlichsten Szenario wird eine Zunahme der Patienten um 12 Prozent und der Pflgetage um 2.5 Prozent bis 2020 prognostiziert. Auch in der Rehabilitation ist die prognostizierte Zunahme primär auf die erwartete demografische Alterung der Glarner Bevölkerung zurückzuführen.

¹ SwissDRG steht für die für die Schweiz angepassten Diagnosis Related Groups bzw. diagnosebezogenen Fallgruppen.

Im Jahre 2008 wurden an schweizerischen Rehabilitationskliniken insgesamt rund 346 Glarner Kantonseinwohner stationär behandelt. Die Fälle können aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht nach Fachgebiet (z. B. muskuloskelettale oder pulmonale Rehabilitation) oder nach Rehabilitationsklinik gewichtet werden. Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 67 Jahre alt, mehr als 70 Prozent der Fälle waren über 60 Jahre alt, während ihr Anteil an der gesamten Glarner Wohnbevölkerung nur 23 Prozent ausmachte. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 25.5 Tagen beanspruchten die Patienten 8'820 Pflegetage.

3 Psychiatrie

In der Psychiatrie hat sich die Zahl der ausserkantonale behandelten Glarner Patienten von 70 im Jahr 2003 auf 200 im Jahr 2008 erhöht. Da die psychiatrischen Fälle, die innerhalb des Kantons Glarus behandelt werden, innerhalb der somatischen Daten (aufgrund der Behandlung am Kantonsspital Glarus) erfasst werden, sind diese Daten separat zu analysieren. Im Kapitel F.5 werden die Daten aus der psychiatrischen Abteilung des Kantonsspital Glarus separat ausgewertet und dargestellt. Diese Daten flossen nicht in die Prognoserechnung des Leistungsbedarfes in der Psychiatrie mit ein.

Für die ausserkantonale behandelten Glarner Patienten kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Entwicklung der Pflegetage, ähnlich wie die der Rehabilitation, grosse Schwankungen aufweist. Im Jahr 2003 betrug die Anzahl der Pflegetage 4'350, im 2006 erreichte sie mit 10'420 den Höhepunkt und 2008 lag sie wieder bei 8'930 Tagen. In der Prognose des Leistungsbedarfes in der Psychiatrie bis ins Jahr 2020 wird unterschieden zwischen einer kantonalen und einer nationalen Variante: Kantonal wird im Hauptszenario mit einer Abnahme der Fälle um 6 Prozent und der Pflegetage um 4 Prozent gerechnet, wobei national eine Abnahme der Pflegetage von 14 Prozent erwartet wird. Die Entwicklung der Anzahl Fälle unterscheidet sich für die kantonale Prognose nicht von der nationalen Prognose.

Bezüglich der Daten aus dem Kantonsspital Glarus zeigt sich eine Abnahme der Anzahl Fälle von 151 im Jahr 2007 auf 142 im Jahr 2009. Die Zahl der Pflegetage nahm hingegen von 2007 (2'905 Pflegetage) bis 2009 (2'916 Pflegetage) zu.

B Einleitung

Die eidgenössischen Räte verabschiedeten am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen.

Der vorliegende Versorgungsbericht ist das Resultat der ersten Etappe der Spitalplanung 2012. Im Versorgungsbericht geht es um die Frage, welche Leistungen (Art und Menge) die Glarner Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich, in der Rehabilitation und in der Psychiatrie in Zukunft benötigt. Dazu wurde die bisherige Nachfrageentwicklung der Glarner Wohnbevölkerung abgebildet und der zukünftige Leistungsbedarf mit Prognosehorizont bis ins Jahr 2020 ermittelt. Es wurden Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung untersucht und Szenarien gebildet.

Der Versorgungsbericht bildet die Basis für die weiteren Schritte der Spitalplanung. Erst in einem nächsten Schritt wird zu entscheiden sein, welche Spitäler in Zukunft einen Leistungsauftrag des Kantons Glarus erhalten.

1 Bisherige Glarner Spitalplanungen und Spitallisten

Die geltende Spitalliste des Kantons Glarus ist seit dem 1. Januar 1998 in Kraft. Sie stellt die stationäre Spitalversorgung der Glarner Bevölkerung durch Leistungsverträge mit inner- und ausserkantonalen Spitälern sicher. Bisher wurden die Leistungen nach Leistungsbereichen zugeteilt; die Planung erfolgte kapazitätsbezogen mittels Festlegung einer Bettenobergrenze. Letztere hat sich im Verlaufe der Zeit erheblich verändert, ohne dass die Spitalliste seit ihrem Erlass je revidiert wurde.

In der Spitalplanung des Kantons Glarus aus dem Jahr 1997 wird zwischen drei Versorgungsniveaus unterschieden:

- (erweiterte) Grundversorgung
- spezialisierte Versorgung.
- hochspezialisierte Versorgung.

Auf der Glarner Spitalliste sind Spitäler mit einem Leistungsvertrag aufgeführt. Sie sind berechtigt, ihre Leistungen im Rahmen des KVG-Leistungskataloges und des jeweiligen Leistungsauftrages vollumfänglich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Zurzeit verfügen zwei Einrichtungen mit innerkantonalem Standort und dreizehn ausserkantonale Institutionen über einen Leistungsauftrag in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation oder Psychiatrie.

Das Kantonsspital Glarus deckt die erweiterte Grundversorgung der Glarner Bevölkerung sowie für die Touristen der Tourismusgebiete ab. Der geltende Leistungsauftrag an das Kantonsspital wurde vom Landrat 1996 erlassen. Er detailliert den gesetzmässigen Auftrag zur erweiterten Grundversorgung.

Ebenfalls über einen Leistungsauftrag zur innerkantonalen Versorgung der Glarner Bevölkerung verfügt RehaClinic für muskuloskelettale, internistische, onkologische und neurologische Rehabilitation. Hierfür betreibt RehaClinic mit Sitz im Kanton Aargau die ehemalige Höhenklinik in Braunwald und «Reha on the Top» am Kantonsspital Glarus.

2 KVG-Revision 2007

Das zentrale Element der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem:

Ab 2012 müssen alle auf den Spitallisten geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System² entschädigt werden. Nach dem bisherigen System konnten die Spitäler jeden Eingriff und Aufenthaltstag einzeln verrechnen; nun werden sie pauschal pro standardisierten Fall bezahlt.

Als Folge dieser Revision sind auch die kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten zu überarbeiten. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen. Neu hat die Spitalplanung aber leistungsorientiert zu erfolgen³. Für die Planung stehen nicht mehr Bettenkapazitäten sondern medizinische Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit stützen.

Mit der Einführung der freien Spitalwahl für die ganze Schweiz für die Grundversicherung wird der „Behandlungstourismus“ zunehmen. Inwiefern der Kanton Glarus davon profitiert ist schwer einzuschätzen. Es ist aber zu erwarten, dass zumindest ein Teil der Behandlungen von Glarner Patienten ausserkantonale durchgeführt werden. Mit dem revidierten Gesetz und der Einführung der freien Spitalwahl wird festgelegt, dass der Tarif des Wohnkantons immer der Referenztarif ist. Lässt sich der Patient in einem Spital behandeln, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ihren Kostenanteil zu diesem Referenztarif. Der Wohnkanton des Versicherten leistet seinerseits den gleichen Beitrag, den er bei einer Behandlung in einem Spital der Spitalliste des Wohnkantons geleistet hätte.

Die Spitalliste hat diejenigen Leistungsbereiche sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der Wohnbevölkerung des Kantons Glarus erforderlich sind. Dabei wird zukünftig unter drei Typen von Spitälern unterschieden:

- Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie z. B. der Aufnahmepflicht);
- Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG;
- Spitäler, die keines der vorgenannten Kriterien von Ziffer 1 und 2 erfüllen.

3 Projekt Spitalplanung 2012

Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen. Auch der Kanton Glarus steht vor der Aufgabe, die Spitalplanung zu erstellen. Gegenstand dieser Spitalplanung ist die Sicherstellung der stationären akutsomatischen, rehabilitativen sowie psychiatrischen Versorgung der Einwohner des Kantons Glarus. Die Pflegeheimplanung ist nicht Bestandteil dieser Planung.

Der vorliegende Bericht wird ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt mit den aktuellsten Leistungsdaten ergänzt (Daten 2009). Dies insbesondere, falls sie stark von den vorliegenden Daten abweichen. Der dann zumal überarbeitete Versorgungsbericht bildet die Grundlage für die Evaluation der Leistungserbringer innerhalb des Strukturberichtes.

Für die Evaluation der Spitäler und als Basis für die Leistungsaufträge werden die im Versorgungsbericht aufgeführten Leistungsbereiche in detailliertere Leistungsgruppen unterteilt. Die Bildung dieser Leistungsgruppen basiert auf einer medizinischen und wirtschaftlichen Beurteilung der einzelnen DRG (provisorisch APDRG, definitiv dann SwissDRG).

² DRG steht für Diagnosis Related Groups.

³ Gemäss Art. 58c lit. b KVV kann die Planung in der Rehabilitation und Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen.

Die Auswahl der Spitäler wird im Rahmen der Gesamtwürdigung vorgenommen. Die Beurteilung, ob sich ein Spital für einen Leistungsauftrag eignet, wird im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität zu treffen sein. Basierend auf dieser grundsätzlichen Evaluation der Leistungserbringer wird das Departement Finanzen und Gesundheit die verschiedenen Gestaltungsoptionen für die Glarner Spitalliste analysieren. Dabei wird es die möglichen Versorgungsstrukturvarianten auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Glarner Bevölkerung und generell auf die oben genannten KVG-Ziele prüfen.

Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden im Strukturbericht festgehalten und die Leistungsaufträge in einer provisorischen Spitalliste dargestellt. Dabei werden die Leistungsaufträge nach medizinischen Leistungsspektren (Leistungsbereiche oder –gruppen) differenziert. Zukünftig steht weniger die Frage, ob ein bestimmtes Spital einen Leistungsauftrag erhält, im Vordergrund sondern welche medizinischen Leistungsbereiche der Leistungsauftrag umfasst.

Strukturbericht und provisorische Spitalliste werden voraussichtlich im Frühjahr 2011 in Vernehmlassung gegeben, um die Ergebnisse mit den interessierten oder involvierten Kreisen zu diskutieren, mit den von der Planung betroffenen Kantonen zu koordinieren. Allfällige Veränderungen fliessen in der Endbereinigung dann in den Strukturbericht. Der Regierungsrat erlässt auf dieser Grundlage die definitive Spitalliste.

4 Koordination mit anderen Kantonen

Die vorliegende Planung erfolgt primär aus der Perspektive der Glarner Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben.

Dies bedeutet aber nicht, dass die Glarner Spitalplanung 2012 isoliert und ohne Berücksichtigung der Patienten und Spitalplanungen anderer Kantone stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet ein Austausch mit anderen Kantonen statt. So ist das zuständige Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus in der koordinierenden Arbeitsgruppe der ostschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz tätig. Diese Arbeitsgruppe setzt sich mit den gesamtschweizerischen und interkantonalen Fragestellungen der Spitalplanung und Spitalfinanzierung mit Blick auf die Ostschweizer Vereinbarung auseinander.

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und 58d KVV ist die Planung mit den anderen Kantonen zu koordinieren. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im vorliegenden Versorgungsbericht wurden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung in den Kanton Glarus sowie die Abwanderung aus dem Kanton Glarus, berücksichtigt (vgl. Kapitel D.5).

5 Entstehung des Versorgungsberichtes

Der Versorgungsbericht beinhaltet eine grosse Reihe komplexer Fragestellungen. Da die Beantwortung sehr zeitaufwändige Analysen verlangt und dadurch eine Reihe methodischer Kompetenzen beanspruchen, wurden für die Datenanalyse und die Aufbereitung des Berichtes Kooperationspartner gesucht.

Der Kanton Glarus konnte gemeinsam mit den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell in der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich einen kompetenten Partner finden, der sich der statistischen Aufarbeitung der Daten annahm und die Prognosen erstellte. In einem zweiten Schritt wurden die Daten durch die Firma Curanovis – Care Management, Brugg zum vorliegenden Bericht zusammengefasst. Der Bericht wurde in einem nächsten Schritt plausibilisiert und auf Glarner Verhältnisse angepasst. Es wurde dabei darauf geachtet, dass die Struktur des Berichtes soweit als möglich mit derjenigen der anderen Kantone übereinstimmt, um Vergleiche möglich zu machen. Andererseits wurden spezifische Fragestellungen für den Kanton Glarus eingearbeitet und teilweise mit zusätzlichen Daten gestützt.

6 Struktur des Versorgungsberichtes

Nachfolgend wird zuerst das methodische Vorgehen in der Datenaufbereitung und der Prognose des zukünftigen akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Leistungsbedarfs beschrieben (Kapitel C). In den drei Kapiteln (D, E und F) werden die bisherige Nachfrage und der prognostizierte Bedarf in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie dargestellt. Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang, der unter anderem ein Glossar und Details des methodischen Vorgehens enthält (siehe Kapitel H).

Die Kapitel enthalten Kommentare und Schlussfolgerungen. An diesen Stellen werden Hinweise gemacht, die die Interpretation der Daten erläutern und die Aussagen der Kapitel zusammenfassen.

Methodik

Grundsätzlich hat die Spitalplanung die stationäre Behandlung akuter Krankheiten im Spital, jene im Geburtshaus sowie die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen.

Während die Planung in der Akutsomatik gemäss Art. 58c KVV zwingend leistungsorientiert erfolgen muss, kann in der Rehabilitation zwischen einer leistungs- und kapazitätsorientierten Planung gewählt werden. Überdies kommen in der Leistungsplanung in der Akutsomatik, der Rehabilitation und Psychiatrie unterschiedliche Klassifikationssysteme zur Anwendung. Der akutso-matische Fall wird anhand einer DRG-basierten Klassifikation abgebildet; Rehabilitations- und Psychiatrieplanung müssen hingegen näherungsweise auf die ICD-Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung abstellen.⁴ Aufgrund dieser Sachlage wurden für die Rehabilitation und die Psychiatrie eigenständige Planungen konzipiert.

Das folgende Kapitel Methodik liefert das theoretische Fundament des Versorgungsberichts. Dabei werden im ersten Unterkapitel die Datengrundlagen ausführlich beschrieben. Anschliessend werden die Einflussfaktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf und das Prognosemodell in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie dargestellt.

1 Datengrundlagen

Da die vorliegende Planung leistungsorientiert erfolgte, wurden detaillierte medizinische Daten auf Einzelfallebene benötigt. Nachfolgend werden zuerst die verwendeten Datenquellen beschrieben. Danach werden die Generierung der Datensätze, die verwendeten Variablen sowie die für die Darstellung und Analyse gezeigten Ebenen beschrieben. Schliesslich werden Qualität und Konsistenz der Daten thematisiert.

1.1 Datenquellen

Für die Analyse der demografischen Daten wurde die Bevölkerungsstatistik und -prognose aus der ESPOP-Statistik des Bundesamtes für Statistik (BfS) verwendet.

Für die Analyse der stationären Behandlungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie wurde die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BfS) verwendet. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung.

Die Medizinische Statistik wird zwar bereits seit 1998 erhoben, als Grundlage für eine seriöse Planung genügt sie aber erst etwa ab 2003. Die Medizinische Statistik für die Jahre 2003 bis 2007 stammt vom BfS.

In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie fallen im Kanton Glarus nur rund 350 resp. 200 Fälle an. Bei einer Differenzierung der betreffenden Tabellen nach Leistungsbereichen oder Altersgruppen besitzen diese Daten infolge der geringen Fallzahlen wenig gesicherte Aussagekraft. Diese Daten werden daher im Versorgungsbericht auch nicht dargestellt. Sie wurden bei der für den Bericht grundlegenden Auswertung aller verfügbaren statistischen Informationen aber als Hintergrundinformation genutzt.

⁴ Im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG muss die Leistungsvergütung künftig auch im Bereiche der Rehabilitation anhand leistungsbezogener, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung der künftig im Bereich der Rehabilitation anzuwendenden Tarifstrukturen ist derzeit aber noch offen, weshalb die rehabilitativen Leistungen in der vorliegenden Planung wie in der Akutsomatik sowohl fall- als auch pflegetagsbezogen ermittelt werden.

Für spezifische Fragestellungen wurden weitere Datengrundlagen verwendet:

- Daten aus dem kantonsärztlichen Archiv;
- Leistungsdaten zu psychiatrischen Fällen im Kantonsspital Glarus;
- Leistungsdaten zu den rehabilitativen Fällen von RehaClinic im Kanton Glarus;
- Ergänzende Daten aus Jahresberichten der Leistungserbringer im Kanton Glarus.

Abbildung 1: Aufbau der Datenquellen



1.2 Darstellungsebenen

Die medizinischen Leistungen wurden in diesem Bericht in den folgenden Ebenen dargestellt:

- Leistungsbereiche: In der Akutsomatik wurden die DRG zu 27 medizinisch sinnvollen Leistungsbereichen aggregiert. In der Rehabilitation sind die Diagnosegruppen der Klassifikation ICD-10 zu sieben medizinisch sinnvollen Bereichen zusammengefasst. Details dazu sind im Kapitel C.2.1 beschrieben
- Altersgruppen: Die Variable ALTER wurde zu fünf Gruppen aggregiert: 0-17, 18-39, 40-59, 60-79, 80+ Jahren. Da es gewisse DRG nur für Kinder und Jugendliche bis und mit 17 Jahren gibt, wurde die Altersgruppe 0-17 Jahre gewählt.

1.3 Datenqualität und –konsistenz

Jede Institution erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Im Kanton Glarus werden die Daten des Kantonsspitals Glarus durch H+ im Auftrag des Departements Finanzen und Gesundheit plausibilisiert. Anschliessend werden sie an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, wo sie abermals plausibilisiert werden.

Die Konsistenz der Daten hängt primär davon ab, ob die Datenerhebung und Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. In den letzten Jahren veränderte sich die medizinische Statistik von Jahr zu Jahr, sei es durch spitalinterne Optimierung in der Datenerfassung oder durch externe Richtlinien des BfS. Einen besonders grossen Einfluss hatten dabei die Änderungen in den folgenden beiden Bereichen:

Stationäre Falldefinition

Bei der Definition eines stationären Falls wurden seit dem Jahr 2003 folgende Richtlinien verändert: Bis Ende 2005 galten Aufenthalte von mehr als 24 Stunden oder Todesfälle bei einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden als stationär. Ab 2007 kamen weitere Regelungen im Bereich Verlegungen, Rückverlegungen sowie interne Verlegungen hinzu.

2 Methodik Akutsomatik

Im Teilkapitel Methodik Akutsomatik wird zuerst die Bildung der Leistungsbereiche der Akutsomatik erläutert. Im zweiten Teil wird das Vorgehen für die Prognose des akutsomatischen Leistungsbedarfs der Glarner Bevölkerung beschrieben.

Der Begriff «Akutsomatik» ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird im vorliegenden Bericht unter Akutsomatik die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden, die aufgrund einer medizinischen Indikation einer Behandlung und Pflege in einem Spital bedarf. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls, verbunden mit einer medizinischen Indikation, ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose und eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich sind.

Unter die vorliegende Planung der Akutsomatik fallen jedoch weder die psychischen Krankheiten, noch Massnahmen der medizinischen Rehabilitation, für die nachfolgend eine eigenständige Planung konzipiert wurde.

2.1 Leistungsbereiche Akutsomatik

Die Berechnungen in der Akutsomatik basieren auf den DRG (APDRG, Fallgewichtsversion 6.0). Da es in der verwendeten Version rund 800 DRG gibt, wäre eine Darstellung auf dieser Leistungsebene unübersichtlich. Deshalb wurden die DRG für die Darstellung im vorliegenden Versorgungsbericht zusammengefasst. Als gute Ausgangslage für eine Neugruppierung der DRG erwies sich die bereits in anderen Spitalplanungen verwendete GAA-Systematik⁵. Angelehnt an diese bereits bestehende Systematik wurden die DRG in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den klinischen Fachgebieten und sind im Wesentlichen durch die gewählten Namen selbsterklärend.

Details zum Vorgehen

Bei einigen Leistungsbereichen wird zwischen chirurgischen und medizinischen Disziplinen unterschieden. So sind bspw. die chirurgischen Behandlungen am Herzen und an den Gefässen unter Herz- & Gefässchirurgie sowie die interventionellen und konservativen Behandlungen unter Kardiologie & Angiologie zusammengefasst. Wenn innerhalb einer DRG chirurgische und interventionelle Behandlungen oder Behandlungen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen gemischt sind, wurde die DRG dem Leistungsbereich mit den meisten Behandlungen zugeordnet. Eine Zuordnungstabelle der DRG zu den Leistungsbereichen ist im Internet abrufbar.⁶

Tabelle 1: Darstellungsebenen der Leistungen

Organspezifische Hauptbereiche	Leistungsbereiche
Nervensystem&Sinnesorgane	Dermatologie
	Hals-Nasen-Ohren
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Ophtalmologie

⁵ Chalé, Jean-Jacques et al., Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

⁶ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

Innere Organe	Endokrinologie
	Gastroenterologie
	Viszeralchirurgie
	Hämatologie
	Herz- & Gefässchirurgie
	Kardiologie & Angiologie
	Infektiologie
	Nephrologie
	Urologie
	Pneumologie
	Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat	Orthopädie
	Rheumatologie
Gynäkologie&Geburtshilfe	Gynäkologie
	Geburtshilfe
	Neugeborene
Übrige	(Radio-)Onkologie
	Psychiatrie&Toxikologie
	Schwere Verletzungen
	Transplantationen
	Sonstige Behandlungen
	Verlegungen & Todesfälle

In den nachfolgenden Kapiteln des vorliegenden Berichtes werden die Leistungsbereiche in allen Tabellen primär nach den organspezifischen Hauptbereichen und sekundär alphabetisch sortiert. Verwandte Leistungsbereiche (Gastroenterologie und Viszeralchirurgie, Herz- & Gefässchirurgie und Kardiologie & Angiologie sowie Nephrologie und Urologie) werden immer direkt nacheinander dargestellt.

2.2 Prognose Akutsomatik

Im folgenden Teilkapitel wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik und des -zeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell und die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben sowie die Entwicklung der Einflussfaktoren thematisiert. Zum Abschluss werden die drei in der Prognose verwendeten Szenarien dargestellt.

2.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Häufig wird eine Prognoserechnung mit einer Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung berechnet. Dieses Vorgehen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegt. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft konstant bleiben. Beide Bedingungen sind bei den stationären Spitalleistungen nicht erfüllt. Zum einen steht die Medizinische Statistik erst seit wenigen Jahren zur Verfügung und wurde durch mehrere Änderungen z.B. durch die verschiedenen DRG-Versionen merklich geprägt. Zum anderen steht 2012 mit der Einführung von SwissDRG ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung bevor, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt werden könnte.

Aus diesem Grund wurde für die Prognose der stationären Spitalleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung der Einflussfaktoren gewählt. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren den medizinischen Leistungsbedarf beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Glarner Wohnbevölkerung, basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren, prognostiziert.

Bei der Wahl des Prognosezeitraums ist es einerseits wünschenswert, den zukünftigen Bedarf möglichst weit voraus einschätzen zu können. Andererseits nimmt die Genauigkeit der Prognose mit zunehmender Prognosedauer ab. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von knapp zehn Jahren gewählt, da dies als der maximale Zeitraum für eine plausible Bedarfsprognose eingeschätzt wurde.

2.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Im Vordergrund der Prognose stehen in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro medizinischer Leistung im Jahr 2020. Dabei gelten folgende Zusammenhänge: Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Ermittlung der Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Herleitung der Patientenzahlen und Pfl egetage 2020

$\text{Einwohnerzahl}_{2020} \times \text{Hospitalisationsrate}_{2020} = \text{Patientenzahl}_{2020}$	
$\text{Patientenzahl}_{2020} \times \text{Aufenthaltsdauer}_{2020} = \text{Pfl egetage}_{2020}$	

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden (vgl. Kapitel H). Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst:

- Die Hospitalisationsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Entwicklungen eine Rolle. Ob bspw. eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, kann auch davon beeinflusst sein, ob der ambulante oder der stationäre Tarif höher ist.
- Die Aufenthaltsdauer wird neben der medizintechnischen Entwicklung auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie bspw. der Einführung von Fallpauschalen, beeinflusst.

Im Übrigen üben verschiedene weitere – insbesondere nur schwer quantifizierbare – gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf im Jahr 2020 aus (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen

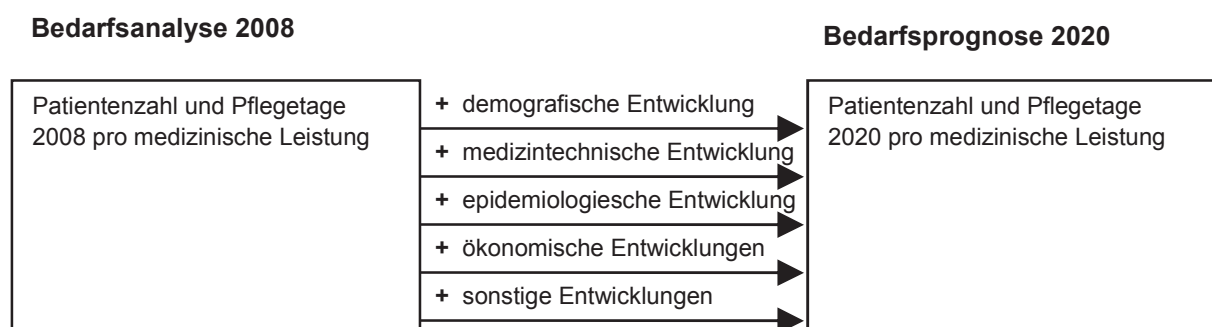
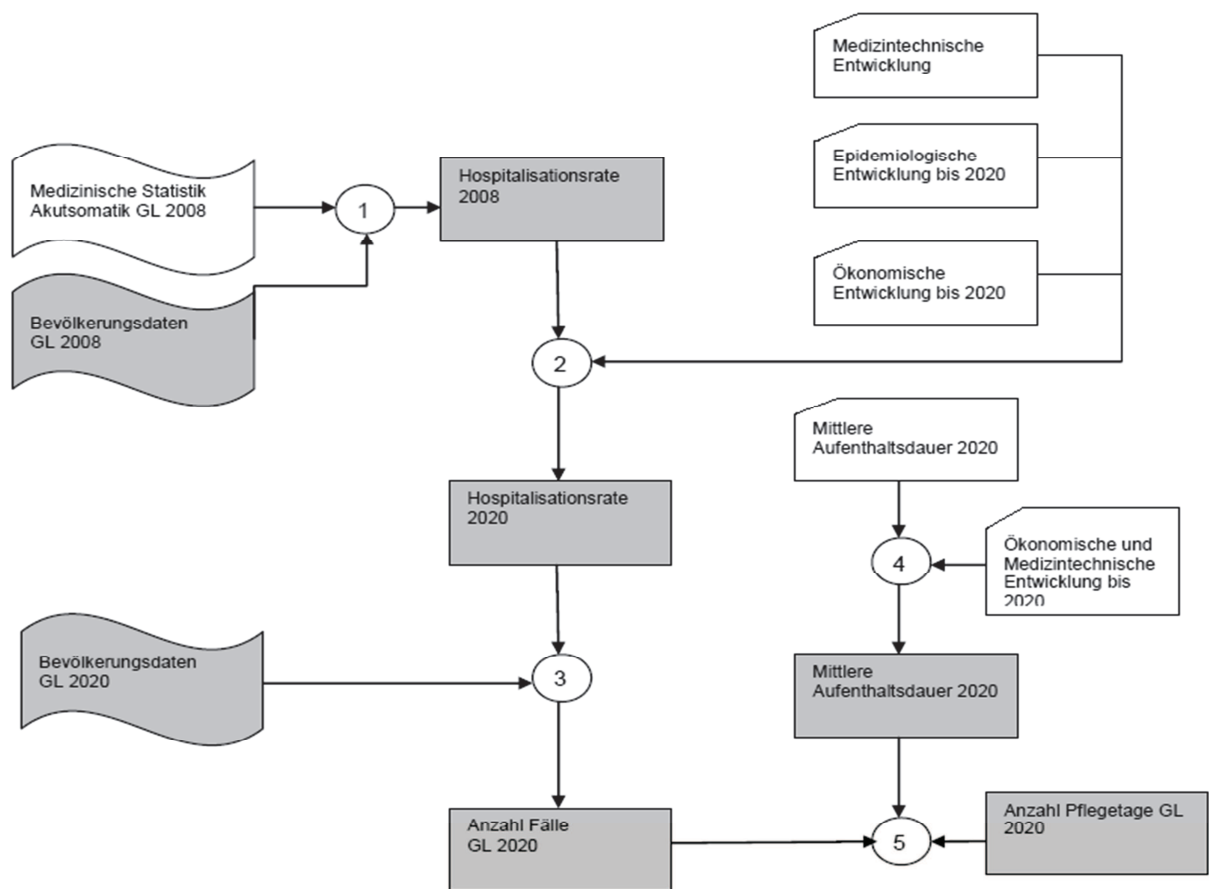


Abbildung 4: Prognosemodell Akutsomatik

- (1) Die Prognose der Patientenzahlen und Pflegetage 2020 erfolgte in den folgenden fünf Schritten: Die Hospitalisationsraten des Jahres 2008 wurden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Behandlung stark unterscheiden, wurden die Hospitalisationsraten pro DRG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter des Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden zusätzlich die fünf Altersgruppen berücksichtigt.⁷
- (2) Basierend auf diesen alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2008 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen, epidemiologischen Entwicklung sowie der erwarteten Substitution (s. C. 2.3.4a) von bisher stationär erbrachten Behandlungen prognostiziert.
- (3) Für die Prognose der Patientenzahlen im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Glarus multipliziert. Die Patientenzahl wird dabei nicht nur durch Veränderungen der Bevölkerungsgrösse, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.
- (4) Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2008 wurden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen geschätzt. Da die Aufenthaltsdauer je nach Behandlung und Alter des Patienten stark variiert, wurden die Aufenthaltsdauern pro DRG und unter Berücksichtigung des Alters prognostiziert.
- (5) Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 multipliziert.

⁷ Insgesamt resultieren daraus rund 4'000 Gruppen. Es gibt ca. 800 verschiedene Fallgruppen (APDRG, Fallversion 6.0) und pro Fallgruppe wurden fünf Altersgruppen berücksichtigt.

2.2.3 Zentrale Annahmen des Prognosemodells

Um eine prognostische Aussage machen zu können, müssen ihre Annahmen zugrunde gelegt werden. Ob diese Annahmen richtig sind, lässt sich zum Zeitpunkt der Prognose nicht genau sagen. Für die verwendeten Hochrechnungen wird von den nachfolgenden Annahmen ausgegangen:

- **Annahme 1:** Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern hängen vom Alter und der Behandlung, jedoch nicht von der Wohnregion ab. Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern wurden alters- und behandlungsspezifisch prognostiziert. Hingegen wurde auf eine regionale Unterscheidung verzichtet, da sich die regionalen Unterschiede als gering erwiesen. Es wurden somit für den ganzen Kanton Glarus identische Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern (pro DRG und Altersgruppe) prognostiziert.
- **Annahme 2:** Es wird davon ausgegangen, dass es im Referenzjahr 2008 weder eine Über- noch eine Unterversorgung der Wohnbevölkerung gab. Die Nachfrage im Referenzjahr wird damit mit dem Bedarf der Wohnbevölkerung gleichgesetzt: Die im Jahr 2008 erbrachten Leistungen deckten zu 100 Prozent die Nachfrage der Bevölkerung ab.

2.3 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

Für die demografische, medizintechnische und epidemiologische Entwicklung wurden externe Expertengutachten in Arbeit gegeben. Bezüglich der ökonomischen Entwicklungen wurde die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beauftragt, Analysen durchzuführen. Weitere Einflussfaktoren wurden nicht berücksichtigt, da diese sehr schwer zu quantifizieren sind.

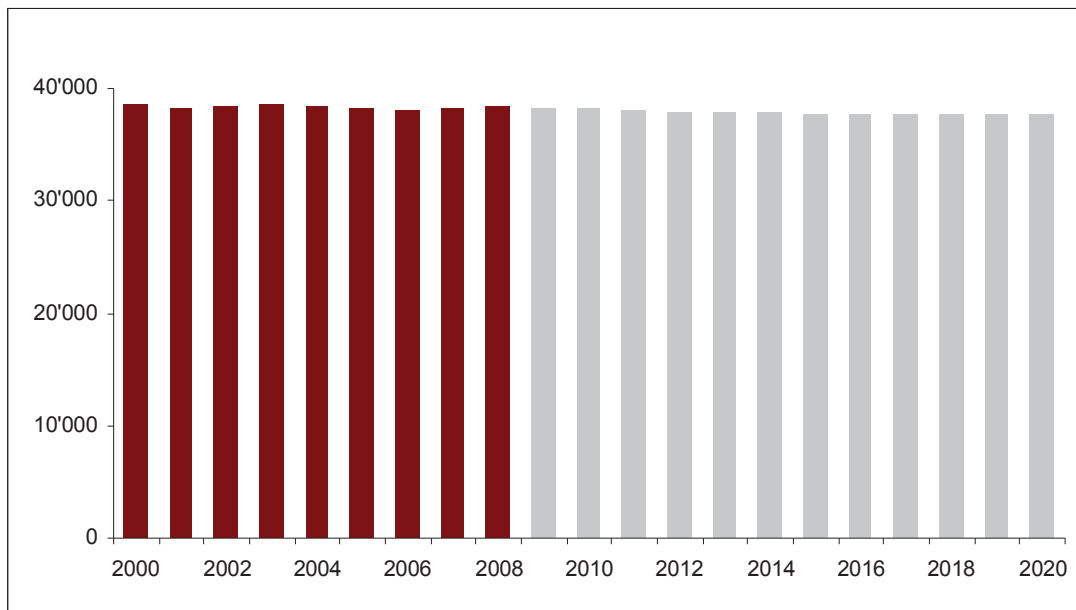
Nachfolgend werden das methodische Vorgehen zur Bestimmung des Einflusses der einzelnen Faktoren sowie die erwartete Entwicklung der einzelnen Faktoren kurz beschrieben. Der Einfluss der Faktoren auf den Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung 2020 wird im Kapitel C detailliert dargestellt.

2.3.1 Demographie

Von einem bestimmten Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wurde durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen die Wohnbevölkerung von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang H zu finden.

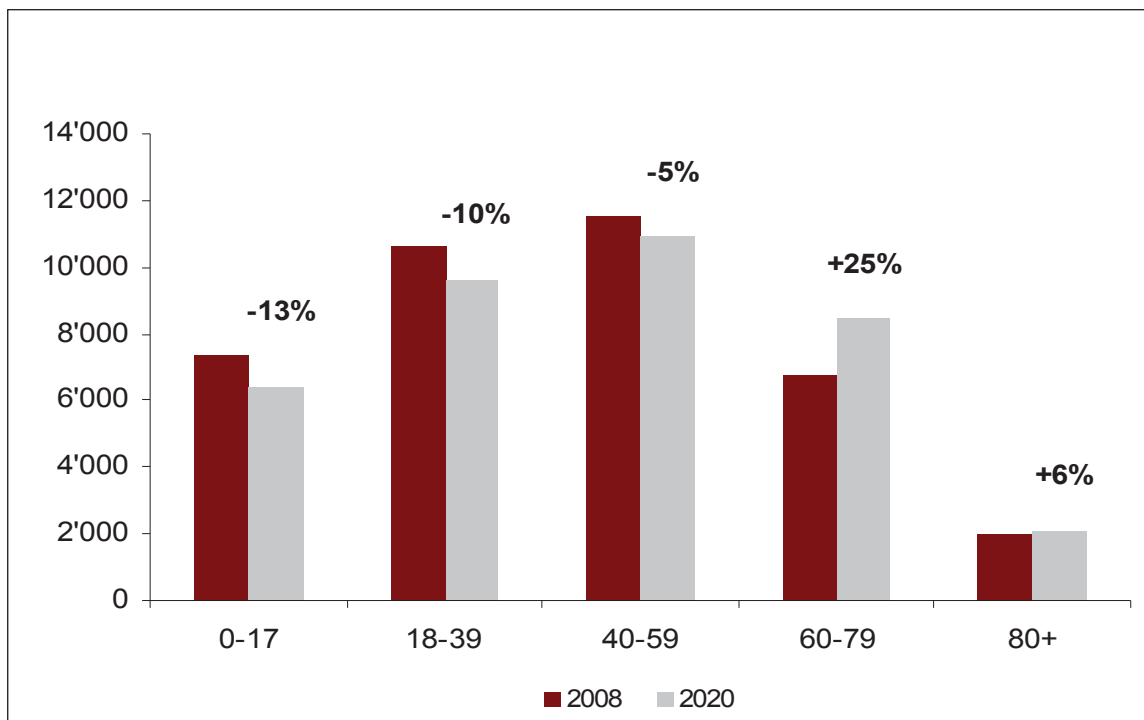
Demografische Prognose

Zwischen dem Jahr 2000 und 2008 ist die Glarner Bevölkerung von 38'546 auf 38'370 gesunken, was einer Abnahme von rund 0.5 Prozent entspricht. Gemäss Prognose wird sie zwischen 2008 und 2020 von 38'370 weiter auf 37'629 sinken, was einer Reduktion um rund zwei Prozent gleichkommt.

Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Glarus

Der Kanton Glarus liegt mit einer Bevölkerungsabnahme von rund zwei Prozent zwischen 2008 und 2020 unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik geht für den gleichen Zeitraum von einem schweizweiten Bevölkerungswachstum von vier Prozent aus, nämlich von 7,7 Mio. Einwohner auf 8,1 Mio.

Abbildung 6 zeigt, dass die Bevölkerung in den Alterssegmenten von 0- 59 Jahren bis ins Jahr 2020 abnimmt. Die deutlichste Abnahme zeigt sich dabei für die Altersgruppe der 0-17-Jährigen mit -13 Prozent. Die Altersgruppen 18-39 Jahre (-10%) und 40-59 Jahre (-5%) werden laut Prognose etwas weniger stark abnehmen. Eine massive Zunahme (+25%) wird die Altersgruppe der 60-79-Jährigen zukünftig verzeichnen. Auch für die Altersgruppe 80+ wird eine Zunahme erwartet. Bis 2020 sinkt die Gesamtbevölkerungszahl voraussichtlich weiter. Der Bereich der heutigen 60-79-Jährigen wird sich mehrheitlich zur Gruppe 80+ verlagern. Die so genannten Babyboomer (die Altersgruppe, die heute zwischen 40 und 55 Jahre alt ist) werden in den nächsten 20 Jahren in Rente gehen. Gleichzeitig hat sich die Lebenserwartung erhöht. Der Anteil der Betagten und Hochbetagten wird sich durch die Kumulation dieser beiden Faktoren in den nächsten Jahren massiv erhöhen.

Abbildung 6: Bevölkerungsentwicklung unter Einbezug der Altersgruppe

Für die Prognose sind diese demographischen Entwicklungen von grösster Bedeutung. Die enorme Zuwachsrate bei den 60–79 Jährigen bis ins Jahr 2020 wird die erwartete Menge zu erbringender Leistungen stark beeinflussen. Insbesondere die dem Klinikaufenthalt nachgeschalteten Strukturen (ambulante Versorgung, Akut- und Übergangspflege) müssen sich auf einen grossen Leistungszuwachs vorbereiten. In der weiteren Verschiebung (nach 2020) werden sich die grossen Zuwachsraten auch auf die Altersgruppe 80+ verlagern.

2.3.2 Medizintechnik

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften führte eine breite Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung durch. Ergänzend dazu wurde eine strukturierte schriftliche Expertenbefragung durchgeführt. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist in Kapitel H.1.2 zu finden.

Ergebnisse des medizinischen Gutachtens

Sowohl bei der Literatursuche als auch der Expertenbefragung dominieren Entwicklungen im Bereich Herz/Kreislauf. Daneben werden v. a. Entwicklungen im Bereich Bewegungsapparat erwartet. Zudem existieren Studien zur (Radio-) Onkologie und zum Bereich der Erkrankungen der Verdauungsorgane, in denen allerdings keine quantitative Entwicklung prognostiziert wird.

Im Bereich Herz/Kreislauf wird insbesondere für die Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern die Implantation von ICS's (Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator) und die Cardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie für den perkutanen Herzklappenersatz mittels Katheter eine starke Entwicklung prognostiziert. Im Bereich Orthopädie wird eine Zunahme für die Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen prognostiziert. Zudem werden im Bereich der Verdauungsorgane eine Ausweitung der laparoskopischen Chirurgie und im Bereich der (Radio-)Onkologie diverse neue Therapiemöglichkeiten erwartet. Das vollständige Expertengutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ist im Internet⁸ abrufbar.

2.3.3 Epidemiologie

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern führte eine breite Literatursuche über die Trend-Informationen zu Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz durch. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums berücksichtigt (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht usw.). Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist in Kapitel H.1.3 zu finden.

Ergebnisse des epidemiologischen Gutachtens Schweiz

In der Fachliteratur werden v. a. epidemiologische Entwicklungen erwartet, die einen Einfluss auf Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf, des Bewegungsapparats und in der (Radio-) Onkologie haben. Dabei ist der Einfluss auf den zukünftigen Bedarf an medizinischen Leistungen nicht immer eindeutig, da oft gegenläufige Effekte prognostiziert werden, wie das Beispiel Lungenkrebs zeigt: Während bei den Männern eine Abnahme der Lungenkrebsfälle erwartet wird, muss bei den Frauen mit einer Zunahme gerechnet werden.

Die Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf werden v. a. durch die erwartete Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst. Beim Bewegungsapparat sind die Trends widersprüchlich. Eine aufgrund einer besseren Prävention abnehmende Anzahl an Schenkelhalsfrakturen überlagert den Trend zu zunehmenden Freizeit- und Sportunfällen. Bezüglich der (Radio-)Onkologie wird v. a. eine Zunahme von Krebspatienten erwartet, die einen Einsatz von Chemotherapien benötigen. Ausserdem geht man von einer gesamtschweizerischen Zunahme der Geburten aus. Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass die prognostizierten Veränderungs-raten in der Epidemiologie relativ gering sind.

Das vollständige Expertengutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ist im Internet⁹ abrufbar.

2.3.4 Ökonomische Einflussfaktoren

Für den vorliegenden Bericht wurden die drei wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (a) Substitution von bisher stationär erbrachten Leistungen durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (b) Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von SwissDRG. (c) Als dritter Punkt sei hier noch einmal die Reduktion von Pflegetagen und Leistungen aufgrund des medizintechnischen Fortschrittes erwähnt.

⁸ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

⁹ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

Wie stark der Gewinn des medizinisch-technischen Fortschritts durch höhere Kosten wieder wettgemacht wird, kann nicht geschätzt werden. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Kapitel H 1.2 zu finden.

a) Substitution

Inwieweit gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den zukünftigen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TarMed¹⁰) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Verschiebungen von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich können erwartet werden.

Die Tendenz zur Substitution wird aufgrund der medizinischen und medizintechnischen Fortschritte noch verstärkt. Zudem wird erwartet, dass die Patienten zunehmend selber bestimmen, in welcher Institution sie Leistungen beziehen möchten.

Analyse des Substitutionspotenzials

Für die Beurteilung des Substitutionspotenzials wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche Behandlungen aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass die ambulanten Behandlungen finanziell attraktiver werden gegenüber den stationären Behandlungen und deshalb bei den zuvor identifizierten „potenziell ambulanten Behandlungen“ ein gewisser Prozentsatz der bisher stationären Patienten zukünftig ambulant behandelt wird.

V. a. die Leistungsbereiche Ophtalmologie, (Radio-)Onkologie und Herz- & Gefässchirurgie weisen ein grosses Substitutionspotenzial auf. Bei der Ophtalmologie stehen v. a. intraokuläre Eingriffe wie z. B. Katarakt-Operationen und in der Herz- & Gefässchirurgie insbesondere die Eingriffe Venenligatur und Stripping im Zentrum.

b) Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Neben dem medizintechnischen Fortschritt führen auch veränderte finanzielle Anreize zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wird wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen; es bedarf einer Schätzung.

Überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauern im schweizerischen Vergleich wurden in der Behandlung der Glarner Bevölkerung primär in den Leistungsbereichen Hämatologie, Infektiologie, Thoraxchirurgie und Transplantationen festgestellt.

2.4 Prognose mit drei Szenarien

Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann, beziehungsweise verschiedene Meinungen über deren Entwicklung vertreten werden, wurden Prognosen für drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario, als plausibelstes Szenario, steht im Zentrum des Berichts. Die beiden anderen Szenarien zeigen die Bandbreite des möglichen Bedarfs. Dabei werden im Maximalszenario diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zum maximalen zukünftigen Leistungsbedarf führen und im Minimalszenario jene, die zum minimalen zukünftigen Leistungsbedarf führen (vgl. Tabelle 2).

¹⁰ TarMed steht für Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.

Tabelle 2: Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien

	Hauptszenario	Maximalszenario	Minimalszenario
Demografie	Szenario des Bundesamtes für Statistik	Szenario des Bundesamtes für Statistik	Szenario des Bundesamtes für Statistik
Medizintechnik	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Epidemiologie	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Substitution	50 Prozent der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG	Keine Substitution	90 Prozent der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG
Verkürzung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	40. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH	45. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH	35. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in CH

Die Details zur Bestimmung der Einflussfaktoren und zu den Annahmen in den drei Szenarien werden in Kapitel H.1 beschrieben.

3 Methodik Rehabilitation

Analog dem vorherigen Kapitel Methodik Akutsomatik wird im Folgenden die Methodik der Rehabilitation beschrieben. Zuerst wird das methodische Vorgehen bezüglich der Bildung der Leistungsbereiche erläutert. Im zweiten Teil wird das Vorgehen für die Prognose des Leistungsbedarfs der Glarner Bevölkerung beschrieben.

Der Begriff Rehabilitation ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Gemäss WHO wird Rehabilitation wie folgt umfassend beschrieben: Koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.

Die Aspekte der schulisch/beruflichen sowie sozialen Rehabilitation können in der vorliegenden Rehabilitationsplanung gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz – nur soweit unbedingt erforderlich – mit einbezogen werden. Die medizinische Rehabilitation bezweckt eine möglichst frühzeitige Ergreifung von Massnahmen, welche erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dabei müssen für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmassnahme durch den Rehabilitanden stets kumulativ die Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit¹¹, der Rehabilitationsfähigkeit¹² sowie des Rehabilitationspotenzials¹³ erfüllt sein.

¹¹ 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.

¹² Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

¹³ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabili-

3.1 Leistungsbereich Rehabilitation

Ein Gesamtbedarf an Rehabilitation ist aus der Summe des Leistungsbedarfes für die einzelnen rehabilitativen Leistungsbereiche abzuleiten.

Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Folgen. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation an der Gesellschaft. Während die Leistungserbringer im Bereich der akuten Krankheiten und Verletzungen gesetzlich zur Erhebung der kurativen Leistungen mittels Diagnose- (ICD) und Operationsstatistik (CHOP) verpflichtet sind, besteht derzeit in der Schweiz keine Pflicht zur Erhebung der für die Abbildung der rehabilitativen Leistung zentralen Folgeerscheinungen von Erkrankungen (z.B. mit ICF¹⁴). Eine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik fehlt. Damit kann derzeit der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Als Alternative werden die rehabilitativen Leistungen mittels der in der Medizinischen Statistik codierten rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung (ICD-Hauptdiagnose) abgebildet und anschliessend schwergewichtig organspezifisch den entsprechenden Leistungsbereichen der Rehabilitation zugeteilt. Allerdings wird aufgrund der vom BfS erlassenen Codierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine Diagnose „Rehabilitationsmassnahmen (Z50)“ und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben. Soweit die derartig codierten Leistungen nicht eindeutig einem bestimmten rehabilitativen Leistungsbereich zugewiesen werden konnten, wurden zur Ermöglichung einer leistungsbereichsspezifischen Zuweisung bei den betreffenden Leistungserbringern entsprechende Nacherhebungen durchgeführt. Die Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den einzelnen rehabilitativen Leistungsbereichen ist im Internet¹⁵ dargestellt.

Bei dieser Sachlage sowie angesichts der vorhandenen statistischen Grundlagen wird deshalb in der vorliegenden Rehabilitationsplanung eine Unterteilung in folgende Leistungsbereiche vorgenommen:

- Muskuloskelettale Rehabilitation;
- Neurorehabilitation (inkl. Paraplegie);
- Kardiovaskuläre Rehabilitation;
- Internistisch-onkologische Rehabilitation;
- Psychiatrisch-sozialmedizinische Rehabilitation (inkl. Psychosomatik);
- Pulmonale Rehabilitation;
- Übrige Rehabilitation.

3.2 Abgrenzung der Rehabilitation

Neben der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen wie die pädiatrische, die geriatrische und die ambulante Rehabilitation sowie andere medizinische Formen der Pflege und Behandlung wie Kurzbehandlung und Palliative Care. Sie sind von der spezialisierten, organspezifischen stationären Rehabilitation abzugrenzen. Die ambulante und geriatrische Rehabilitation werden als Einflussfaktoren im Prognosemodell berücksichtigt (vgl. Kapitel C.3.3.2). Die anderen Rehabilitationsarten und -formen werden im Prognosemodell nicht weiter berücksichtigt, da die Fallzahlen niedrig und die therapeutischen Ansätze kaum standardisiert sind.

tationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

¹⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>)

¹⁵ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

Ambulante Rehabilitation

Im Fachgebiet der Rehabilitation ist eine stärkere wechselseitige Substituierbarkeit von Behandlungsmassnahmen in unterschiedlichen institutionellen Settings möglich als in der somatischen Akutmedizin. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Rehabilitationssystemen verschiedener Länder wieder. Während die angelsächsischen Länder fast nur die ambulante Rehabilitation kennen, ist die stationäre Rehabilitation eine Besonderheit der deutschsprachigen Länder (Entwicklung aus der traditionellen Kur- und Höhenklinikbehandlung).

Grundsätzlich kommen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation die gleichen Ziele und Behandlungsmethoden zur Anwendung. Zudem muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Wichtigste Vorteile der ambulanten Rehabilitation sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

Geriatrische Rehabilitation

Grundsätzlich sind die Massnahmen der geriatrischen Rehabilitation an den gleichen Zielen ausgerichtet wie die Rehabilitation jüngerer Erwachsener. Im Gegensatz dazu weisen geriatrische Patienten aber folgende altersspezifische Besonderheiten auf: Sie sind in der Regel über 65-jährig, meist über 80-jährig, multimorbid und gebrechlich, weisen spezielle, meist atypische Krankheitssymptome auf, sind medizinisch instabiler und komplikationsanfälliger, verfügen über knappe körperliche Reserven, weisen eine verminderte beziehungsweise stark schwankende Belastbarkeit auf und bedürfen in der Therapieplanung des Einbezugs des sozialen Umfeldes. Geriatrische Rehabilitation bezweckt somit die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Fähigkeiten zur möglichst selbständigen Alltagsbewältigung im angestammten Wohnumfeld sowie die Kompensation allfälliger sozialer Defizite. Es besteht eine enge Beziehung zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Akutgeriatrie. Die Übergänge sind allerdings fließend und durch das bestehende institutionelle Angebot bestimmt. Die zukünftige Versorgungsstruktur im Kanton Glarus ist heute soweit definiert, als dass das Kantonsspital Glarus eine akutgeriatrische Einheit aufbauen wird. Ausserdem wird derzeit im Kanton Glarus der Bedarf an Akut- und Übergangspflegeleistungen definiert.

Pädiatrische Rehabilitation

Die pädiatrische Rehabilitation ist vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen wie bspw. Atemwegserkrankungen wie Asthma, Fettleibigkeit, Hauterkrankungen wie Neurodermitis, bei psychischen Störungen, bei Unfallfolgen nach Schädelhirntraumata oder Verbrennungen sowie bei krankheitsbedingten Hirnschädigungen indiziert. Sie ist schwergewichtig auf die Förderung einer angemessenen Krankheitsbewältigung sowie auf die Prävention möglicher Entwicklungs- und sekundärer Krankheitsrisiken ausgerichtet. Sie unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen, Aufgabenfelder, Indikationen, Inhalte und Ziele in wesentlichen Punkten von der Rehabilitation im Erwachsenenbereich.

Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem in der Art und Anzahl weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren (Wasser, Wärme, Luft, Klima) wohnortfern angewendet werden. Die Kur dient schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung.

Palliative Care

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität ggfs. bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt.

3.3 Prognose Rehabilitation

Im Teilkapitel Prognose Rehabilitation wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik sowie des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben und die Entwicklung der Einflussfaktoren aufgezeigt. Abschliessend wird dargestellt wie der prognostizierte Leistungsbedarf unter Berücksichtigung von drei Szenarien berechnet wird.

3.3.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Grundsätzlich ist bei der Bedarfsermittlung auf den epidemiologischen Rehabilitationsbedarf abzustellen. Er basiert auf einer objektivierbaren therapeutischen Indikation. Danach ist ein Rehabilitationsbedarf ausgewiesen, wenn eine Krankheit oder Behinderung besteht, diese die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden erheblich einschränkt und eine konkrete medizinische Intervention (Rehabilitationsmassnahme) im Einzelfall zweckmässig und wirksam zu sein verspricht.

Für die Bedarfsplanung wären deshalb von der Epidemiologie entsprechende Bedarfsrichtwerte in Form indikationsspezifischer Rehabilitationshäufigkeiten (spezifische Massnahmen je 10'000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts) bereit zu stellen. Angesichts des geringen Ausbaugrades der versorgungsepidemiologischen Forschung in der Schweiz stehen die zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes erforderlichen Bedarfsrichtwerte derzeit aber nicht zur Verfügung.

Mangels objektivierbarer, auf einer therapeutischen Indikation basierter Bedarfsrichtwerte für die einzelnen rehabilitativen Grunderkrankungen muss die Planung von der effektiven leistungsbereichsspezifischen Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen (IST-Inanspruchnahme) ausgehen. Die erhobene Nachfrage stimmt aber mit dem epidemiologischen Rehabilitationsbedarf nicht überein. Sie kann sowohl Elemente der Über- als auch Unterversorgung beinhalten.

Aus diesem Grund wurde analog der Akutsomatik für die Prognose der stationären Rehabilitationsleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren gewählt. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf die Bedarfsdeterminanten (Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer) haben und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren prognostiziert. Wie in der Akutsomatik wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt (vgl. Kapitel C.2.2.1).

3.3.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Analog der Akutsomatik stehen auch bei der Rehabilitation in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pflégetage pro Leistungsbereich im Jahr 2020 im Vordergrund der Prognose. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner in der Klinik behandelt werden. Die Pflégetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Pflégetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Anhang, Kapitel H.1.4).

Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen massgeblich von der Entwicklung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation und der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt.

Die Entwicklung der Eintrittshäufigkeit und der Aufenthaltsdauer sind abhängig von:

- der medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung;
- der Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung;
- der Zuweisungspraxis der vorbehandelnden Spitäler und freipraktizierenden Ärzte;
- der Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer;
- den bestehenden Finanzierungsstrukturen;

- dem bestehenden Angebot an ambulanter Rehabilitation;
- dem bestehenden Angebot an geriatrischer Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie);
- weiteren alternativen Angeboten.

Diese Einflussfaktoren werden im folgenden Kapitel bezüglich der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer ausführlich beschrieben.

3.4 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

3.4.1 Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate

Im Prognosezeitraum 2008 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate zur stationären Rehabilitation im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie

Die in der Akutsomatik erläuterte und prognostizierte zunehmende Entwicklung der Medizintechnik (vgl. Kapitel C.2.3.2) und Epidemiologie (vgl. Kapitel C.2.3.3) dürfte auch zu einer vermehrten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation führen.

Zuweisungspraxis

Die Rehabilitationsplanung geht von keiner Veränderung der heutigen Zuweisungspraxis aus.

Kostengutsprachepraxis

Rehabilitationsleistungen werden heute sowohl von der Unfall- und Invalidenversicherung als auch von der Krankenversicherung finanziert. Während bei den Unfall- und Invalidenversicherern die Wiedereingliederung der erkrankten beziehungsweise verunfallten Person nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente im Vordergrund steht, ist die Krankenversicherung auf die Erstattung medizinischer Rehabilitationsleistungen beschränkt. Aus den unterschiedlichen Zielen der Kostenträger resultieren unterschiedliche Anreize zur Kostengutsprache¹⁶ rehabilitativer Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass bei einer weiterhin ungebremsen Kostenentwicklung generell eine restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer erfolgt.

Finanzierungsstrukturen

Künftig muss die Leistungsvergütung auch im Bereiche der Rehabilitation auf der Basis leistungsbezogener und schweizweit einheitlicher Tarifstrukturen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und die terminliche Inkraftsetzung der künftigen Tarifstrukturen für den Bereich der Rehabilitation sind derzeit noch offen. Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize Verlagerungen von der stationären zur ambulanten Rehabilitation bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Das leistungsbereichsspezifische Potenzial zur Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitation wird in der Literatur auf 20 bis 60 Prozent geschätzt. Diese Schätzungen gelten nur unter den jeweiligen versicherungsrechtlichen und/oder siedlungsstrukturellen Rahmenbedingungen. Angesichts des eher geringen Ausbaugrades des ambulanten Rehabilitationsangebotes im Kanton Glarus geht die vorliegende Rehabilitationsplanung für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 von alters- bzw. leistungsgruppenspezifischen fallbezogenen Substitutionspotenzialen von maximal 20 Prozent aus.

¹⁶ Gemäss Anhang 1, Ziffer 18 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht für die Krankenversicherer eine grundsätzliche Leistungspflicht im Bereich der stationären Rehabilitation. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Zusätzlich wird die Indikation zur Rehabilitation für die Leistungsgruppen der kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation näher spezifiziert und auf die ambulante Rehabilitation erweitert. Dagegen werden die übrigen Leistungsbereiche nicht weiter spezifiziert.

Geriatrische Rehabilitation

Ein nicht unerheblicher Teil der in den Einrichtungen der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation behandelten älteren und hochbetagten sowie vielfach multimorbiden Patienten leidet unter neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie chronischen Erkrankungen des Atmungssystems und bedarf einer Rehabilitation. Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot beziehungsweise in die Akutgeriatrie würde sich je nach zukünftiger Entwicklung bedarfsmindernd auswirken.

3.4.2 Einflussfaktoren auf die Aufenthaltsdauer

Im Prognosezeitraum 2008 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren auf die mittlere Aufenthaltsdauer zur stationären Rehabilitation im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie

Die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren sowie neue Heilmittel können zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer beitragen. Mittelfristig ist in allen rehabilitativen Leistungsgruppen mit keinen wesentlichen Neuerungen im therapeutischen Angebot zu rechnen. Neben einer steigenden Morbidität ist bei Patienten ab 60 Jahren zusätzlich eine verminderte Belastbarkeit und eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen zu erwarten.

Zuweisungspraxis

Ohne ein einheitliches Übertrittsmanagement mit entsprechender vorgängiger Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit anhand vordefinierter Kriterien wird die für das Jahr 2012 geplante Einführung der SwissDRG den bestehenden Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation weiter verstärken. In dieser Schnittstelle spielt die Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege allerdings eine zentrale Rolle. Die Patienten würden demzufolge beim Eintritt in die Rehabilitation einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und einen höheren Behandlungsaufwand erfordern.

Kostengutsprachepraxis

Die restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer wird sich auch in einer Verkürzung der Dauer des bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthaltes auswirken.

Finanzierungsstrukturen

Analog der Akutsomatik sieht das KVG auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Einführung eines leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerischen Strukturen basierten Vergütungssystems vor. Dessen konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung ist derzeit aber noch offen. Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize generell eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Als Folge des fortgesetzten Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote werden von den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein steigender Anteil an höheren Altersgruppen und vermehrt schwierigere Fälle zu übernehmen sein. Dagegen kann der Aufenthalt in stationären Rehabilitationsszentren auf das medizinisch notwendige Mass verkürzt und die Rehabilitation wohnortnah im ambulanten Rahmen in enger Koordination mit der vorgängigen stationären Rehabilitationsphase weitergeführt und abgeschlossen werden. Insgesamt ist von einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer auszugehen.

Geriatrische Rehabilitation

Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten, organspezifischen Rehabilitation in ein geriatrisches Rehabilitationsangebot beziehungsweise die Akutgeriatrie würde sich je nach zukünftiger Entwicklung verkürzend auf die Rehabilitationsdauer der Einrichtungen mit spezialisiertem organspezifischem Rehabilitationsangebot auswirken.

3.5 Prognose mit drei Szenarien

3.5.1 Hospitalisationsrate

Die oben genannten Entwicklungstendenzen der Einflussgrößen werden in den Szenarien wie folgt berücksichtigt:

Hauptszenario

Für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 wird für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche von einer zunehmenden Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ausgegangen.

Maximalszenario

Das Maximalszenario berücksichtigt die tendenziell nachfragesteigernden Einflussfaktoren. Es geht für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen von folgender Entwicklung aus:

Die Morbidität der Wohnbevölkerung wird sich im Bereich der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche weiter erhöhen. Daraus resultiert ein Wachstum der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation von ca. 20 Prozent. Gleichzeitig werden sich die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie der kurativen Medizin weiter verbessern. Daraus resultiert für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche (exklusive psychiatrisch-sozialmedizinische und übrige Rehabilitation) eine zusätzliche Erhöhung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation um 20 Prozent. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Minimalszenario

Das Minimalszenario berücksichtigt für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 eine strengere Kostengutsprachepraxis der Versicherungen, eine vermehrte Substitution in den ambulanten Bereich sowie eine Verschiebung von geriatrischen Rehabilitationspatienten in die Akutgeriatrie. Diese Annahmen werden pauschal mit einer ungefähr 8 Prozent tieferen Hospitalisationsrate ins Modell einfließen.

3.5.2 Aufenthaltsdauer

Hauptszenario

Als Folge des abgeänderten Vergütungssystems wird für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 für alle Altersgruppen und Leistungsbereiche von einer generellen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um rund 9 Prozent ausgegangen.

Maximalszenario

Das Maximalszenario berücksichtigt jene Einflussfaktoren, welche die Aufenthaltsdauer tendenziell erhöhen. Es geht für den Prognosezeitraum 2008 bis 2020 in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsbereichen von folgender Entwicklung aus:

Angesichts der zu erwartenden zusätzlich verminderten Belastbarkeit und Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen geht das Maximalszenario für die Patienten ab 60 Jahren in allen Leistungsbereichen von einer Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer um 2 Prozent aus. Daneben geht das Maximalszenario als Folge der für das Jahr 2012 geplanten Einführung der SwissDRG an den Akutspitälern und dem daraus resultierenden verstärkten Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation in allen Altersgruppen und Leistungsbereichen von einer Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer von 9 Prozent aus. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Minimalszenario

Das Minimalszenario berücksichtigt jene Einflussfaktoren, welche die Aufenthaltsdauer tendenziell verkürzen. Beispiele dafür sind strengere Kostengutsprachepraxis, zunehmende ambulante Rehabilitation sowie vermehrte Verschiebung von Rehabilitationspatienten in die Akutgeriatrie. Sie fliessen pauschal mit einer Reduktion der Aufenthaltsdauer von 16 Prozent ins Modell ein.

4 Methodik Psychiatrie

Im Teilkapitel Prognose Psychiatrie wird einleitend die Wahl der Prognosetechnik sowie des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben und die Entwicklung der Einflussfaktoren aufgezeigt. Zum Abschluss wird dargestellt, wie der prognostizierte Leistungsbedarf unter Berücksichtigung von drei Szenarien berechnet wird.

4.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Für die Berechnungen der Psychiatrieplanung wurde auf das Vorgehen des OBSAN abgestützt: Ausgangspunkt ist eine konstante Hospitalisationsrate pro Leistungsbereich und Alterskategorie. Für die Fallzahlen 2020 werden die einzelnen Hospitalisationsraten mit der kantonalen demografischen Veränderung multipliziert, womit die Patientenzahl im Hauptszenario im Jahr 2020 bestimmt wird. Wie in der Akutsomatik und der Rehabilitation wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt (vgl. Kapitel C.2.2.1).

Bezüglich der Aufenthaltsdauern werden folgende zwei Varianten berücksichtigt:

- Variante 1: Schweizer Benchmark der Mittleren Aufenthaltsdauer aller psychiatrischen Kliniken in der Schweiz
- Variante 2: Kantonaler Benchmark der Mittleren Aufenthaltsdauer aller psychiatrischen Kliniken des eigenen Kantons (für den Kanton Glarus sind diese Zahlen kaum berücksichtigt, da die Daten der psychiatrischen Behandlungen in der Regel in den akutsomatischen Daten integriert wurden)

Zusätzlich wurden pro Variante je drei Szenarien gewählt:

- Im Maximalszenario wird jeweils die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verwendet.
- Im Minimalszenario wird jeweils der Median verwendet.
- Im Hauptszenario entspricht die Aufenthaltsdauer dem Mittelwert aus den Aufenthaltsdauern des Minimal- und Maximalszenarios.

4.2 Prognose mit drei Szenarien

4.2.1 Hospitalisationsrate

Für beide Varianten wird in allen drei Szenarien (Haupt-, Maximal- und Minimalszenario) von einer Abnahme der Hospitalisationsrate ausgegangen.

4.2.2 Aufenthaltsdauer

In beiden Varianten wird von einer Abnahme der Aufenthaltsdauer für alle Szenarien ausgegangen. Einzig in der Variante 2 wird im Maximalszenario von einer Zunahme der Aufenthaltsdauer um 2.5 Prozent ausgegangen.

D Akutsomatik

Dieses Kapitel bildet den Kern des Versorgungsberichts. Zuerst wird die bisherige und aktuelle Nachfrage der Glarner Wohnbevölkerung nach akutsomatischen Spitalleistungen¹⁷ aufgezeigt. Anschliessend wird der akutsomatische Leistungsbedarf für das Jahr 2020 prognostiziert.

1 Bisherige Nachfrage

In diesem Teilkapitel wird anhand einer Zeitreihe von 2003 bis 2008 die bisherige Nachfrage nach stationären Leistungen der Glarner Wohnbevölkerung aufgezeigt. Um ein genaueres Bild zu zeigen, werden anschliessend die Zahlen aus dem Jahr 2008 nach medizinischen Leistungsbereichen und Altersgruppen analysiert.

Die Nachfrage nach stationären Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von:

- der Einwohnerzahl;
- der Hospitalisationsrate;
- der Aufenthaltsdauer der stationären Behandlung.

Aufgrund der Einwohnerzahl und der Hospitalisationsrate ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Patienten. Diese Zahl wiederum multipliziert mit der Aufenthaltsdauer pro Patient ergibt die Anzahl Pflgetage (vgl. Abbildung 2).

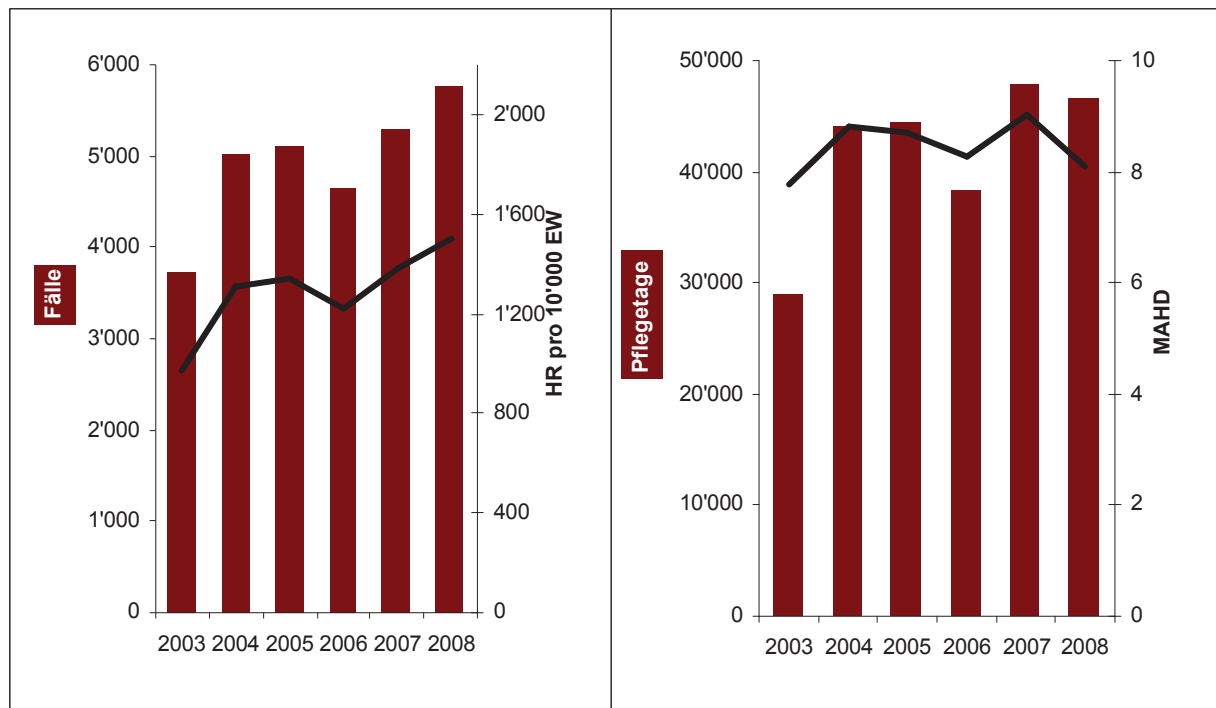
2 Nachfragestruktur 2008

Die Abbildung 7 links zeigt, dass im Jahr 2003 die Glarner Wohnbevölkerung 3'732 stationäre Spitalaufenthalte in Anspruch nahm, 2008 waren es 5'765¹⁸. Diese Zunahme von 54 Prozent ist auf verschiedene Einflüsse zurückzuführen:

- Obwohl die Wohnbevölkerung zwischen 2003 und 2008 um 0.35 Prozent abgenommen hat, stieg die Hospitalisationsrate (Anzahl Spitalaufenthalte pro 10'000 Kantonseinwohner) in diesem Zeitraum um ungefähr 55 Prozent.
- Erfahrungsgemäss bedürfen ältere im Vergleich zu jüngeren Personen häufiger einer Spitalbehandlung. Mit Blick auf die demografische Altersverschiebung kann damit ein weiterer Teil der Fallsteigerung erklärt werden.
- Ein Teil der Fallzunahme ist auf die Veränderungen bei der Falldefinition zurückzuführen. So erfassen alle Spitäler seit 2006 bspw. auch Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen ein Bett belegt wird, sowie Überweisungen in ein anderes Spital, als stationären Fall.

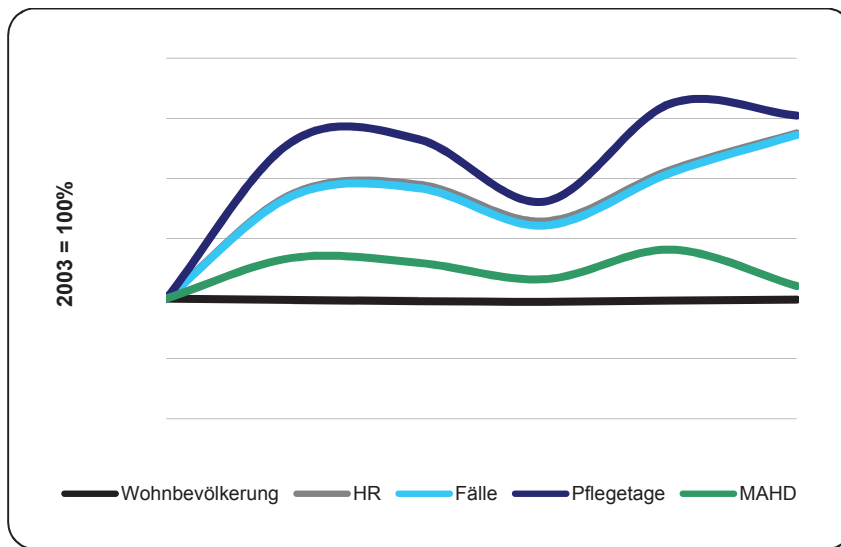
¹⁷ Im ganzen Kapitel D werden die stationären Spitalleistungen aus der Perspektive der Glarner Wohnbevölkerung analysiert und prognostiziert. Die Grundgesamtheit bilden demzufolge alle stationären Patienten mit Wohnsitz im Kanton Glarus, unabhängig vom Behandlungsort.

¹⁸ Mehrfacheintritte einer Person pro Jahr werden als mehrere Fälle gezählt. Die beschriebenen Zahlen beziehen sich daher nicht auf die Anzahl Personen, sondern die Anzahl Spitalaufenthalte der Glarner Bevölkerung in einem Spital.

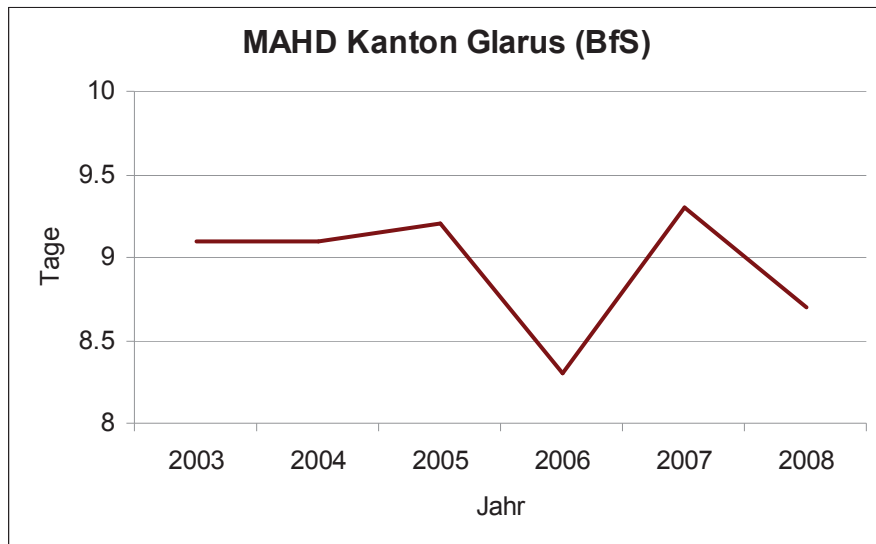
Abbildung 7: Entwicklung der Patientenzahl und der Pflegetage (alle Einwohner GL)

In Abbildung 7 rechts ist ersichtlich, dass sich die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in den letzten sechs Jahren sehr schwankend entwickelt hat. Im Jahr 2003 lag sie bei 7.8 Tagen, stieg im folgenden Jahr auf 8.8 Tage an und sank bis 2006 wieder auf einen Wert von 8.3 Tagen. Im 2007 stieg sie auf 9.0 Tage. Seither verringerte sie sich wieder. Der Stand 2008 lag bei 8.1 Tagen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei diesen Zahlen um die Grundgesamtheit aller Fälle, mit Wohnsitz im Kanton Glarus handelt, die stationär behandelt wurden. Darin sind also auch diejenigen enthalten, die ausserkantonale behandelt wurden. Die Anzahl Pflegetage verhält sich in der Tendenz ähnlich wie die Aufenthaltsdauer.

Zusammenfassend kann festgehalten werden (Abbildung 8): Zwischen 2003 und 2008 haben sich trotz nahezu konstanter Wohnbevölkerung die Hospitalisationsrate (HR), die Anzahl Fälle und die Anzahl Pflegetage massiv erhöht hat. Für die HR und die Anzahl Fälle zeigt sich eine steigende Tendenz, bei den Pflegetagen ist aktuell eher eine Abnahme oder eine stagnierende Entwicklung zu beobachten. Die Anzahl der Pflegetage setzen sich aus HR und der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) zusammen. Die Hospitalisationsrate steigt etwa im gleichen Masse, wie die MAHD sinkt. Die mittlere Aufenthaltsdauer zeigt die oben erwähnten Schwankungen, trotzdem ist in den letzten zwei Jahren eine stagnierende oder sogar eher sinkende Entwicklung erkennbar. Die Fälle werden ausschliesslich von der Hospitalisationsrate bestimmt, da die Wohnbevölkerungszahl stabil bleibt.

Abbildung 8: Veränderungsraten 2003 bis 2008

In der Krankenhausstatistik des BfS sind diejenigen Daten dargestellt, die für das Kantonsspital Glarus (als einzige Institution im Kanton im Bereich der Akutversorgung) erhoben wurden (Abbildung 9). Die durchwegs höheren Werte sind schwer zu vergleichen, da bspw. die Fälle der Psychiatrie des Kantonsspitals Glarus nicht separat ausgewiesen werden resp. darin enthalten sind.

Abbildung 9: Mittlere Aufenthaltsdauer bei Behandlung im Kanton Glarus

3 Nachfrage nach stationären Leistungen

Die Tabelle 3 zeigt die stationären Leistungen der Glarner Wohnbevölkerung im Jahr 2008 und charakterisiert diese anhand ausgewählter Merkmale:

Tabelle 3: Patienten nach Leistungsbereichen 2008

	Fälle (abs.)	Fälle in %	Mittleres Eintrittsal- ter Jahre	Kostenträ- ger % KVG	Liegeklasse % Zusatz- versicherung HP+P	Behand- lungsort % Ausser- Kanton
Nervensystem&Sinnesorgane						
Dermatologie	135	2%	53	87%	17%	18%
Hals-Nasen-Ohren	203	4%	38	96%	12%	28%
Neurochirurgie	39	1%	56	92%	18%	72%
Neurologie	248	4%	51	85%	12%	19%
Ophtalmologie	49	1%	61	96%	33%	90%
Innere Organe						
Endokrinologie	83	1%	50	98%	18%	23%
Gastroenterologie	387	7%	52	99%	14%	11%
Viszeralchirurgie	408	7%	50	99%	16%	15%
Hämatologie	70	1%	58	96%	30%	33%
Herz-&Gefässchirurgie	194	3%	67	97%	26%	52%
Kardiologie&Angiologie	467	8%	68	100%	25%	40%
Infektiologie	85	1%	52	89%	20%	15%
Nephrologie	81	1%	55	98%	15%	12%
Urologie	293	5%	60	99%	22%	21%
Pneumologie	214	4%	56	96%	17%	16%
Thoraxchirurgie	51	1%	63	90%	18%	22%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	951	16%	56	78%	23%	27%
Rheumatologie	190	3%	61	92%	19%	13%
Gynäkologie&Geburtshilfe						
Gynäkologie	287	5%	48	98%	20%	27%
Geburtshilfe	404	7%	29	100%	5%	17%
Neugeborene	358	6%	0	93%	1%	21%
Übrige						
(Radio-)Onkologie	45	1%	54	98%	18%	29%
Psychiat- rie&Toxikologie	202	4%	47	99%	6%	6%
Schwere Verletzungen	57	1%	41	91%	9%	25%
Transplantationen	6	0%	47	67%	0%	100%
Sonstige Behandlung	135	2%	54	91%	13%	25%
Verlegun- gen&Todesfälle	123	2%	50	87%	12%	26%
Total	5'765	100%	50	93%	17%	24%

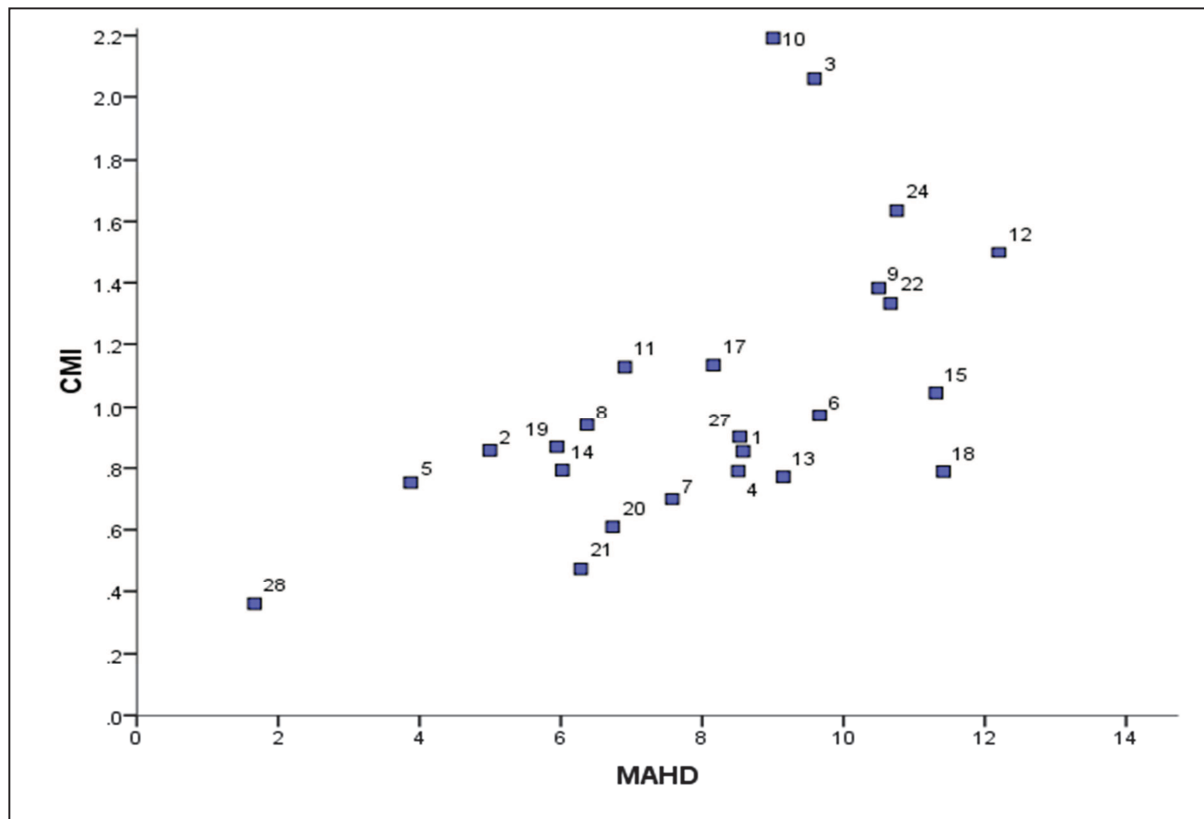
Im Jahr 2008 beanspruchten die Glarner in über 5'765 Fällen einen stationären Spitalaufenthalt. Mit 16 Prozent aller Fälle sind orthopädische Eingriffe am häufigsten, 13 Prozent entfallen gemeinsam auf die Bereiche Geburtshilfe und Neugeborene.

Im Durchschnitt waren die Patienten rund 50 Jahre alt. Am ältesten sind die Patienten in den Leistungsbereichen Kardiologie & Angiologie und Herz-/Gefässchirurgie mit rund 68 Jahren. Von allen stationären Spitalaufenthalten wurden neun von zehn Fällen über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet (vgl. Merkmal Kostenträger in der obenstehenden Tabelle).

In den Bereichen Orthopädie ist der Anteil niedriger, weil in diesen Bereichen der Anteil an Unfallpatienten höher ist. Insgesamt liessen sich 17 Prozent der Glarner in der halbprivaten oder privaten Versicherungsklasse behandeln. Rund 24 Prozent aller Behandlungen wurden in einem anderen Kanton durchgeführt. Auf diese ausserkantonalen Behandlungen wird im Kapitel C.2 eingegangen.

Abbildung 10 beschreibt den Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und dem Fallschwere-Index (CMI¹⁹) pro Leistungsbereich. Insgesamt beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer der Glarner Wohnbevölkerung bei ihren Spitalaufenthalten 8.1 Tage und der CMI 1.0.

Abbildung 10: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen²⁰



Drei Leistungsbereiche (Psychiatrie, Transplantationen und Thoraxchirurgie) sind Ausreisser und werden in der Grafik (Abbildung 10) nicht angezeigt. Sie sind in der Tabelle 4 speziell markiert (hellrot).

¹⁹ Der Case Mix Index (CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamtressourcenaufwand entspricht (Fallschwere-Index). Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar. Die Summe der Fallgewichte dividiert durch die Anzahl Fälle ergibt den CMI.

²⁰ Psychiatrie (mittlere Aufenthaltsdauer: 18.5 Tage; CMI: 1.5), Transplantationen (27.4; 9.47) und Thoraxchirurgie (18.2; 4.0) sind Ausreisser und werden in der Grafik nicht angezeigt.

Tabelle 4: Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen²¹

		MAHD Tage	CMI
1	Dermatologie	8.6	0.9
2	Hals-Nasen-Ohren	5.0	0.9
3	Neurochirurgie	9.6	2.1
4	Neurologie	8.5	0.8
5	Ophtalmologie	3.9	0.8
6	Endokrinologie	9.7	1.0
7	Gastroenterologie	7.6	0.7
8	Viszeralchirurgie	6.4	0.9
9	Hämatologie	10.5	1.4
10	Herz-&Gefäßschirurgie	9.0	2.2
11	Kardiologie&Angiologie	6.9	1.1
12	Infektiologie	12.2	1.5
13	Nephrologie	9.1	0.8
14	Urologie	6.0	0.8
15	Pneumologie	11.3	1.0
16	Thoraxchirurgie	18.2	4.0
17	Orthopädie	8.2	1.1
18	Rheumatologie	11.4	0.8
19	Gynäkologie	5.9	0.9
20	Geburtshilfe	6.7	0.6
21	Neugeborene	6.3	0.5
22	(Radio-)Onkologie	10.7	1.3
23	Psychiatrie&Toxikologie	18.5	1.5
24	Schwere Verletzungen	10.8	1.6
25	Transplantationen	15.0	8.6
27	Sonstige Behandlungen	8.5	0.9
28	Verlegungen&Todesfälle	1.7	0.4
Total		8.1	1.0

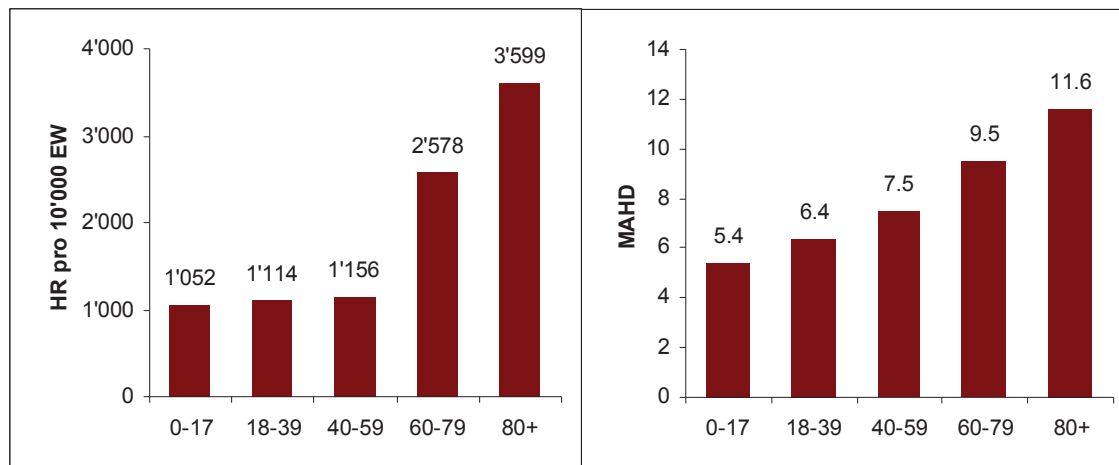
Zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere besteht ein enger Zusammenhang. Generell gilt, dass bei kurzen/langen Spitalaufenthalten auch die Fallschwere niedrig/hoch ist. Im unteren Bereich sind diejenigen Leistungsbereiche angesiedelt, die für ihr Fallgewicht eine relativ lange Aufenthaltsdauer aufweisen (als Beispiel sei hier die Rheumatologie erwähnt). Im oberen Bereich sind die „kapitalintensiveren“ Bereiche zu finden. Letztere benötigen überproportional viel teure Medizintechnik (z. B. Operationssäle, Spezialgeräte) und/oder kostenintensive Implantate und Medikamente. Mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 9.0 Tagen hat der Bereich Herz- & Gefäßschirurgie einen überdurchschnittlich hohen Schweregrad (CMI: 2.2).

²¹ Die in der Abbildung 11 nicht aufgeführten Leistungsbereiche wurden in Tabelle 5 **hellrot** markiert.

4 Analyse nach Altersgruppen

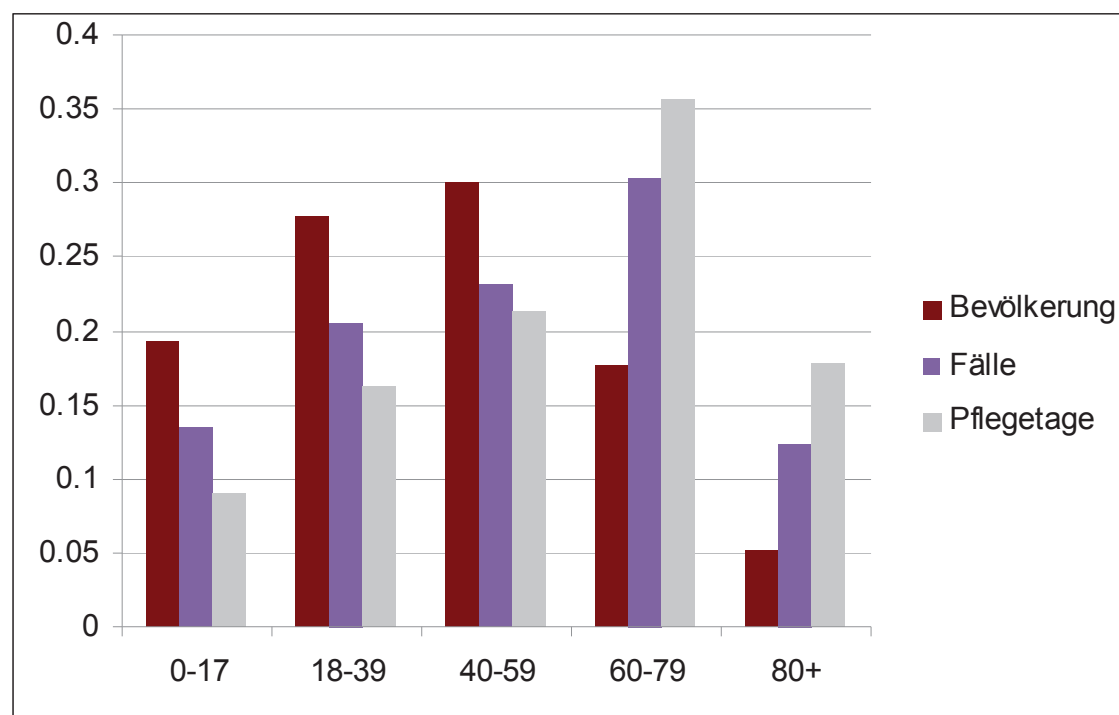
Die Abbildung 11 links zeigt, dass jeder vierte 60-79-Jährige einmal jährlich im Spital liegt, in der Altersgruppe 80+ ist es beinahe jeder dritte. Von den jüngeren Altersgruppen muss jährlich nur jeder zehnte stationär behandelt werden. Mit steigendem Alter benötigt der Körper eine längere Regenerationsphase. Dies wirkt sich auf die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital aus, was in Abbildung 11 rechts ersichtlich ist.

Abbildung 11: Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen im Jahr 2008



Durch die höhere Hospitalisationsrate und die höhere mittlere Aufenthaltsdauer der älteren Generationen sind auch deren Pflegetage entsprechend höher. Abbildung 12 zeigt diesen Sachverhalt anschaulich:

Abbildung 12: Prozentanteil an Wohnbevölkerung, Anzahl Fälle und Pflegetagen nach Altersgruppen im Jahr 2008



Rund 42 Prozent aller Fälle und sogar 54 Prozent aller Pflegetage der Glarner Wohnbevölkerung werden von Personen beansprucht, die älter als 59 Jahre alt sind (Addition der Altersgruppen 60-79 und 80+), während ihr Anteil an der gesamten Glarner Bevölkerung lediglich 23 Prozent ausmacht. Diese überproportionale Inanspruchnahme von Spitalleistungen von Personen ab 60 Jahren ist auch schweizweit im gleichen Verhältnis zu beobachten.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Patienten, die sich halbprivat oder privat behandeln lassen. Quantifiziert heisst das, dass sich bei den Patienten im Alter von 60 bis 79 rund 26 Prozent zusatzversichert behandeln lassen, während es bei den Kindern nur jedes hundertste und bei den 18-39-Jährigen nur jeder zwanzigste ist. Die Altersgruppe 80+ hingegen zeigt einen leichten Rückgang der zusatzversicherten Personen von 2 Prozent im Vergleich zur Gruppe der 60-79-Jährigen.

Ebenfalls ist erkennbar, dass die Mobilität der Patienten mit zunehmendem Alter abnimmt. Der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen sinkt von den 0-17-Jährigen bis zu der Altersgruppe 80+ auf die Hälfte. Die Altersgruppen dazwischen liegen im Bereich zwischen 24-27 Prozent.

Tabelle 5: Analyse nach Altersgruppen aus dem Jahr 2008

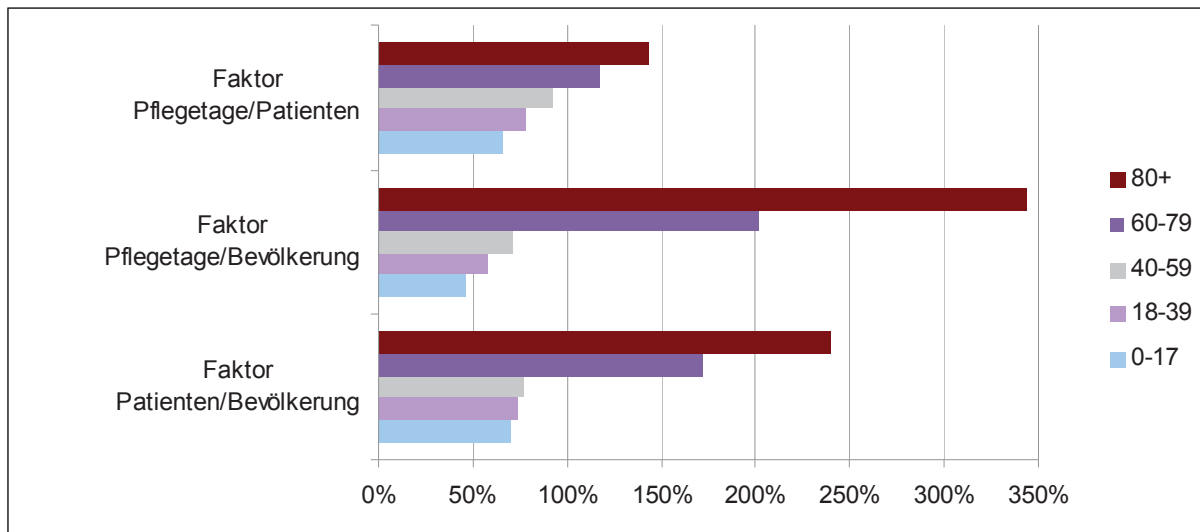
Altersgruppe	Fälle in %	Mittleres Eintrittsalter Jahre	Liegeklasse % Zusatzversicherung HP+P	Behandlungs-ort % AK
0-17	14%	4	1%	28%
18-39	21%	28	5%	24%
40-59	23%	50	19%	27%
60-79	30%	70	26%	25%
80+	12%	85	24%	12%
Total	100%	50	17%	24%

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Spitalbehandlungen zu einem grossen Teil von Personen ab 60 Jahren beansprucht werden. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird sich in den kommenden Jahren die Pflegeintensität weiterhin zu den älteren Generationen verschieben, das heisst der proportionale Anteil der Behandlungen und Pflegetage der Patienten ab 60 Jahren wird sich weiter erhöhen.

Tabelle 6: Die häufigsten Leistungsbereiche nach Altersgruppen im Jahr 2008

Altersgruppe	Häufigster Leistungsbereich	Zweithäufigster Leistungsbereich	Dritthäufigster Leistungsbereich
0-17	Neugeborene (46%)	Orthopädie (8%)	Gastroenterologie (8%)
18-39	Geburtshilfe (33%)	Orthopädie (21%)	Viszeralchirurgie (8%)
40-59	Orthopädie (21%)	Viszeralchirurgie (11%)	Gynäkologie (9%)
60-79	Orthopädie (20%)	Kardiologie&Angiologie (15%)	Gastroent. / Urologie (7%)
80+	Orthopädie (16%)	Kardiologie&Angiologie (14%)	Gastroenterologie (10%)

Aus Tabelle 6 ist ersichtlich, dass die Orthopädie in allen Altersgruppen ein sehr häufiger Leistungsbereich darstellt. Ebenfalls sind bei den älteren Generationen häufig Behandlungen am Herz für den Spitalaufenthalt verantwortlich, während bei den jüngeren Altersgruppen Behandlungen im Zusammenhang mit der Geburt noch zahlreicher sind.

Abbildung 13: Faktoren nach Altersgruppen 2008

In Abbildung 13 ist der prozentuale Anteil an Wohnbevölkerung, Anzahl Fällen und Pflegetagen nach Altersgruppen im Jahr 2008 noch in einer etwas anderen Darstellung aufgeführt. Dabei wurde jeweils für jede Altersgruppe ein Quotient berechnet, welcher den prozentualen Anteil der Fälle, der Pflegetage und die Spitaleintrittshäufigkeit (Fall pro Bevölkerung) vergleicht.

Es wird deutlich, dass der Anteil der Alterskategorie 80+ im Bereich Pflegetage pro Bevölkerung rund 1.5 Mal so hoch ist wie der Anteil der 60-79-Jährigen und rund 7 Mal so hoch wie derjenige der Altersgruppen von 0-17, 18-39 und 40-59.

Für den Anteil Fälle/Bevölkerung fällt der Unterschied ebenso deutlich auf. Die Altersgruppe 80+ macht rund 3 Mal so viele Fälle aus wie diejenige der Altersgruppen von 0-17, 18-39 und 40-59.

5 Analyse der ausserkantonale behandelten Patienten

In diesem Kapitel wird der Fokus auf diejenigen Patienten gelegt, welche ihren Wohnsitz im Kanton Glarus haben, jedoch in einem anderen Kanton behandelt wurden. In Kapitel D wird der Leistungsbedarf der spitalbedürftigen Glarner Bevölkerung dargestellt. Dieser setzt sich aus allen Behandlungen von Glarner Patienten im Kanton Glarus sowie aus den ausserkantonalen Behandlungen der Glarner Kantonseinwohner zusammen (Abwanderer). Diejenigen Patienten, die ihren Wohnsitz in einem anderen Kanton haben, sich jedoch im Kanton Glarus behandeln liessen, sind im Folgenden als Zuwanderer dargestellt. In diesem Kapitel soll nun die Zu- und Abwanderung etwas genauer betrachtet werden.

5.1 Nettowanderung

Die Tabelle 7 zeigt auf, in welchen Kantonen sich die Glarner behandeln liessen und woher die Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz, die sich in Glarus behandeln liessen, kommen.

Tabelle 7: Zu- und Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Glarus im Jahr 2008

	ZH	SG	GR	SZ	Andere Kantone <100	Gesamt
Zuwanderung	70	186	6	32	103	397
Abwanderung	-716	-309	-181	-73	-99	-1'378
Nettowanderung	-646	-123	-175	-41	4	-981

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass sich die Glarner Wohnbevölkerung zum grössten Teil innerkantonale behandeln lässt. Nur 1'378 aller Glarner Patienten reisten dafür in einen anderen Kanton.²² Die Abwanderung entspricht demnach 24 Prozent der Behandlungen und 20 Prozent aller Pflgetage. Die Glarner gehen für ausserkantonale Behandlungen am häufigsten nach Zürich (716 Fälle). Deutlich weniger Patienten wandern nach St. Gallen (309 Fälle) und nach Graubünden (181 Fälle) ab.

Im Jahr 2008 betrug die Zahl der Zuwanderer in die einzige akutsomatische Institution im Kanton Glarus 397. Das entspricht 8 Prozent aller in Glarus behandelten Patienten. Die Zuwanderer wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen. Die meisten Patienten kamen aus dem Kanton St. Gallen (186 Fälle) und Zürich (70 Fälle). 33 Patienten hatten ihren Wohnsitz im Ausland.

5.1.1 Abwanderung

Im nachfolgenden Kapitel wird die Abwanderung etwas genauer betrachtet. Konkret geht es dabei um die Glarner, die sich in einem Spital oder einer Klinik ausserhalb des Kantons behandeln lassen.

5.1.2 Abwanderung nach Leistungsbereichen

In Tabelle 8 sind die Leistungsbereiche bezüglich der absoluten Anzahl Fälle und dem prozentualen Anteil pro Leistungsbereich sowie dem prozentualen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen dargestellt.

Tabelle 8: ausserkantonale Behandlungen pro Leistungsbereich

	Fälle (absolut)	Fälle in %	davon Behandlungs- ort ausserkantonale in %
Nervensystem&Sinnesorgane			
Dermatologie	135	2%	18%
Hals-Nasen-Ohren	203	4%	28%
Neurochirurgie	39	1%	72%
Neurologie	248	4%	19%
Ophtalmologie	49	1%	90%
Innere Organe			
Endokrinologie	83	1%	23%
Gastroenterologie	387	7%	11%
Viszeralchirurgie	408	7%	15%
Hämatologie	70	1%	33%
Herz-&Gefässchirurgie	194	3%	52%
Kardiologie&Angiologie	467	8%	40%
Infektiologie	85	1%	15%
Nephrologie	81	1%	12%
Urologie	293	5%	21%
Pneumologie	214	4%	16%
Thoraxchirurgie	51	1%	22%
Bewegungsapparat			
Orthopädie	951	16%	27%
Rheumatologie	190	3%	13%

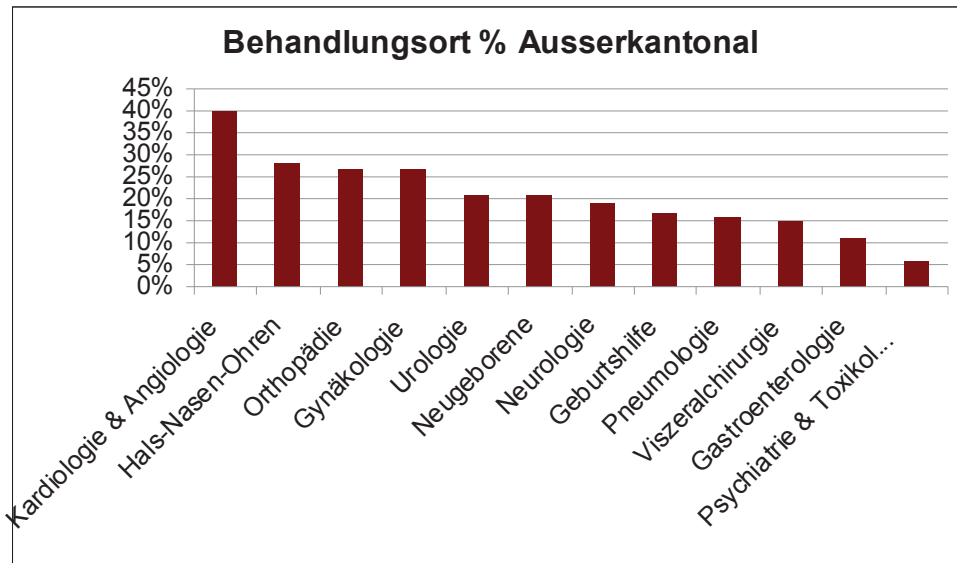
²² Es stehen keine Daten bezüglich Glarner Patienten, die im Ausland behandelt wurden, zur Verfügung.

Gynäkologie&Geburtshilfe			
Gynäkologie	287	5%	27%
Geburtshilfe	404	7%	17%
Neugeborene	358	6%	21%
Übrige			
(Radio-)Onkologie	45	1%	29%
Psychiatrie&Toxikologie	202	4%	6%
Schwere Verletzungen	57	1%	25%
Transplantationen	6	0%	100%
Sonstige Behandlung	135	2%	25%
Verlegungen&Todesfälle	123	2%	26%
Total	5'765	100%	24%

Tabelle 9 bzw. Abbildung 15 zeigen, in welchen Leistungsbereichen die meisten Glarner Patienten im Jahr 2008 ausserkantonale behandelt wurden. Dabei sind die zwölf Leistungsbereiche dargestellt, bei denen über 200 Fälle pro Jahr (als Einschlussgrenze) behandelt wurden. Die *meisten Fälle* wurden in den Leistungsbereichen Orthopädie (951), Kardiologie& Angiologie (467) und im Bereich Viszeralchirurgie (408) behandelt. Betreffend Abwanderung verzeichnete der Leistungsbereich Kardiologie&Angiologie die weitaus höchste Rate (40%), aber auch diejenige in den Bereichen Hals-Nasen-Ohren (28%), Orthopädie und Gynäkologie (je 27%) sind beachtlich.

Tabelle 9: Häufigste Leistungsbereiche nach Anzahl Fälle (2008)

Leistungsbereich	Fälle absolut	Davon Behandlungsort ausserkantonale in %
Kardiologie & Angiologie	467	40%
Hals-Nasen-Ohren	203	28%
Orthopädie	951	27%
Gynäkologie	287	27%
Urologie	293	21%
Neugeborene	358	21%
Neurologie	248	19%
Geburtshilfe	404	17%
Pneumologie	214	16%
Viszeralchirurgie	408	15%
Gastroenterologie	387	11%
Psychiatrie & Toxikologie	202	6%

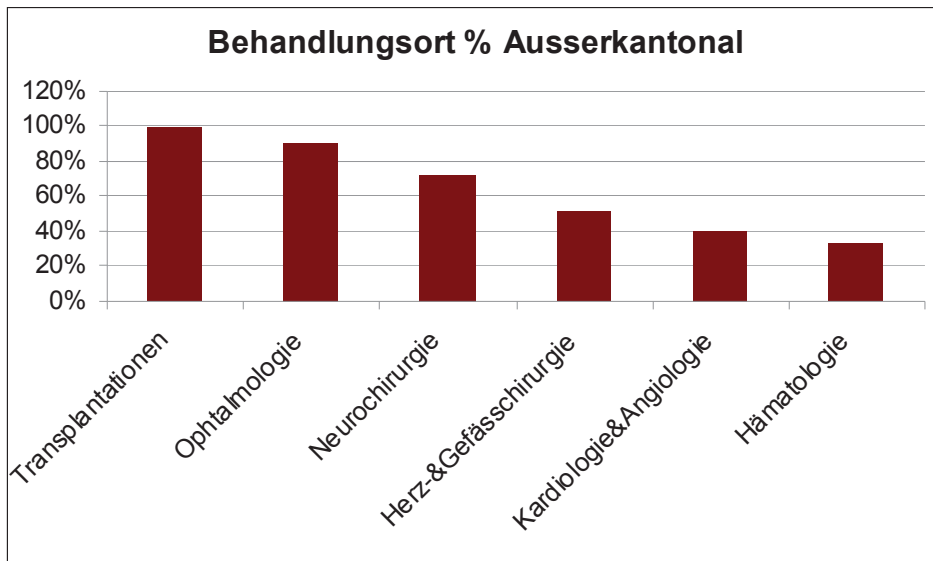
Abbildung 14: Häufigste Leistungsbereiche nach prozentualem Anteil Behandlungsort ausserkantonale

In Tabelle 10 sind diejenigen Leistungsbereiche dargestellt, bei welchen die Behandlungen *prozentual* am häufigsten ausserkantonale durchgeführt wurden. Dabei wurden diejenigen Leistungsbereiche ausgewählt, bei denen der Anteil ausserkantonale durchgeführter Behandlungen über 33 Prozent lag. Im Leistungsbereich Transplantationen wurden alle 6 Fälle ausserkantonale behandelt. Im Bereich Ophtalmologie wurden 90 Prozent, d.h. 44 der 49 Behandlungen ausserkantonale durchgeführt. Ähnlich verhält es sich mit dem Bereich Neurochirurgie.

Tabelle 10: Häufigste Leistungsbereiche ausserkantonale behandelt (2008)

Leistungsbereich	Fälle abs. ausserkantonale	Behandlungsort % ausserkantonale
Transplantationen	6	100%
Ophtalmologie	44	90%
Neurochirurgie	28	72%
Herz-&Gefässchirurgie	101	52%
Kardiologie&Angiologie	189	40%
Hämatologie	23	33%

Für die Bereiche der Herz- & Gefässchirurgie sowie der Kardiologie & Angiologie zeigt sich ein hoher Anteil an Fällen, welche insgesamt im Jahr 2008 erfasst wurden (194 resp. 467 Fälle im Jahr 2008). Während im Bereich Herz- & Gefässchirurgie nur 101 Patienten ausserkantonale behandelt wurden, sind es im Bereich Kardiologie & Angiologie die meisten Fälle mit rund 190.

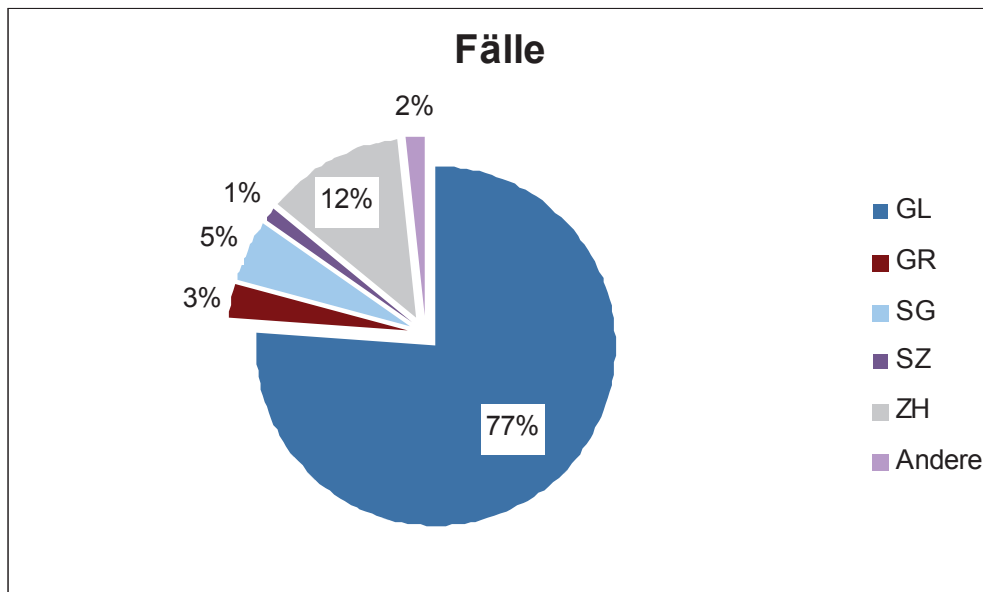
Abbildung 15: Prozentual häufigste ausserkantonale behandelte Leistungsbereiche

Der Vergleich zwischen ausserkantonalen Behandlungen und Fallhäufigkeit von den aufgeführten Leistungsbereichen zeigt auf, dass mit dem Leistungsbereich Kardiologie & Angiologie einer der wichtigsten Leistungsbereiche mit den höchsten Fallzahlen zu einem grossen Teil ausserkantonale abgedeckt wird.

Die Tabelle 11 zeigt die Abwanderung der Glarner Patienten nach Kantonen in Anzahl Fällen und den prozentualen Anteil im Jahr 2008 sowie die Anzahl Pflgetage und deren prozentualer Anteil.

Tabelle 11: Abwanderung von Patienten in andere Kantone im Jahr 2008

Kanton	Fälle	Prozentualer Anteil	Pflegetage	Prozentualer Anteil
GL	4'387	76.10	37'336	80
GR	181	3.14	1'348	2.9
SG	309	5.36	1'905	4.1
SZ	73	1.27	350	0.8
ZH	716	12.42	4'873	10.4
Andere	99	1.72	839	1.8
Total	5'765	100.00	46'651	100

Abbildung 16: Verteilung der Fälle nach Kantonen

Im Jahr 2008 wanderten insgesamt 1'378 Glarner Patienten für eine medizinische Behandlung in einen anderen Kanton ab. Insgesamt zeigt sich, dass v. a. die Leistungsbereiche Orthopädie, Kardiologie & Angiologie, Herz- & Gefässchirurgie und Gynäkologie den grössten Anteil ausmachen. Rund 258 orthopädische Fälle wurden im Jahr 2008 ausserkantonale behandelt, die meisten davon (70 Fälle) in der Schulthess-Klinik in Zürich.

Im Leistungsbereich Kardiologie & Angiologie liessen sich insgesamt rund 189 Glarner ausserkantonale behandeln. Die meisten dieser Behandlungen (63) fanden im Stadtspital Triemli statt, ähnlich viele Fälle (51) im Universitätsspital Zürich. Für den Leistungsbereich Herz- & Gefässchirurgie wurden 101 ausserkantonale behandelte Fälle registriert, davon die Mehrheit (38 Fälle) am Universitätsspital Zürich.

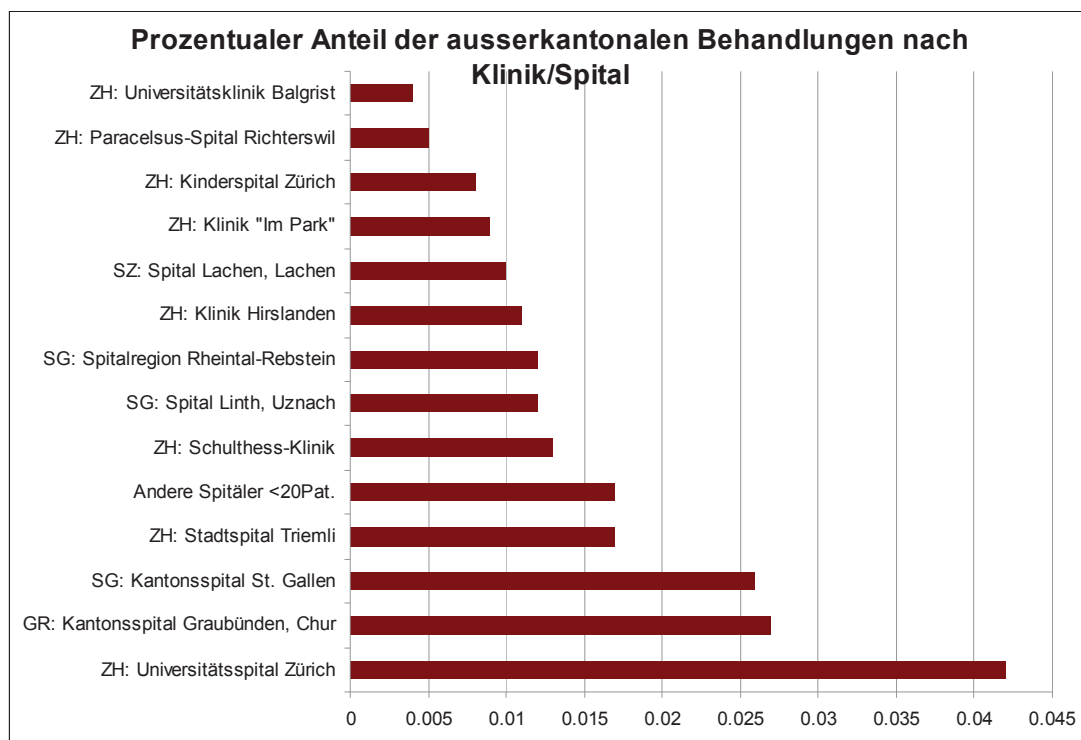
Im Leistungsbereich Gynäkologie zeigt sich eine Abwanderung (39 Fälle) ins Kantonsspital St. Gallen.

5.1.3 Abwanderung nach Kanton und Spitälern

Die Tabelle 12 und Abbildung 17 zeigen detailliert, in welche Spitälern die Glarner Patienten abwanderten. Die meisten der rund 24 Prozent aller Glarner, die sich ausserkantonale behandeln liessen, taten dies im Universitätsspital Zürich. Rund 4 Prozent aller Patienten liessen sich dort behandeln, dies entspricht 240 Fällen. Ähnlich viele Fälle wurden im Kantonsspital Graubünden und St. Gallen registriert, was einem Anteil von je rund 2.5 Prozent entspricht.

Tabelle 12: Ausserkantonale Behandlungen nach Kanton und Spital/Klinik (2008)

Kt	Spital	Anzahl Fälle	Prozent. Anteil	Häufigster Leistungsbereich (Anzahl Fälle absolut)
ZH	Universitätsklinik Balgrist	25	0.4%	Orthopädie (21)
ZH	Parcelsus-Spital Richterswil	28	0.5%	Neugeborene (11), Geburtshilfe (11)
ZH	Kinderspital Zürich	47	0.8%	Orthopädie (12)
ZH	Klinik im Park	50	0.9%	Kardiologie&Angiologie (19)
SZ	Spital Lachen	60	1.0%	Urologie (13)
AG	Klinik Hirslanden	61	1.1%	Kardiologie&Angiologie (26)
SG	Spitalregion Rheintal-Rebstein	69	1.2%	Orthopädie (18)
SG	Spital Linth Uznach	74	1.2%	Geburtshilfe (18)
ZH	Schulthess-Klinik	74	1.3%	Orthopädie (69)
-	Andere (Spitäler je <20 Pat)	99	1.7%	Orthopädie (15)
ZH	Stadtspital Triemli	96	1.7%	Kardiologie&Angiologie (63)
SG	Kantonsspital St.Gallen	152	2.6%	Ophtalmologie (29)
GR	Kantonsspital Graubünden	156	2.7%	Neugeborene (23)
ZH	Unispital Zürich	240	4.2%	Kardiologie&Angiologie (51)
Total		1231	21.3%	

Abbildung 17: Prozentualer Anteil der ausserkantonalen Behandlungen nach Kanton und Klinik/Spital (2008)

5.1.4 Zuwanderung

Insgesamt waren es im Jahr 2008 397 Patienten, die für eine Behandlung aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland in den Kanton Glarus gekommen sind. Die meisten Fälle, die am Kantonsspital Glarus behandelt wurden, stammen aus dem Kanton St. Gallen (186 Fälle). Dabei wurden die meisten Behandlungen (total 76) im Leistungsbereich Orthopädie erbracht.

Rund 70 Patienten wanderten aus dem Kanton Zürich zu. Die meisten dieser Fälle (20) wurden ebenfalls im Leistungsbereich Orthopädie, 10 Fälle im Bereich Neurologie erbracht. Insgesamt ist der Leistungsbereich Neurologie mit 44 Fällen der am zweithäufigsten von ausserkantonalen Patienten in Anspruch genommene Leistungsbereich.

Tabelle 13: Zuwanderung in den Kanton Glarus nach Leistungsbereichen im Jahr 2008

	ZH	SG	GR	SZ	Ausland	AG	BE	AR	Andere Kantone <20Pat.	Total
Nervensystem&Sinnesorgane										
Dermatologie	2	3	1	.	1	2	.	.	3	12
Hals-Nasen-Ohren	1	7	.	2	.	1	1	.	.	12
Neurochirurgie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Neurologie	10	15	1	1	4	1	1	.	11	44
Ophtalmologie	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Innere Organe										
Endokrinologie	3	2	.	.	2	.	.	.	.	7
Gastroenterologie	5	7	1	1	2	.	1	.	5	22
Viszeralchirurgie	2	10	.	5	4	1	.	.	2	24
Hämatologie	.	1	.	1	.	.	.	.	1	3
Herz- & Gefässchirurgie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kardiologie & Angiologie	4	17	1	2	3	1	.	.	2	30
Infektiologie	.	4	.	1	1	.	.	.	1	7
Nephrologie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Urologie	2	5	.	.	1	.	.	.	.	8
Pneumologie	1	8	.	1	3	.	1	1	4	19
Thoraxchirurgie	3	2	.	.	.	.	.	.	.	5
Bewegungsapparat										
Orthopädie	20	27	1	4	6	5	1	2	10	76
Rheumatologie	2	11	.	.	1	.	.	.	4	18
Gynäkologie & Geburtshilfe										
Gynäkologie	1	13	.	1	.	1	.	.	1	17
Geburtshilfe	2	19	.	5	.	.	.	1	.	27
Neugeborene	1	17	.	5	.	.	.	.	.	23
Übrige										
(Radio-)Onkologie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Psychiatrie &Toxikologie	1	6	.	1	1	.	.	.	.	9
Schwere Verletzungen	1	5	.	.	.	.	.	.	1	7
Transplantationen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonstige Behandlung	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Verlegungen &Todesfälle	7	7	1	2	4	2	1	1	.	25
Zuwanderung	70	186	6	32	33	14	6	5	45	397

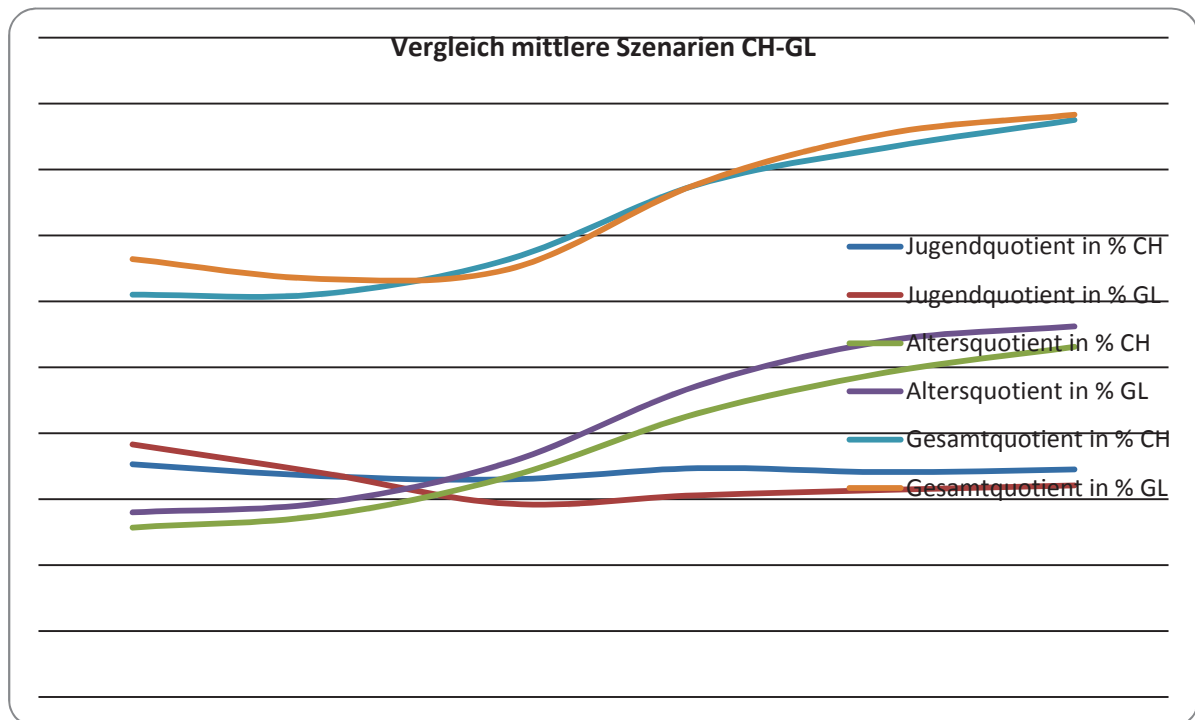
6 Prognose der akutsomatischen Behandlungen 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie von Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen der Bedarf für das Jahr 2020 prognostiziert (vgl. Kapitel C.2.3). In den folgenden Darstellungen werden das Ausgangsjahr 2008 und das Prognosejahr 2020 gezeigt. Auf eine detaillierte Darstellung der Entwicklung zwischen diesen beiden Zeitpunkten wird verzichtet. Im folgenden Teilkapitel wird die Auswirkung der verschiedenen Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 beschrieben. Anschliessend wird der prognostizierte Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung dargestellt. Nachfolgend wird der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 einzeln dargestellt.

6.1 Demografie

Die demografische Entwicklung wirkt sich sowohl durch eine Abnahme der Bevölkerung als auch durch die zunehmende Alterung der Glarner Bevölkerung auf den zukünftigen Leistungsbedarf aus. Das Referenzszenario, welches im Folgenden genauer betrachtet wird, ist das vom BfS verwendete «mittlere» Szenario (A-00-2010), das auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre beruht (BAG, 2010). Dargestellt sind folgende drei Quotienten:

- Der Jugendquotient, d.h. die Anzahl der Personen im Alter von 0 bis 19 Jahren pro hundert 20-64-Jährige: Für die Gesamtschweiz liegt dieser im Jahr 2010 bei 33.5, für den Kanton Glarus bei 34.0. Für den Kanton Glarus wird der Jugendquotient mehr abnehmen bis ins Jahr 2020. Er liegt gemäss Szenario dann bei 29.3, währenddem der schweizerische Quotient bei rund 33 Prozent liegt. In den folgenden drei Jahrzehnten wird sich dieser Wert im schweizerischen Durchschnitt in einer Bandbreite zwischen 34.7 und 34.5 bewegen, für den Kanton Glarus bewegt sich der Quotient stetig aufwärts bis auf 32.1 Prozent.
- Der Altersquotient, d.h. die Zahl der Personen ab 65 Jahren pro hundert 20-64-Jährige: Er entwickelt sich überproportional verglichen mit dem Schweizer Mittel. Der Quotient liegt in den Jahren 2010 bis 2050 im schweizerischen Durchschnitt zwischen 25.7 und 53.1 Prozent. Im Kanton Glarus zeigt das Szenario eine noch stärkere Entwicklung des Altersquotienten von 28.0 im Jahr 2010 auf 56.2 im Jahr 2050. Deshalb hat die demografische Entwicklung v. a. einen Einfluss auf Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten wie bspw. Kardiologie & Angiologie sowie Herz- & Gefässchirurgie. Leistungsbereiche mit vorwiegend jüngeren Patienten wie bspw. Hals-Nasen-Ohren weisen demgegenüber niedrigere Veränderungsraten auf. Wenn nur die Demografie berücksichtigt werden würde, wäre von einer Zunahme der Patientenfälle um rund 3.5 Prozent und der Pflgetage um rund 6.2 Prozent auszugehen (vgl. Tabelle 14).
- Der dritte Quotient ist der Gesamtquotient, d.h. die Summe von Jugendquotient und Altersquotient: Er wird im schweizerischen Mittel von 61.1 im Jahr 2010 auf 83.3 im Jahr 2050 ansteigen. Für den Kanton Glarus wird ein Anstieg von 63.4 im Jahr 2010 auf 88.3 im Jahr 2050 erwartet.

Abbildung 18: Vergleich mittlere Szenarien CH- GL

In Tabelle 14 ist der Einfluss der demografischen Entwicklung und der mittleren Aufenthaltsdauer auf die einzelnen Leistungsbereiche dargestellt. Wie die Tabelle zeigt, wäre von einer Zunahme der Fallzahl von rund 3.5 Prozent auszugehen, wenn nur die Demografie berücksichtigt werden würde. Die Konsequenzen für die daraus resultierenden Veränderungsrate der einzelnen Leistungsbereiche zeigen sich aber höchst unterschiedlich.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird eine Zunahme der Fälle v. a. in den Leistungsbereichen der Kardiologie & Angiologie (+ 14.3%) und der Orthopädie (+ 6.5%) erwartet. Dabei handelt es sich um diejenigen Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten. Leistungsbereiche mit vorwiegend jüngeren Patienten wie z. B. die Geburtshilfe (-9.4%) oder Hals-Nasen-Ohren (-3.1%) weisen demgegenüber negative Veränderungsrate aus.

Tabelle 14: Einfluss der demographischen Entwicklung

	2008			2020			Veränderung in %		Abs. Differenz
	Fälle	PT	MAHD	Fälle	PT	MAHD	Fälle	PT	Fälle
Nervensystem&Sinnesorgane									
Dermatologie	135	1'158	8.6	137	1'225	8.9	+1.7	+5.7	2
Hals-Nasen-Ohren	203	1'014	5.0	197	1'016	5.2	-3.1	+0.2	-6
Neurochirurgie	39	374	9.6	43	423	9.9	+9.1	+13.0	4
Neurologie	248	2'111	8.5	255	2'303	9.0	+2.9	+9.1	7
Ophtalmologie	49	190	3.9	54	214	3.9	+10.7	+12.6	5
Innere Organe									
Endokrinologie	83	802	9.7	87	840	9.7	+4.6	+4.8	4
Gastroenterologie	387	2'932	7.6	403	3'229	8.0	+4.1	+10.1	16
Viszeralchirurgie	408	2'599	6.4	419	2'749	6.6	+2.6	+5.8	11
Hämatologie	70	735	10.5	74	793	10.7	+6.0	+7.9	4
Herz-&Gefäßschirurgie	194	1'747	9.0	221	2'030	9.2	+13.8	+16.2	27
Kardiologie&Angiologie	467	3'225	6.9	534	3'683	6.9	+14.3	+14.2	67
Infektiologie	85	1'037	12.2	89	1'148	12.9	+4.5	+10.7	4
Nephrologie	81	741	9.1	86	813	9.5	+6.0	+9.7	5
Urologie	293	1'764	6.0	320	1'979	6.2	+9.1	+12.2	27
Pneumologie	214	2'420	11.3	229	2'668	11.7	+6.8	+10.2	15
Thoraxchirurgie	51	926	18.2	57	1'062	18.6	+12.0	+14.7	6
Bewegungsapparat									
Orthopädie	951	7'760	8.2	1'013	8'577	8.5	+6.5	+10.5	62
Rheumatologie	190	2'169	11.4	200	2'314	11.6	+5.3	+6.7	10
Gynäkologie&Geburtshilfe									
Gynäkologie	287	1'706	5.9	291	1'784	6.1	+1.4	+4.6	4
Geburtshilfe	404	2'721	6.7	366	2'466	6.7	-9.4	-9.4	-38
Neugeborene	358	2'249	6.3	310	1'950	6.3	-13.3	-13.3	-48
Übrige									
(Radio-)Onkologie	45	480	10.7	49	482	9.8	+8.8	+0.4	4
Psychiatrie&Toxikologie	202	3'731	18.5	201	3'664	18.2	-0.3	-1.8	-1
Schwere Verletzungen	57	613	10.8	55	608	11.1	-4.3	-0.7	-2
Transplantationen	6	90	15.0	6	88	14.8	-0.6	-1.8	0
Sonstige Behandlung	135	1'152	8.5	144	1'234	8.6	+6.3	+7.1	9
Verlegungen&Todesfälle	123	205	1.7	127	214	1.7	+2.8	+4.2	4
Total	5'765	46'651	8.1	5'964	49'554	8.3	+3.5	+6.2	199

6.2 Medizintechnik

Die prognostizierte medizintechnische Entwicklung wirkt sich auf die Leistungsbereiche Herz- & Gefäßschirurgie, Kardiologie & Angiologie und Orthopädie aus (vgl. Tabelle 15). In der Herz- & Gefäßschirurgie wird insbesondere wegen der Implantation von ICDs (Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator) und der Cardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie des perkutanen Herzklappenersatzes mittels Katheter mit einer Zunahme der Hospitalisationsrate von rund fünf bis 78 Prozent gerechnet.

In der Kardiologie & Angiologie werden die Fallzahlen aufgrund der Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern um rund elf Prozent zunehmen. In der Orthopädie wird die Hospitalisationsrate v. a. infolge einer erwarteten Zunahme von Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen um bis zu knapp vier Prozent zunehmen.

Dargestellt sind in der folgenden Tabelle nur diejenigen Leistungsbereiche, bei welchen durch die medizintechnologische Entwicklung eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderungen auf die Gesamtzahl der Glarner Behandlungen.

Tabelle 15: Einfluss medizintechnischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020

	2008	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Herz-&Gefässchirurgie	194	257	+32.2%	+77.6%	+5.0%
Kardiologie&Angiologie	467	519	+11.1%	+11.1%	+11.1%
Orthopädie	951	987	+3.8%	+3.8%	+3.8%
...					
Total	5'765	5'916	+2.6%	+4.1%	+1.7%

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Fallzunahme bis 2020 von rund 2.5 Prozent aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik prognostiziert. Im Maximalszenario wird eine Fallzunahme von rund vier Prozent und im Minimalszenario eine Zunahme von etwas mehr als 1.5 Prozent erwartet. Die beiden Szenarien Maximal und Minimal weichen vom Hauptszenario ab, weil in der Fachliteratur unterschiedliche Entwicklungen prognostiziert beziehungsweise eine entsprechende Bandbreite angegeben wurden. Da für diverse Leistungsbereiche keine quantitativen medizintechnischen Studien existieren, wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose für diese Leistungsbereiche auch keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert (vgl. Kapitel H.1.2).²³

Im Bereich der Medizintechnik wird im Hauptszenario eine Fallzunahme bis 2020 von rund 2.5 Prozent aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik prognostiziert. Es wird v. a. mit einer Zunahme von Fällen in der Kardiologie & Angiologie und in der Orthopädie gerechnet.

6.3 Ökonomische Einflussfaktoren

6.3.1 Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen

Die prognostizierte Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen wirkt sich v. a. auf die Leistungsbereiche Herz- & Gefässchirurgie, Kardiologie & Angiologie, Urologie, Orthopädie und (Radio-)Onkologie aus (Tabelle 16). Im Hauptszenario weisen diese Bereiche eine Abnahme von bis zu 25 Prozent ([Radio-]Onkologie) der stationären Patienten auf.

Dargestellt sind im Folgenden nur diejenigen Leistungsbereiche, bei denen durch die Substitution eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderungen auf die Gesamtzahl.

²³ Im Bewusstsein dieser Problematik halten wir das gewählte Vorgehen für zweckmässig. Dies weil wir davon ausgehen, dass die relevanten Innovationen durch die Fachliteratur reflektiert werden.

Tabelle 16: Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020²⁴

	2008	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Herz-&Gefäßschirurgie	194	178	-8.5%	0%	-15.3%
Kardiologie&Angiologie	467	405	-13.4%	0%	-24.1%
Urologie	293	283	-3.6%	0%	-6.5%
Orthopädie	951	928	-2.4%	0%	-4.4%
(Radio-)Onkologie	45	34	-25.6%	0%	-46.0%
...					
Total	5'765	5'641	-2.2%	0%	-3.9%

In der Ophtalmologie stehen v. a. intraokuläre Eingriffe wie z. B. Katarakt-Operationen und in der Herz-&Gefäßschirurgie die Eingriffe Venenligatur und Stripping im Zentrum. Weiter geht man davon aus, dass ein Teil der Chemotherapien (im Leistungsbereich [Radio-] Onkologie enthalten) zukünftig ambulant erbracht werden. Im Bereich der Urologie handelt es sich um den Eingriff der Zirkumzision, welcher ambulant erbracht werden kann, bei der Orthopädie sind es v. a. Arthroskopien und Metallentfernungen.

Insgesamt führt die prognostizierte Substitution im Hauptszenario zu einer Abnahme der Patientenzahl von gut 2 Prozent und im Minimalszenario zu einer Abnahme von knapp 4 Prozent. Im Hauptszenario wird unterstellt, dass 50 Prozent der Kurzlieger (maximal zwei Übernachtungen) von „potenziell ambulanten Behandlungen“ zukünftig nicht mehr stationär, sondern ambulant behandelt werden. Im Minimalszenario wird angenommen, dass sogar 90 Prozent dieser Kurzlieger in Zukunft ambulant behandelt werden. Im Maximalszenario findet keine Substitution statt (vgl. Kapitel C.2.4).

6.3.2 Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Die prognostizierte Verkürzung der Aufenthaltsdauer wirkt sich v. a. auf die Leistungsbereiche (Radio-)Onkologie, schwere Verletzungen und Psychiatrie & Toxikologie aus (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauer 2020

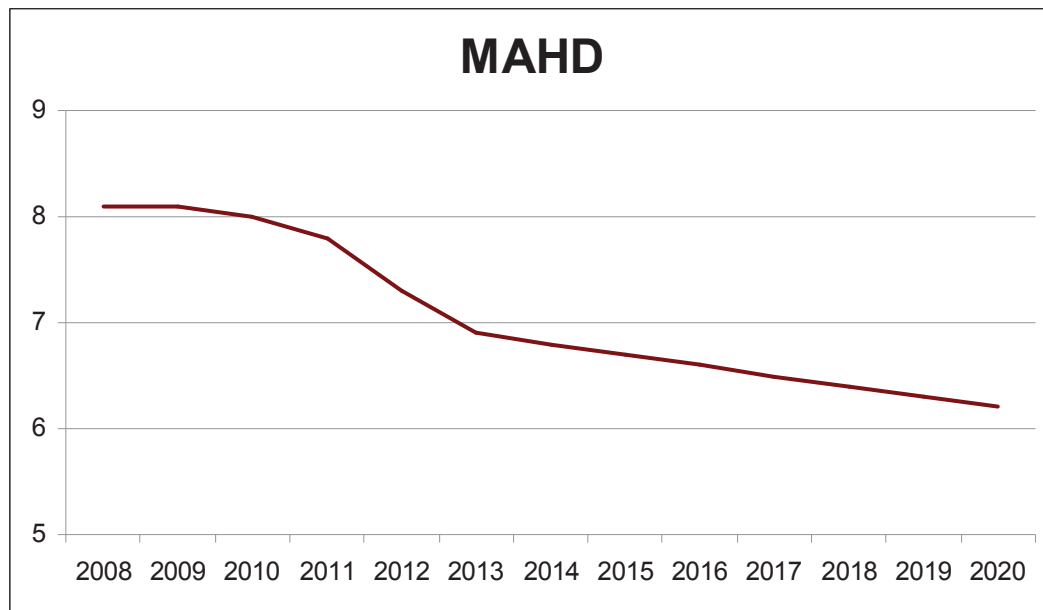
	2008		2020			
	Fälle	MAHD	MAHD Hauptszenario	Max.	Min.	
Nervensystem&Sinnesorgane						
Dermatologie	135	8.6	5.7	-33%	-29%	-37%
Hals-Nasen-Ohren	203	5.0	3.9	-22%	-20%	-24%
Neurochirurgie	39	9.6	8.3	-14%	-12%	-18%
Neurologie	248	8.5	5.8	-32%	-26%	-36%
Ophtalmologie	49	3.9	3.4	-13%	-17%	-16%

²⁴ Die hier gezeigten Werte sind als Prognose und nicht als Zielvorgabe zu verstehen.

Innere Organe						
Endokrinologie	83	9.7	6.9	-29%	-23%	-32%
Gastroenterologie	387	7.6	5.6	-26%	-22%	-32%
Viszeralchirurgie	408	6.4	5.3	-17%	-14%	-20%
Hämatologie	70	10.5	7.4	-30%	-25%	-33%
Herz-&Gefässchirurgie	194	9.0	6.7	-26%	-22%	-29%
Kardiologie&Angiologie	467	6.9	5.5	-21%	-16%	-25%
Infektiologie	85	12.2	8.6	-29%	-26%	-34%
Nephrologie	81	9.1	6.7	-27%	-22%	-32%
Urologie	293	6.0	5.0	-17%	-18%	-19%
Pneumologie	214	11.3	8.3	-26%	-21%	-30%
Thoraxchirurgie	51	18.2	12.5	-31%	-25%	-38%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	951	8.2	7.2	-11%	-10%	-14%
Rheumatologie	190	11.4	8.5	-25%	-17%	-30%
Gynäkologie&Geburtshilfe						
Gynäkologie	287	5.9	4.7	-20%	-15%	-23%
Geburtshilfe	404	6.7	5.6	-17%	-17%	-19%
Neugeborene	358	6.3	5.9	-6%	-6%	-7%
Übrige						
(Radio-)Onkologie	45	10.7	4.7	-55%	-56%	-56%
Psychiatrie&Toxikologie	202	18.5	6.9	-62%	-61%	-69%
Schwere Verletzungen	57	10.8	5.8	-46%	-44%	-50%
Transplantationen	6	15.0	15.0	0%	0%	0%
Sonstige Behandlung	135	8.5	8.0	-6%	-5%	-8%
Verlegungen& Todesfälle	123	1.7	1.7	0%	0%	0%
Total	5'765	8.1	6.2	-24%	-21%	-27%

Im Hauptszenario wurde angenommen, dass Behandlungen von Glarner Patienten bis 2020 nur mehr so lange dauern, wie es der Aufenthaltsdauer auf dem 40. Perzentil aller Schweizer Patienten entspricht. Das Maximalszenario wurde auf der Basis des 45. Perzentils und das Minimalszenario der Basis des 35. Perzentils berechnet (vgl. Kapitel H.1.6). Im Maximalszenario wird ein Rückgang von 1.7 Tagen und im Minimalszenario ein Rückgang von 2.2 Tagen erwartet.

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 1.9 Tage erwartet. Dies entspricht einer Aufenthaltsverkürzung von 24 Prozent über einen Zeitraum von zehn Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer würde sich dementsprechend bis ins Jahr 2020 durchschnittlich um rund 0.2 Tage pro Jahr reduzieren. Es ist aber davon auszugehen, dass diese Senkung nicht linear erfolgen wird. Mit der Einführung der SwissDRG wird ein stärkerer Rückgang erwartet als in den nachfolgenden Jahren. Der Verlauf der Aufenthaltsdauer ist in der folgenden Grafik aufgezeigt.

Abbildung 19: Prognostizierte mittlere Aufenthaltsdauer bis 2020

6.4 Epidemiologie

Die epidemiologischen Entwicklungen haben keinen Einfluss auf die Leistungsbereiche und die Fallzahlen im Kanton Glarus. Deshalb wurde an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der Szenarien verzichtet.

7 Akutsomatischer Bedarf 2020

Der prognostizierte Bedarf wird aus der Perspektive der Glarner Wohnbevölkerung gezeigt. Dabei werden die Prognosen nach den Merkmalen Leistungsbereich und Alter analysiert.

7.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2020

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Hospitalisationsrate, der Patientenzahl, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflgetage bis 2020. Da eine soziodemografische Prognose immer in Wechselbeziehung zu anderen unsicheren Entwicklungen steht, werden darin auch die Ergebnisse einer minimalen und einer maximalen Bedarfsentwicklung gezeigt.

Tabelle 18: Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020			
		Hauptszenario		max	min
Hospitalisation / 10'000EW	1'502	1'587	+5.6%	+10.9%	+1.8%
Fälle	5'765	5'972	+3.6%	+8.8%	-0.2%
Mittlere Aufenthaltsdauer	8.1	6.2	-21.4%	-19.9%	-24.0%
Pflegetage	46'651	37'973	-18.6%	-12.8%	-24.2%
Pflegetage / 10'000EW	12'158	10'091	-17.0%	-11.1%	-22.7%

Zwischen dem Jahr 2008 und 2020 ist mit einer starken Zunahme der Hospitalisationsrate von 5.6 Prozent zu rechnen. Während sich die Alterung der Glarner Wohnbevölkerung die Hospitalisati-

onsrate insgesamt erhöht, dämpft die erwartete Substitution stationärer Aufenthalte durch ambulante Behandlungen diese Entwicklung. Insgesamt wird im Hauptszenario eine Zunahme von stationären Patienten von 3.6 Prozent prognostiziert. Diese Zunahme ist primär eine Folge der erwarteten demografischen Entwicklung.

Die mittlere Aufenthaltsdauer wird gemäss Hauptszenario von 8.1 Tagen auf 6.2 Tage sinken sowie die Anzahl Pflgetage resp. die Pflgetage/10'000 EW werden um rund 17 Prozent. Dies hängt einerseits mit der Bevölkerungsabnahme zusammen, andererseits mit der kürzeren mittleren Aufenthaltsdauer pro Fall. Insgesamt wird im Hauptszenario eine schwache Zunahme von stationären Behandlungen von knapp vier Prozent prognostiziert. Diese Zunahme ist primär die Folge von der erwarteten demografischen Entwicklung.

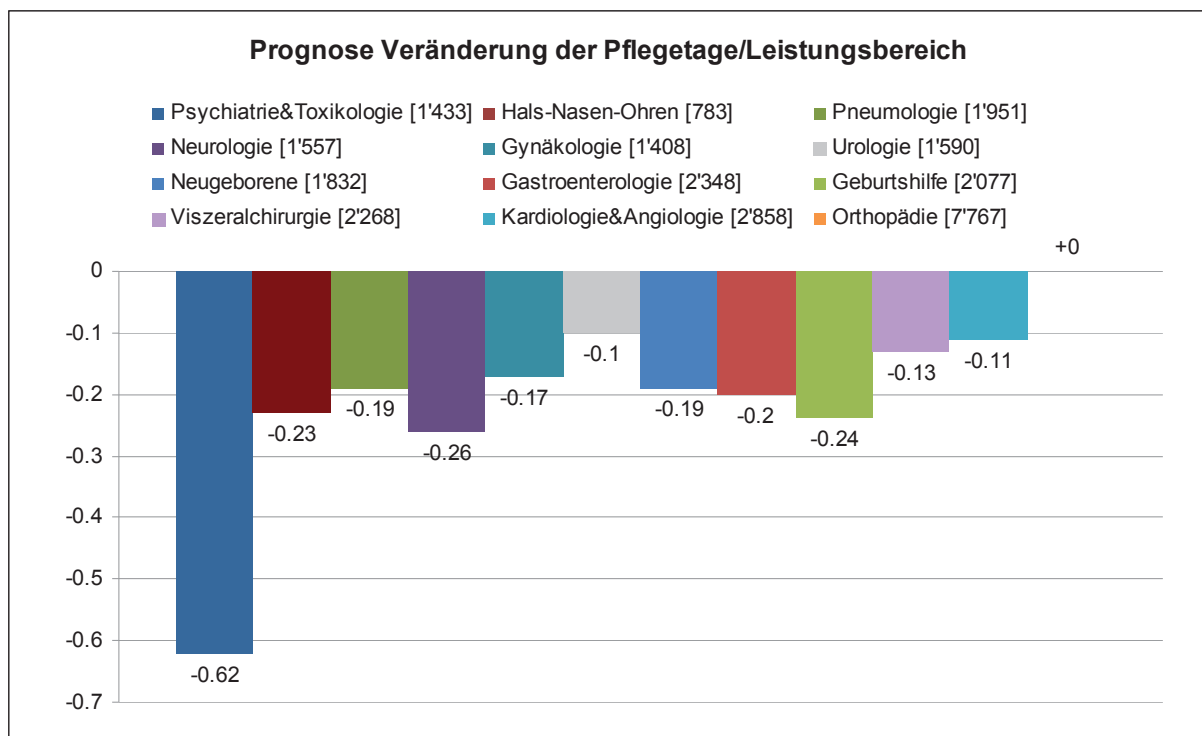
Die Einführung von SwissDRG wird die Aufenthaltsdauern voraussichtlich weiter verkürzen. Auch die erwartete Substitution kurzer stationärer durch ambulante Behandlungen wird die Aufenthaltsdauer senken. Dieser Effekt wird jedoch durch den mit der Alterung der Bevölkerung einhergehenden grösseren Anteil an aufwändigeren Behandlungen gedämpft.

7.2 Prognose nach Leistungsbereichen

Die Abbildung 20 zeigt die prognostizierte Veränderung der Pflgetage pro Leistungsbereich. Auffallend ist, dass die Prognosen je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich sind, dass jedoch bis auf die beiden Leistungsbereiche Orthopädie und Herz- & Gefässchirurgie (weder Zu- noch Abnahme) für alle Leistungsbereiche mit einer Abnahme der Pflgetage zu rechnen ist. Je nach Leistungsbereich wird die Entwicklung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst (vgl. Kapitel C.2.3). Analog der Tabelle 9 werden erneut die 12 Leistungsbereiche, die im Jahr 2008 die häufigsten Fälle aufwiesen, detailliert aufgeführt. Für den Leistungsbereich mit den meisten Fällen, den Bereich der Orthopädie, wird von einer konstanten Anzahl Pflgetage für das Jahr 2020 ausgegangen. Die Bereiche Kardiologie & Angiologie, sowie der Bereich Viszeralchirurgie zeigen in der Prognose eine Abnahme der Pflgetage von 11 Prozent resp. 13 Prozent. Für die Bereiche der Gastroenterologie und der Geburtshilfe liegt die Abnahme zwischen 20 Prozent bis 24 Prozent. Die stärkste prognostizierte Abnahme der Pflgetage pro Leistungsbereich zeigt sich für die Leistungsbereiche Neurologie (-26 Prozent) und der Psychiatrie & Toxikologie (-62 Prozent).

Tabelle 19: Prognostizierter Bedarf 2020 nach fallstärksten Leistungsbereichen 2008

Leistungsbereich	Ergebnis
Psychiatrie&Toxikologie [1'433]	-62%
Hals-Nasen-Ohren [783]	-23%
Pneumologie [1'951]	-19%
Neurologie [1'557]	-26%
Gynäkologie [1'408]	-17%
Urologie [1'590]	-10%
Neugeborene [1'832]	-19%
Gastroenterologie [2'348]	-20%
Geburtshilfe [2'077]	-24%
Viszeralchirurgie [2'268]	-13%
Kardiologie&Angiologie [2'858]	-11%
Orthopädie [7'767]	+0%

Abbildung 20: Prognostizierte Veränderung der Pflegetage pro Leistungsbereich

In der Tabelle 20 wird die prognostizierte Veränderung der Pflegetage pro Leistungsbereich für alle Leistungsbereiche dargestellt. In der Prognose wird eine Abnahme der Pflegetage bis ins Jahr 2020 um 19 Prozent erwartet. Die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen dominiert den starken Einfluss der demografischen Alterung deutlich.

Tabelle 20: Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich

	Fälle			MAHD			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
Nervensystem&Sinnesorgane									
Dermatologie	135	137	+2%	8.6	6.0	-30%	1'158	826	-29%
Hals-Nasen-Ohren	203	197	-3%	5.0	4.0	-20%	1'014	783	-23%
Neurochirurgie	39	43	+9%	9.6	8.4	-12%	374	358	-4%
Neurologie	248	256	+3%	8.5	6.1	-29%	2'111	1'557	-26%
Ophtalmologie	49	54	+11%	3.9	3.4	-13%	190	183	-3%

Innere Organe									
Endokrinologie	83	87	+5%	9.7	6.9	-28%	802	602	-25%
Gastroenterologie	387	403	+4%	7.6	5.8	-23%	2'932	2'348	-20%
Viszeralchirurgie	408	418	+2%	6.4	5.4	-15%	2'599	2'268	-13%
Hämatologie	70	74	+6%	10.5	7.5	-28%	735	558	-24%
Herz- & Gefässchirurgie	194	276	+42%	9.0	6.3	-30%	1'747	1'748	+0%
Kardiologie & Angiologie	467	498	+7%	6.9	5.7	-17%	3'225	2'858	-11%
Infektiologie	85	89	+4%	12.2	8.9	-27%	1'037	794	-23%
Nephrologie	81	86	+6%	9.1	6.9	-24%	741	596	-20%
Urologie	293	310	+6%	6.0	5.1	-15%	1'764	1'590	-10%
Pneumologie	214	227	+6%	11.3	8.6	-24%	2'420	1'951	-19%
Thoraxchirurgie	51	57	+12%	18.2	12.8	-29%	926	732	-21%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	951	1'018	+7%	8.2	7.6	-7%	7'760	7'767	+0%
Rheumatologie	190	200	+5%	11.4	8.6	-24%	2'169	1'730	-20%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	287	290	+1%	5.9	4.9	-18%	1'706	1'408	-17%
Geburtshilfe	404	371	-8%	6.7	5.6	-17%	2'721	2'077	-24%
Neugeborene	358	310	-13%	6.3	5.9	-6%	2'249	1'832	-19%
Übrige									
(Radio-)Onkologie	45	37	-17%	10.7	4.9	-54%	480	183	-62%
Psychiatrie & Toxikologie	202	201	-0%	18.5	7.1	-61%	3'731	1'433	-62%
Schwere Verletzungen	57	55	-4%	10.8	6.0	-44%	613	329	-46%
Transplantationen	6	6	-1%	15.0	14.8	-1%	90	88	-2%
Sonstige Behandlung	135	144	+6%	8.5	8.1	-5%	1'152	1'159	+1%
Verlegungen & Todesfälle	123	127	+3%	1.7	1.7	+1%	205	214	+4%
Total	5'765	5'972	+4%	8.1	6.4	-21%	46'651	37'973	-19%

7.3 Prognose nach Altersgruppen

In der Tabelle 21 ist ersichtlich, dass bei den Altersgruppen 0-59 mit einer Abnahme der Behandlungen gerechnet wird; besonders prägnant bei den Patienten zwischen 0-17 Jahren. Die Abnahme des Anteils der Patienten zwischen 0-17 Jahren zwischen 2008 und 2020 von 20 auf 7 Prozent wirkt sich auf die prognostizierten Fallzahlen und Pflögetage aus. Die Fallzahlen der Gruppe 60+ werden insgesamt um rund 32 Prozent zunehmen. In der Tabelle wird der prognostizierte Bedarf 2020 nach Altersgruppen weiter aufgeschlüsselt. Es zeigt sich, dass die erwarteten Fallzahlen bis ins Jahr 2020 um rund vier Prozent zunehmen werden. Durch den Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer von über 20 Prozent ist jedoch mit einem Rückgang der Pflögetage um knapp 20 Prozent zu rechnen. Dies bedeutet einen Rückgang von 46'651 Pflögetagen auf 37'973 (-8'678) Pflögetage.

In allen Altersgruppen wird mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer gerechnet. Besonders gross ist diese Verkürzung bei der Altersgruppe der 40-59-Jährigen. Durch die ebenfalls abnehmenden Fallzahlen der Altersgruppen bis 59 Jahre wird insgesamt mit einer Abnahme der Pflögetage um 19 Prozent gerechnet. Besonders gross ist diese Abnahme bei den Patientengruppen 18-39 und 40-59 Jahren.

Tabelle 21: Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen

	Fall			MAHD			Pflegetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
0-17	779	674	-14%	5.4	4.7	-12%	4'188	3'173	-24%
18-39	1'187	1'075	-9%	6.4	4.7	-26%	7'545	5'073	-33%
40-59	1'334	1'255	-6%	7.5	5.3	-29%	9'945	6'648	-33%
60-79	1'748	2'209	+26%	9.5	7.3	-23%	16'647	16'195	-3%
80+	717	759	+6%	11.6	9.1	-22%	8'326	6'884	-17%
Total	5'765	5'972	+4%	8.1	6.4	-21%	46'651	37'973	-19%

E Rehabilitation

Nachfolgend wird die Rehabilitation analog der Akutsomatik behandelt. Im ersten Abschnitt wird der Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung im Bereich der Rehabilitation thematisiert. Dabei werden zuerst die bisherige Nachfrage bis ins Jahr 2008 und danach der prognostizierte Bedarf im Jahr 2020 dargestellt.

Hinweis: Die Schwierigkeit bei der Darstellung der Daten der Rehabilitation besteht darin, dass zwar eine Rehabilitationsklinik an zwei Standorten im Kanton Glarus – Braunwald und Glarus - stationäre Leistungen erbringt, diese jedoch ihren Firmensitz ausserhalb des Kantons hat. Im Kanton erbrachte Leistungen erscheinen aufgrund des ausserkantonalen Unternehmenssitzes nicht als dergestalt sondern als ausserkantonale Leistungen. Eine Abgrenzung dieser Leistungen auf der Grundlage der BfS-Daten ist nicht möglich. Die Daten wurden vom Unternehmen direkt eruiert und dem Kanton Glarus zur Verfügung gestellt.

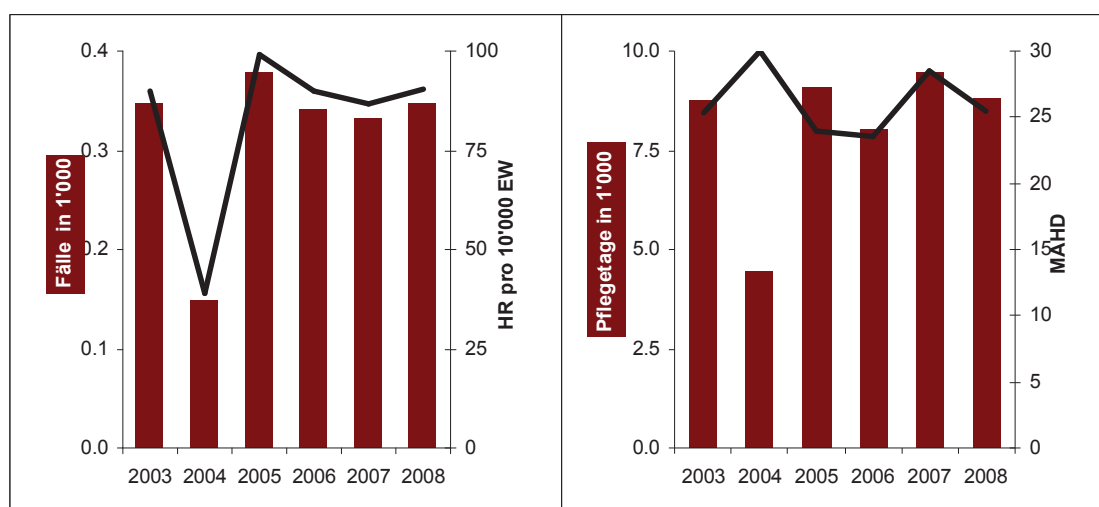
1 Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung

Die Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer der stationären Rehabilitation. Aufgrund der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Rehabilitationspatienten. Aufgrund der Zahl der hospitalisierten Patienten und der mittleren Aufenthaltsdauer kann die Zahl der für die rehabilitative Versorgung der Glarner Bevölkerung notwendigen Pflage tage ermittelt werden.

1.1 Bisherige Nachfrage

Im Zeitraum 2003 bis 2008 war im Bereiche der stationären Rehabilitation folgende Entwicklung zu verzeichnen:

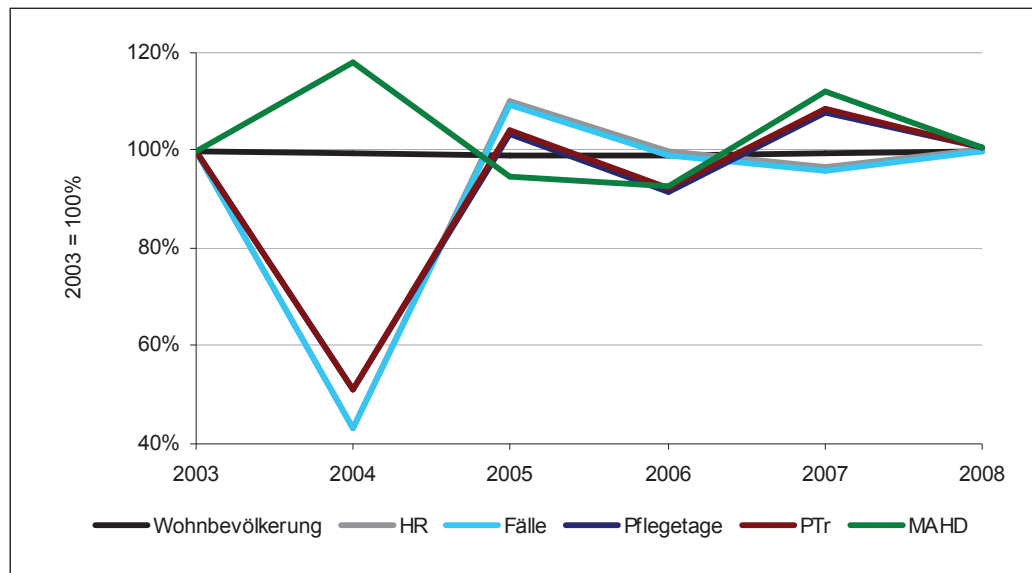
Abbildung 21: Entwicklung der Patientenzahl und der Pflage tage 2003 bis 2008



Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Zahl der Fälle und Pflage tage in den letzten Jahren trotz einer etwa gleichbleibenden Bevölkerungszahl deutlich gesunken ist. Dies ist auf einen Rückgang der Hospitalisationsrate zurückzuführen.

Die mittlere Aufenthaltsdauer verhielt sich schwankend und jeweils gegenläufig zu Fallzahl und Hospitalisationsrate. Dabei ist anzumerken, dass es sich jeweils um sehr wenige Fälle handelte, wie in der Tabelle 21 aufgeführt ist. Für das Jahr 2004 lassen sich aufgrund der Grafiken kaum Aussagen treffen. In diesem Jahr brachen die Fallzahlen und die Pflegetage stark ein, die mittlere Aufenthaltsdauer stieg stark an. Die Bevölkerung nahm ebenfalls ab im Vergleich zum Jahr 2003.

Abbildung 22: Veränderungsraten 2003 bis 2008



2 Nachfragestruktur 2008

Im Jahre 2008 wurden an schweizerischen Rehabilitationskliniken insgesamt rund 346 Glarner Kantonseinschwohner stationär behandelt. Im Jahre 2008 beanspruchten von je 10'000 Kantonseinschwohner rund 0.35 Personen einen stationären Rehabilitationsaufenthalt. Im Kanton Glarus werden stationäre rehabilitative Leistungen von der aargauischen RehaClinic mit Sitz in Zurzach erbracht. Die Fälle können aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht nach Fachgebiet (z. B. muskuloskelettale oder pulmonale Rehabilitation) oder nach Rehabilitationsklinik gewichtet werden. Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 67 Jahre alt, mehr als 70 Prozent der Fälle waren über 60 Jahre alt, während ihr Anteil an der gesamten Glarner Wohnbevölkerung nur 23 Prozent ausmachte. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 25.5 Tagen beanspruchten die Patienten 8'820 Pflegetage.

Tabelle 22: Nachfragestruktur 2008

Jahr	Fälle in 1'000	Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen	Pflegetage in 1'000	Hospitalisation pro 10'000EW	Pflegetage pro 10'000EW	Bevölkerung
2003	0.35	25.4	8.78	90	2'280	38'502
2004	0.15	30.0	4.47	39	1'166	38'317
2005	0.38	24.0	9.07	99	2'376	38'173
2006	0.34	23.5	8.03	90	2'108	38'084
2007	0.33	28.5	9.45	87	2'471	38'237
2008	0.35	25.5	8.82	90	2'298	38'370

3 Prognose der rehabilitativen Behandlungen 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen prognostiziert. Dabei spielten neben der demografischen Entwicklung erwartete Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

3.1 Hospitalisationsrate

Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der den Szenarien zugrunde gelegten Annahmen über die Entwicklung der Einflussfaktoren (vgl. Kapitel C.3.4) wird sich die Eintrittshäufigkeit in den einzelnen Leistungsbereichen bis zum Jahr 2020 wie folgt entwickeln:

Insgesamt wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Kantonseinwohner zwischen 2008 und 2020 gemäss Hauptszenario um rund 14.5 Prozent auf 103 Eintritte, gemäss dem Maximalszenario um rund 20 Prozent auf 108 Eintritte zunehmen und gemäss dem Minimalszenario um rund acht Prozent auf 83 Eintritte abnehmen.

3.2 Aufenthaltsdauer

Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der den Szenarien zugrunde gelegten Annahmen über die Entwicklung der Einflussfaktoren (vgl. Kapitel C.3.4) wird die Aufenthaltsdauer zwischen 2008 und 2020 gemäss Hauptszenario um knapp 9 Prozent auf 23 Tage abnehmen, gemäss dem Maximalszenario um rund drei Prozent auf 26.2 Tage zunehmen und gemäss dem Minimalszenario um rund 16 Prozent auf 21.3 Tage abnehmen.

Die Aufenthaltsdauer hängt allerdings weniger von statistischen Trends ab als vielmehr von der Finanzierungspraxis der Versicherungen.

4 Bedarf an Rehabilitationsleistungen 2020

Bei minimaler, unveränderter und maximaler Entwicklung der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer (vgl. Kapitel C.3.3) werden sich die Patientenzahlen und Pflegetage der stationären Rehabilitation wie folgt entwickeln:

Tabelle 23: Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020

	2008	2020			
		Hauptszenario		max	min
Hospitalisation / 10'000EW	90	103	+14.5%	+20.3%	-8.4%
Patienten	346	389	+12.3%	+17.9%	-10.1%
Mittlere Aufenthaltsdauer	25.5	23.2	-8.8%	+2.9%	-16.2%
Pflegetage	8'816	9'033	+2.5%	+21.3%	-24.7%
Pflegetage / 10'000EW	2'298	2'401	+4.5%	+23.7%	-23.2%

Zwischen 2008 und 2020 werden die Patientenzahlen gemäss dem Hauptszenario und dem Maximalszenario um rund 12 Prozent auf 389 beziehungsweise um knapp 18 Prozent auf 408 zunehmen. Das Minimalszenario geht von abnehmenden Patientenzahlen (ca. 10%) aus. Zwischen 2008 und 2020 werden die Pflegetage gemäss dem Hauptszenario und dem Maximalszenario um rund 2.5 Prozent auf 9'033 beziehungsweise um 21 Prozent auf 10'700 zunehmen. Das Minimalszenario geht von einer Abnahme der Pflegetage um knapp 25 Prozent auf rund 6'600 Tage aus.

5 Rehabilitative Leistungen im Kanton Glarus

5.1 Nachfragestruktur 2003-2008

Im Jahre 2008 wurden an den Rehabilitationsstandorten im Kanton Glarus insgesamt rund 189 Glarner Kantonseinwohner stationär behandelt. Am häufigsten wurden im Jahr 2008 Glarner im Leistungsbereich der muskuloskelettalen Rehabilitation behandelt. Im Durchschnitt waren die in der somatischen Rehabilitation behandelten Patienten rund 73 Jahre alt; dagegen weist die psychiatrisch-sozialmedizinische Leistungsgruppe ein Durchschnittsalter von 36 Jahren auf. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 23.5 Tagen beanspruchten die Glarner Patienten 4'474 Pflgetage, was einem Anteil von 51 Prozent am Gesamtaufkommen an Pflgetagen für die Glarner Bevölkerung im Jahr 2008 entspricht.

Tabelle 24: Entwicklung der rehabilitativen Fälle / Pflgetage an innerkantonalen Standorten

Standort Patientenherkunft:	Kanton Glarus Kanton Glarus						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	204	243	204	178	205	189	205
Pflgetage	5'160	5'896	4'558	3'864	3'783	4'447	3'581

Standort: Patientenherkunft:	Kanton Glarus ausserkantonal						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	117	120	138	148	220	201	110
Pflgetage	3'018	2'568	3'172	3'148	4'465	4'400	2'465

Total Standort Kanton Glarus: Fälle	321	363	342	326	425	390	315
Total Standort Kanton Glarus: Pflgetage	8'178	8'464	7'730	7'012	8'248	8'847	6'046

In Tabelle 24 ist die Entwicklung der rehabilitativen Fälle und Pflgetage an innerkantonalen Standorten dargestellt. Dabei zeigt sich, dass zu den Glarner Patienten noch einmal etwa so viele Patienten aus anderen Kantonen behandelt wurden. Für das Jahr 2008, in welchem insgesamt rund 189 Glarner Kantonseinwohner behandelt wurden, zeigt sich, dass am Standort im Kanton Glarus auch etwa 201 Patienten aus einem anderen Kanton behandelt wurden. Im Jahr 2009 waren es 205 innerkantonale und 110 ausserkantonale Patienten, die am Standort im Kanton Glarus behandelt wurden.

Insgesamt zeigen sich über die Jahre 2003 bis 2009 schwankende Fallzahlen. Die höchste Fallzahl zeigte sich im Jahr 2007 mit rund 425 Fällen. Die Jahre 2008 und 2009 weisen einen vorübergehenden Rückgang auf 390 resp. 315 Fälle aus. Dies ist darin begründet, dass RehaClinic in diesen beiden Jahren einerseits einen neuen Standort für die muskuloskelettale und inter-nistische Rehabilitation «Reha on the Top» am Kantonsspital Glarus aufgebaut hat und andererseits den bisherigen Standort in Braunwald unter zeitweiliger Schliessung des Klinikbetriebs renoviert hat. Beide baulichen Unterfangen gingen mit geringeren Aufnahmekapazitäten einher.

Auch die Anzahl Pflgetage schwankt in diesen Jahren stark. Markant ist v. a. der Rückgang der Pflgetage vom Jahr 2008 bis ins Jahr 2009. Zeigten sich im Jahr 2008 noch 8'847 Pflgetage, waren es im Jahr 2009 nur noch 6'046 Pflgetage. Damit wurden 2009 rund 2'800 Pflgetage weniger erbracht als im Jahr 2008. Der Rückgang ist dabei zum grössten Teil auf einen Rückgang der ausserkantonalen Patienten zurückzuführen.

5.2 Abwanderung an ausserkantonale Standorte von RehaClinic

Tabelle 25 zeigt die Abwanderung von Glarner Patienten in ausserkantonale Einrichtungen der RehaClinic. Die Anzahl Fälle schwankt zwischen 25 (Jahre 2004/2009) und 49 Fällen (2006), die Pflage tage liegen zwischen 555 (2009) und 1'186 Tagen (2008).

2008 wurden die meisten der 45 Patienten im Bereich der neurologischen und der muskuloskelettalen Rehabilitation ausserkantonale behandelt. Das mittlere Eintrittsalter der Patienten lag bei 66 Jahren.

Tabelle 25: Abwanderung an ausserkantonale Standorte von RehaClinic (2003-2008)

Standort:	RehaClinic ausserkantonale						
Patientenherkunft:	Kanton Glarus						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	26	25	49	45	29	45	25
Pflage tage	576	630	1012	1174	672	1186	555

F Psychiatrie

Nachfolgend wird die Psychiatrie analog der Akutsomatik und der Rehabilitation behandelt. Im ersten Abschnitt wird der Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung im Bereich der Psychiatrie thematisiert. Dabei werden zuerst die bisherige Nachfrage und danach der prognostizierte Bedarf im Jahr 2020 dargestellt.

In der Psychiatrie werden die Leistungen, die durch das Kantonsspital Glarus erbracht werden, nicht als psychiatrische Leistungen ausgewiesen, sondern als akutsomatische. Dies ist darin begründet, dass die Leistungen innerhalb einer akutsomatischen Institution erbracht werden. Die nachfolgenden Daten schliessen die innerkantonalen Leistungen nicht ein.

1 Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung

Die Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen wird im Wesentlichen beeinflusst von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit zur stationären psychiatrischen Behandlung (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Aufgrund der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit zur stationären Behandlung ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Psychiatriepatienten. Aufgrund der Zahl der hospitalisierten Patienten und der mittleren Aufenthaltsdauer kann die Zahl der für die psychiatrische Versorgung der Glarner Bevölkerung notwendigen Pflage Tage ermittelt werden.

1.1 Bisherige Nachfrage

Im Zeitraum 2003 bis 2008 war im Bereich der stationären Psychiatrie folgende Entwicklung zu verzeichnen:

Abbildung 23: Entwicklung der Patientenzahl und der Pflage Tage 2003 bis 2008

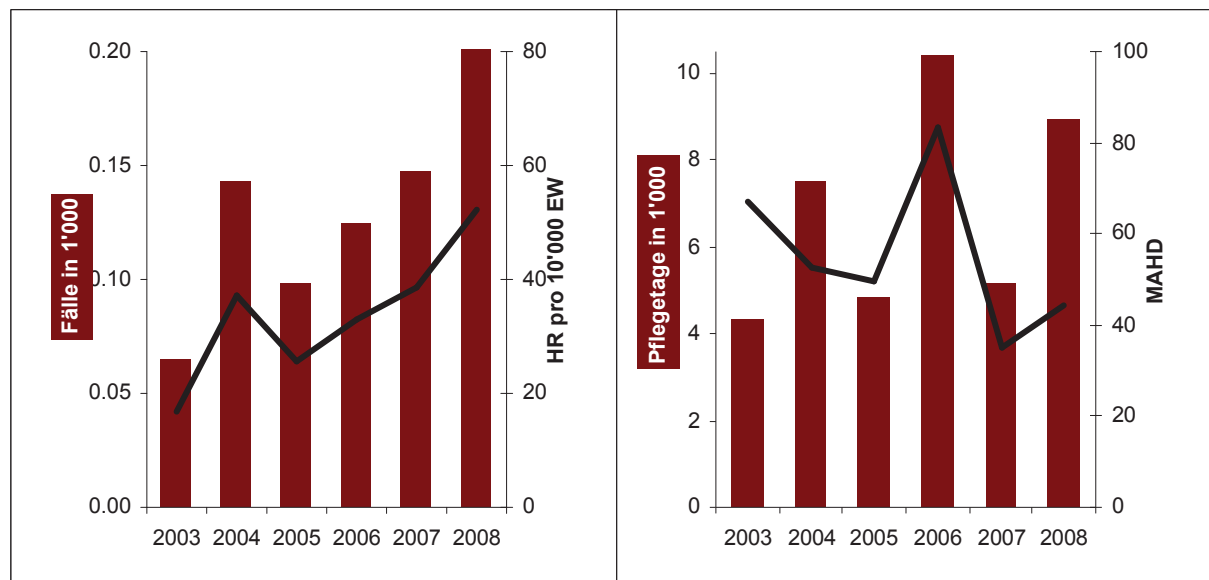
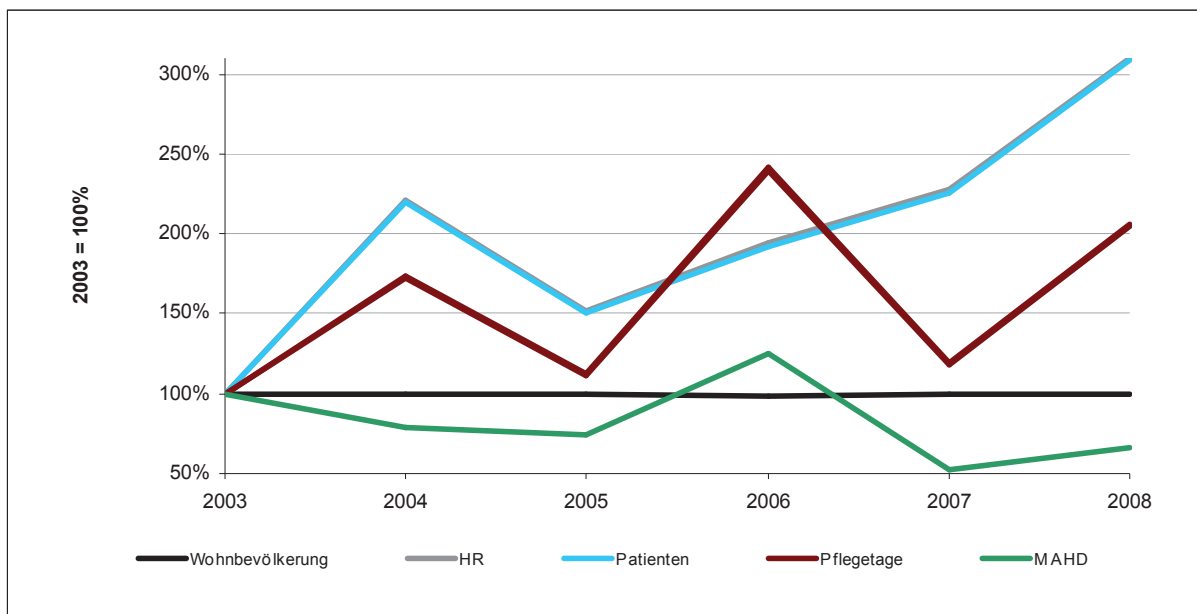


Abbildung 23 zeigt die Entwicklung der Patientenzahl und der Pflage Tage 2003 bis 2008. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Zahl der Fälle und Pflage Tage in den letzten Jahren trotz einer etwa gleichbleibenden Bevölkerungszahl deutlich schwankte. Bei der Anzahl Fälle ist eine deutliche Zunahme ersichtlich im Vergleich zum Jahr 2003.

Die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner verhielt sich in den Jahren 2003 bis 2008 ebenfalls schwankend, und verläuft praktisch deckungsgleich mit der Kurve für die Anzahl Fälle (siehe auch Abbildung 24), da die Bevölkerungszahl nur leicht schwankte. Dabei muss beachtet werden, dass es sich jeweils um sehr wenige Fälle handelte. In der Abbildung 24 lässt sich deutlich erkennen, dass nach dem Absinken der Anzahl Pflgetage und der mittleren Aufenthaltsdauer vom Jahr 2006 auf das Jahr 2007 die Kurven deutlich gestiegen sind. Insgesamt hat sich diese Fallzahl seit 2003 verdreifacht, die Anzahl Pflgetage hat sich verdoppelt.

Abbildung 24: Veränderungsraten 2003 bis 2008



2 Nachfragestruktur 2008

Im Jahre 2008 wurden an schweizerischen Psychiatrieeinrichtungen insgesamt 201 Fälle mit einer psychiatrischen Erkrankung behandelt.

Tabelle 26: Nachfragestruktur 2003 bis 2008

Jahr	Fälle in 1'000	Aufenthaltsdauer	Pflgetage in 1'000	Hospitalisation pro 10'000EW	Pflgetage pro 10'000EW	Bevölkerung
2003	0.07	66.9	4.35	17	1'130	38'502
2004	0.14	52.5	7.51	37	1'961	38'317
2005	0.10	49.4	4.84	26	1'267	38'173
2006	0.13	83.4	10.42	33	2'737	38'084
2007	0.15	35.0	5.15	38	1'347	38'237
2008	0.20	44.4	8.93	52	2'326	38'370

Im Jahr 2008 beanspruchten von je 10'000 Kantonseinwohnern rund 52 Personen einen Aufenthalt in einer ausserkantonalen stationären Psychiatrieeinrichtung. Die Fälle können aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht nach Diagnose (z. B. Schizophrenie oder affektive Störung) oder nach psychiatrischer Klinik gewichtet werden. Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 36 Jahre alt, knapp 60 Prozent der Fälle waren zwischen 18 und 39 Jahre alt, während ihr Anteil an der gesamten Glarner Wohnbevölkerung 28 Prozent ausmacht. Bei einer durchschnittlichen mitt-

leren Aufenthaltsdauer von rund 44 Tagen im Jahr 2008 beanspruchten die Patienten rund 2'330 Pflegetage.

3 Prognose der psychiatrischen Behandlungen 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 wurde unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren die künftige Nachfrage nach ausserkantonalen stationären psychiatrischen Leistungen prognostiziert. Dabei spielten neben der demografischen Entwicklung auch erwartete Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

Ob und wann die Psychiatrie unter die Regeln der DRG-Finanzierung fallen wird, ist derzeit offen. Die vorgestellte Prognose geht davon aus, dass im Prognosezeitraum keine Änderungen der Finanzierungspraxis vorgenommen werden. Sollte sich diese Prämisse verändern, müssen die Prognosen neu berechnet und beurteilt werden.

Bei der Berechnung stützte man sich auf das Vorgehen des OBSAN ab: Ausgangspunkt ist eine konstante Hospitalisationsrate pro Leistungsbereich und Alterskategorie. Für die Fallzahl 2020 werden die einzelnen Hospitalisationsraten mit der kantonalen demographischen Veränderung multipliziert. Damit ist die Patientenzahl im Hauptszenario im Jahr 2020 bestimmt.

Bezüglich der Aufenthaltsdauern wurden folgende zwei Varianten berücksichtigt:

- Variante 1: Schweizer Benchmark der Mittleren Aufenthaltsdauer aller psychiatrischen Kliniken in der Schweiz (Tabelle 27).
- Variante 2: Mittlere Aufenthaltsdauer der Psychiatrischen Abteilung des Kantonsspitals Glarus (Tabelle 28).

Zusätzlich wurden pro Variante je drei Szenarien gewählt:

- Im Maximalszenario wird jeweils die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verwendet.
- Im Minimalszenario wird jeweils der Median verwendet.
- Im Hauptszenario entspricht die Aufenthaltsdauer dem Mittelwert aus den Aufenthaltsdauern des Minimal- und Maximalszenarios.

Tabelle 27: Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020 (Variante 1)

	2008	2020			
		Hauptszenario		max	min
Hospitalisation / 10'000EW	52	50	-4.6%	-4.6%	-4.6%
Patienten	201	188	-6.4%	-6.4%	-6.4%
Mittlere Aufenthaltsdauer	44.4	30.1	-32.2%	-7.8%	-56.6%
Pflege tage	8'926	5'666	-36.5%	-13.7%	-59.4%
Pflege tage / 10'000EW	2'326	1'506	-35.3%	-12.0%	-58.6%

Tabelle 28: Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020 (Variante 2)

	2008	2020			
		Hauptszenario		max	min
Hospitalisation / 10'000EW	52	50	-4.6%	-4.6%	-4.6%
Patienten	201	188	-6.4%	-6.4%	-6.4%
Mittlere Aufenthaltsdauer	44.4	38.1	-14.3%	+2.5%	-31.1%
Pflege tage	8'926	7'159	-19.8%	-4.1%	-35.5%
Pflege tage / 10'000EW	2'326	1'903	-18.2%	-2.2%	-34.2%

Die Unterschiede zwischen den beiden Varianten werden v. a. bei der Aufenthaltsdauer, Anzahl Pflgetage und Pflgetage pro 10'000 Einwohner sichtbar.

3.1 Hospitalisationsrate

Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der den Szenarien zugrunde gelegten Annahmen über die Entwicklung der Einflussfaktoren wird sich die Eintrittshäufigkeit in den einzelnen Leistungsbereichen bis zum Jahr 2020 wie folgt entwickeln:

Insgesamt wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Kantonseinwohner zwischen 2008 und 2020 gemäss Haupt-, Maximal und Minimalszenario um knapp 5 Prozent auf 188 Eintritte abnehmen.

3.2 Aufenthaltsdauer

Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der den Szenarien zugrunde gelegten Annahmen über die Entwicklung der Einflussfaktoren wird die Aufenthaltsdauer zwischen 2008 und 2020 gemäss Hauptszenario in Variante 1 um 32 Prozent auf 30 Tage abnehmen, gemäss Variante 2 wird die Aufenthaltsdauer weniger stark sinken, nämlich um rund 14 Prozent auf 38 Tage. Im Maximalszenario der Variante 1 zeigt sich eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um knapp acht Prozent auf 41 Tage, für die Variante 2 hingegen eine Zunahme von rund 2.5 Prozent auf 45.5 Tage. Im Minimalszenario wird in Variante 1 eine Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer von 44.4 Tagen auf 19 Tage und in Variante 2 ebenfalls eine Abnahme von 44.4 Tagen auf 30.6 Tage.

4 Bedarf an Psychiatrieleistungen 2020

Bei minimaler, unveränderter und maximaler Entwicklung der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer werden sich die Patientenzahlen und Pflgetage im Bereich der stationären Psychiatrie wie folgt entwickeln:

Zwischen 2008 und 2020 werden die Patientenzahlen gemäss dem Haupt-, dem Maximal- und dem Minimalszenario in Variante 1 und 2 um rund 6.4 Prozent von 201 auf 188 Patienten abnehmen.

Für den prognostizierten Bedarf zeigt sich in der Variante 1, dass zwischen 2008 und 2020 die Pflgetage gemäss dem Hauptszenario um rund 36 Prozent, gemäss dem Maximalszenario um rund 14 Prozent auf 5'668 beziehungsweise auf 7'703 Tage sinken werden. Das Minimalszenario geht von einer Abnahme der Pflgetage um knapp 60 Prozent auf rund 3'624 Tage aus. Für den prognostizierten Bedarf zeigt sich in der Variante 2, dass zwischen 2008 und 2020 die Pflgetage gemäss dem Hauptszenario um rund 20 Prozent, gemäss dem Maximalszenario um rund 41 Prozent auf 7'159 beziehungsweise auf 8'560 Tage sinken werden. Das Minimalszenario geht von einer Abnahme der Pflgetage um knapp 36 Prozent auf rund 5'757 Tage aus.

5 Psychiatrische Leistungen Kantonsspital Glarus

Da die psychiatrischen Fälle, die innerhalb des Kantons Glarus behandelt werden, innerhalb der somatischen Daten (aufgrund der Behandlung am Kantonsspital Glarus) erfasst werden, wurde beschlossen, diese Daten separat zu analysieren.

Tabelle 29: Fälle/ Pflegetage 2007 bis 2009 Psychiatrie Kantonsspital Glarus

	2009	2008	2007
Medizin			
Fälle	1'628	1'520	1'479
Pflege tage	16'497	16'531	18'733
Psychiatrie			
Fälle	142	141	151
Pflege tage	2'916	3'036	2'905

Tabelle 29 zeigt die Fälle von 2007 bis 2009, die am Kantonsspital Glarus behandelt wurden. Für die Psychiatrie alleine betrachtet zeigen sich 151 Fälle im Jahr 2007 und 142 Fälle im Jahr 2009. Die Anzahl Pflege tage hat hingegen seit 2007 zugenommen und lag im Jahr 2009 bei 2'916 Tagen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten lag im Jahr 2007 bei 21.47 Tagen, sank im Jahr 2008 auf 21.01 Tage und stieg im Jahr 2009 wieder auf 21.78 Tage an. Bezüglich der Diagnosen wurde eine Kategorisierung nach ICD-10 vorgenommen. In Tabelle 30 sind diese Fälle nach Hauptdiagnose aufgeführt. Da die Codierung für das Jahr 2007 für einige ICD-10 Diagnose unvollständig ist, wurden nur die Daten aus dem Jahr 2008 und 2009 verglichen. Es zeigt sich, dass die meisten Fälle im Bereich Affektive Störungen (z.B. F33 rezidivierende depressive Störung) liegt. Ähnlich viele Fälle entfallen auf die Diagnose Schizophrenie.

Tabelle 30: Hauptdiagnosen Psychiatrische Fälle Kantonsspital Glarus

Hauptdiagnosen	2009	2008
F00 Organische Störungen	0	5
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	9	10
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen²⁵	4	5
F20 Schizophrenie	35	32
F30 Affektive Störungen	39	48
F40 Neurotische Störungen	23	24
F50-F99 Übrige	8	4
Z 00-Z99	24	13
Total	142	141

Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Dies kann hauptsächlich auf zweierlei Art vorkommen:

²⁵ Gemeint sind psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Hypnotika, Kokain, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel, andere Stimulanzien einschliesslich Koffein sowie psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. (<http://www.dimdi.de/static/de/klasse/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>)

- Wenn eine Person, wegen einer Krankheit oder ohne krank zu sein, das Gesundheitswesen zu einem speziellen Zweck in Anspruch nimmt, z.B. um eine begrenzte Betreuung oder Grundleistung wegen eines bestehenden Zustandes zu erhalten, um ein Organ oder Gewebe zu spenden, sich prophylaktisch impfen zu lassen oder Rat zu einem Problem einzuholen, das an sich keine Krankheit oder Schädigung ist.
- Wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind. Solche Faktoren können bei Reihenuntersuchungen der Bevölkerung festgestellt werden, wobei eine Person krank sein kann oder nicht, oder sie werden als ein Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt wird.²⁶

In Tabelle 31 sind diejenigen Fälle aufgeführt, die als Hauptdiagnose eine Diagnose der Kategorie „Z“ (ICD-10 Klassifikation) hatten, jedoch als Nebendiagnosen eine Diagnose im Bereich der *Psychischen und Verhaltensstörung* (Kategorie F) aufwiesen. Hier treten häufig die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Drogen auf. Diese machen im Jahr 2009 knapp die Hälfte aller Fälle aus.

Tabelle 31: Nebendiagnosen ICD-10 Psychiatrische Fälle Kantonsspital Glarus

Z 00- Z99 Davon Nebendiagnosen F	2009	2008
F00 Organische Störungen	1	0
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6	0
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	5	0
F20 Schizophrenie	2	2
F30 Affektive Störungen	4	5
F40 Neurotische Störungen	1	3
F50-F99 Übrige	2	2
Andere Diagnosen	3	1
Total	24	13

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Bereich der Psychiatrie am Kantonsspital die Zahl der Fälle zwischen 2007 und 2008 deutlich abgenommen hat, im Jahr 2009 blieb sie stabil zum Vorjahr. Die Anzahl Pflégetage hat hingegen seit 2007 zugenommen und lag im Jahr 2009 bei 2'916 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stieg von 21.01 Tagen im Jahr 2008 auf 21.78 Tage im Jahr 2009 an. Die häufigsten Fälle mit einer Hauptdiagnose in der Kategorie Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10 zeigen sich im Bereich der Affektiven Störungen und der Schizophrenie. Die Fälle mit einer Nebendiagnose im der Kategorie Psychische und Verhaltensstörungen zeigen eine Häufung «durch Alkohol oder Drogen».

²⁶ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>

G Spezialbereiche

Diverse Spezialbereiche sind mit der verfügbaren Datenbasis nicht klar abgrenzbar und können zum Teil weder eindeutig der Akut somatik noch der Rehabilitation zugeordnet werden. Diese Spezialbereiche sind aber erforderlich, um eine vollständige Versorgung der Glarner Wohnbevölkerung zu gewährleisten. Im Folgenden werden die Spezialbereiche Akutgeriatrie, Geburten, Pädiatrie und Palliative Care kurz dargestellt.

1 Akutgeriatrie

Geriatrie wird von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie wie folgt definiert: Geriatrie befasst sich mit Gesundheit im Alter und den klinischen (physischen und psychischen), den präventiven, den rehabilitativen und den sozialen Aspekten von Krankheiten bei alten Menschen (WHO). Geriatriische Betreuung heisst präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlung und Betreuung unter Einbezug sozialer Aspekte; diese Anteile sind oft gleichzeitig vorhanden und nicht immer klar voneinander abgrenzbar.

Akutgeriatrie im Besonderen bezeichnet die akutgeriatriische Dienstleistung im Akutspital. Aufgabe der stationären Akutgeriatrie ist die Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen, alten, akut erkrankten und meist multimorbiden Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld.

Versicherungsrechtlich liegt Akutspitalbedürftigkeit vor, wenn eine plötzlich auftretende, meist heftig verlaufende Gesundheitsstörung eine kurzfristige, intensive, ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordert. Die Akutphase im Spital dauert in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann.

Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Grundauftrag der Akutspitäler. Obwohl hochbetagte Menschen oft multimorbid und dement sind und deshalb häufig eine spezifische Behandlung benötigen, werden sie heute in den Spitälern – meist in der Abteilung der Inneren Medizin – behandelt.

Die Selektion der akutgeriatriischen Patienten aus der Medizinischen Statistik ist schwierig, weil diese keiner spezifischen DRG zugeordnet sind, mit den in der Medizinischen Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet werden können und nicht separat ausgewiesen werden. Zudem ist die Abgrenzung der Akutgeriatrie zur geriatrischen Rehabilitation nicht immer eindeutig. Deshalb wurden die geriatrischen Patienten im akutsomatischen Datensatz belassen.

Um das zukünftige Potential bestmöglich abzuschätzen, wurden für den Kanton Zürich folgende Definitionen und Lösungsansätze berücksichtigt²⁷:

1. Modifiziertes Aargauer Modell: Patienten ab dem 80. Lebensjahr und mit mindestens acht Nebendiagnosen = total mindestens neun Diagnosen (damit Multimorbidität einberechnet ist): Dies ergibt auf den Kanton Zürich umgelegt 6'500 geriatrische Patienten und entspricht 3.4 Prozent aller Zürcher Patienten.
2. Versorgungsplanung des Kantons Bern (2007-2010): Patienten älter als 75 Jahre und mit einer Aufenthaltsdauer länger als 20 Tage: Dies ergibt auf den Kanton Zürich umgelegt 4'100 geriatrische Patienten und entspricht 2.1 Prozent aller Zürcher Patienten.
3. In Deutschland wurden im Jahr 2007 1.3 Prozent aller stationären Patienten in geriatrischen Abteilungen behandelt²⁸. Dies ergibt auf den Kanton Zürich umgelegt 2'700 geriatrische Patienten und entspricht 1.3 Prozent aller Zürcher Patienten.

²⁷ Unter SwissDRG wird es geriatrische-spezifische DRG geben. Damit sind die geriatrischen Patienten in Zukunft einfach zu eruieren.

²⁸ Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2007

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Verhältnis zur Bevölkerungszahl des Kantons Glarus heute zwischen 70 und 180 Patienten eine akutgeriatrische Behandlung benötigen würden. Bei den Patienten ab 80 Jahren ist eine Zunahme von 35 Prozent bis ins Jahr 2020 zu erwarten.

2 Geburten

Im Kanton Glarus können sich die Frauen für die Niederkunft zwischen der stationären oder ambulanten Geburt in einem Spital, der stationären oder ambulanten Geburt in einem Geburtshaus (nur ausserkantonale vorhanden) oder der Hausgeburt entscheiden.

Während in einem Spital alle infrastrukturellen Voraussetzungen für die Bewältigung von Notfällen vorhanden sind (OP-Saal, Ärzteteam), ist ein Geburtshaus eine, von Hebammen betreute selbständige, ausserklinische Einrichtung. Eine Ärztin oder ein Arzt ist nicht präsent. Die Möglichkeiten für medizinische Eingriffe sind deshalb beschränkt. Es werden daher ausschliesslich pränatal als risikofrei eingeschätzte Geburten im Geburtshaus durchgeführt. Tritt eine unvorhergesehene Situation ein, muss die werdende Mutter unter Umständen ins Spital verlegt werden. Erfahrungswerte zeigen, dass rund zehn Prozent aller Frauen, die in einem Geburtshaus gebären, in ein Spital weiterverlegt werden.

Geburtshäuser hatten bis 31.12.2008 keine Anerkennung als Leistungserbringer nach Art. 35, Abs. 2 KVG. Demzufolge werden die Hebammenleistungen (Schwangerschaftskontrollen, Geburt und Betreuung im Wochenbett) zwar von den Krankenkassen aus der Grundversicherung bezahlt, die Infrastrukturkosten und die Kosten für den stationären Aufenthalt im Wochenbett mussten jedoch in Form einer Selbstbeteiligung entweder von der Frau selbst oder von deren Zusatzversicherung bezahlt werden. Als Folge der Revision des KVG vom Dezember 2007 sind ab dem 1.1.2009 neu auch Geburtshäuser als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen.

Im Zeitraum 2003-2008 hat sich die Zahl der Neugeborenen um 16 Prozent erhöht. Der Anteil der Kaiserschnitte hat sich gleichzeitig von 23 auf 28 Prozent erhöht (+38 Prozent). Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern prognostiziert indessen keinen weiteren Trend zu mehr Kaiserschnitten.²⁹

Für das Jahr 2020 werden etwa gleich viele oder weniger Geburten als heute prognostiziert. Haupteinflussfaktor ist die demografische Entwicklung beziehungsweise die Anzahl Frauen im gebärfähigen Alter. Ein weiterer Faktor ist die Geburtenrate, die im epidemiologischen Gutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern als mehr oder weniger konstant prognostiziert wurde.

3 Pädiatrieversorgung Kanton Glarus

3.1 Analyse der Fallzahlen in den letzten Jahren

Der Bereich der Pädiatrie wird in der Analyse der Leistungsdaten nicht separat aufgeführt. Aufgrund der Angaben des Kantonsarztes zeigte sich jedoch, dass dies ein sehr wichtiger Leistungsbereich ist, welcher für die Spitalplanung des Kantons Glarus ebenfalls miteinbezogen werden muss.

²⁹ Zwar wird eine zunehmende Nachfrage nach Kaiserschnitten wegen des technischen Fortschritts und damit einhergehender Abnahme der Komplikationsrate erwartet. Gleichzeitig werden aber mehr Geburten von Immigrantinnen mit geringerer Kaiserschnittsrate erwartet.

Der Kantonsarzt führt eine eigene Statistik zu den Pädiatrischen Fällen. Aufgrund der statistischen Erhebungen seit 2003 zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 32: Pädiatrische Hospitalisationen 2003 bis 2010

Jahr	Kostengutsprachen bewilligt	Kostengutsprachen nicht bewilligt	Total
2003	68	5	73
2004	74	3	77
2005	83	4	87
2006	75	6	81
2007	106	9	115
2008	101	4	105
2009	115	7	122
2010 (9 Monate)	75	10	85
2010	Total	Hochrechnung 2010	110

Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der pädiatrischen Hospitalisationen vom Jahr 2006 zum Jahr 2007. Seither bleiben die Zahlen auf rund 105–120 Kostengutsprachen pro Jahr. Dabei muss beachtet werden, dass es sich hierbei nicht um Fälle handelt, sondern um die effektive Anzahl bearbeiteter Kostengutsprachen. Es kommt besonders im onkologischen Bereich vor, dass für die gleichen Patienten mehrfach Kostengutsprachen eingereicht werden.

Die Anzahl Fälle werden auf ca. 100 Kinder pro Jahr geschätzt, welche in Kinderkliniken ausserhalb des Kantons behandelt werden. Notfall-Situationen wie sie z. B. bei Unfällen auftreten oder akute Erkrankungen ausserhalb des Kantons, betrafen in den ersten 9 Monaten im Jahr 2010 7 Fälle. Es wird davon ausgegangen, dass diese Fälle auch in Zukunft auswärts behandelt werden.

4 Verteilung Kostengutsprachen auf die einzelnen Spitäler (ab 2009)

Die einzelnen Kostengutsprachen, welche beim Kantonsarzt eingegangen sind, werden erst seit 2009 genauer aufgelistet. Für das Jahr 2009 wurde dabei eine Unterscheidung zwischen chirurgischen (inklusive Unfälle) und medizinischen Patienten gemacht. Dabei zeigen sich für das Jahr 2009 folgende Zahlen (in Klammer jeweils abgelehnte Kostengutsprachen):

Tabelle 33: Kostengutsprachen nach Spitälern/ Klinik (2009)

Diagnosegruppe	USZ	Kinderspital Zürich	Kinderklinik GR	Ostschweiz. Kinderspital SG	Diverse	Total
Chirurgie/Unfälle	1	23 (20)	1	3 (1)		28
Innere Medizin	1	21 (3)	68	0	4	94
Total	2	44 (23)	69	3 (1)	4	122

Ab 2010 wurden die Kostengutsprachen differenzierter in Diagnosegruppen zugeordnet. Dabei zeigt sich für die ersten 9 Monate 2010 folgendes Bild:

Tabelle 34: Kostengutsprachen nach Spitalern/ Klinik (9 Monate 2010)

Diagnose	USZ	Kinderspital Zürich	Kinderklinik GR	Ostschweiz Kinderspital SG	diverse	Total
Unfälle	0	1	1	1	1	4
Chirurgie	0	13 (6)	0	0	2	15
InnereMedizin allgemein	0	6	45 (1)	1	4 (3)	56
Innere Medizin (Onkologie)	0	10	0	0	0	10
Total	0	30 (6)	46(1)	2	7 (3)	85

Im Bereich der Inneren Medizin lässt sich feststellen, dass die meisten Kinder in der Kinderklinik in Chur behandelt werden. Im Bereich der Onkologie wurden alle behandelten Kinder im Kinderspital Zürich hospitalisiert.

Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der pädiatrischen Hospitalisationen vom Jahre 2006 zum Jahre 2007. Seither bleiben die Zahlen auf rund 105 – 120 Kostengutsprachen pro Jahr. Die meisten Behandlungen erfolgen in der Kinderklinik in Chur und im Kinderspital in Zürich.

5 Einflussfaktoren auf die Prognose der Pädiatrie 2020

5.1 Demographie

Gemäss der demografischen Prognose wird angenommen, dass der Anteil der Altersgruppe 0-17 Jahre bis ins Jahr 2020 um rund 13 Prozent abnehmen wird. Für die Prognose der Fälle und des Leistungsbedarfs für das Jahr 2020 zeigt sich eine prognostizierte Abnahme der Fallzahlen für die Altersgruppe der 0-17 jährigen um rund 14 Prozent.

5.2 Medizintechnik

Die Entwicklung in der Medizintechnik dürfte in dieser Altersgruppe nur minimale Einflüsse haben.

5.3 Epidemiologische Faktoren

Die Auswirkungen der epidemiologischen Faktoren können in dieser Altersgruppe wohl vernachlässigt werden

5.4 Ökonomische Faktoren

5.4.1 Substitution

Die Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen wird in dieser Altersgruppe auch nur einen geringen Einfluss haben.

5.4.2 Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer

Die Altersgruppe 0-17 Jährige zeigte bereits im Jahr 2008 eine sehr tiefe MAHD. Gemäss dem prognostizierten Leistungsbedarf nach Altersgruppen wird für diese Altersgruppe der 0-17jährigen von einer Abnahme der Fälle von 12 Prozent ausgegangen. Im Bereich der Pflgetage wird von einer Abnahme von 24 Prozent der Pflgetage ausgegangen. Je nach Alter wird es aber auch in dieser Altersgruppe Fälle geben mit überlangen Aufenthaltsdauern (Ess-Störungen, Onkologische Patienten).

Aufgrund der bisherigen Zahlen und der Prognosen des Versorgungsberichtes und dem Einbezug der Einflussfaktoren, soweit möglich und auf die Pädiatrie übertragbar, wird von einer Fallzahl pro Jahr von insgesamt etwa 100 Glarner Kindern, welche eine spezifische pädiatrische Versorgung benötigen, ausgegangen. Wie weit ein Ausbau der innerkantonalen pädiatrischen Grundversorgung diese Situation ändern könnte, ist schwierig zu beurteilen.

6 Palliative Care

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität ggfs. bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Die APDRG-Codierung unterscheidet nicht zwischen palliativmedizinischen und anderen Patienten. Ausschlaggebend für die Gruppierung ist die gleiche Hauptdiagnose. Deshalb kann derzeit nicht genau beziffert werden, wie viele Palliativbehandlungen durchgeführt werden.

In welcher Form die Vergütung von Palliativbehandlungen zukünftig erfolgt, ist noch offen. SwissDRG hat sich dafür ausgesprochen, dass bei Spitälern, die eine anerkannte Abteilung für Palliativbehandlungen führen, keine SwissDRG-Fallpauschalen angewendet werden³⁰. In Akuthäusern, die keine Unterscheidung zwischen kurativer und palliativer Behandlung vornehmen, soll dagegen mit SwissDRG-Fallpauschalen abgerechnet werden.

7 Akut- und Übergangspflege

Die Akut- und Übergangspflege wird am 1. Januar 2011 im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung schweizweit eingeführt. Sie sieht vor, Patienten nach einem Spitalaufenthalt während maximal 14 Tagen nachzubetreuen, wenn ein Übergang in niederschwellige oder selbständige Versorgung noch nicht möglich ist. Die Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege ist derzeit im Gange. Akut- und Übergangspflege kann gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ (in der Summe) erfüllt sind:

- Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
- Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
- Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
- Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, sodass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
- Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.
- Die Leistungserbringung wird innerhalb von 24 Stunden nach Austritt der Patientin / des Patienten aufgenommen; vorbehältlich der vollständigen Voranmeldung des Leistungsbedarfs [mindestens 12 Stunden vor Austritt] durch die zuliefernde Spitalinstitution.

Soweit eine ärztliche, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant oder stationär als Einzelleistung durch Leistungserbringer gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.

³⁰ vgl. SwissDRG „Falldefinition und Abrechnungsregeln“ Teilprojekt 1, verabschiedete Version vom 19. August 2005, Arbeitspapier, Punkt 2.4 Palliativbehandlung, Seite 8 von 13.

Der Bedarf nach Akut- und Übergangspflegerischen Angeboten sind derzeit schwierig eruierbar und können höchstens geschätzt werden. Im Kanton Glarus erteilt der Regierungsrat Leistungsaufträge an entsprechende Leistungserbringer gemäss Art. 7 Abs. 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Er macht diese Leistungsaufträge von einem Bedarf abhängig (Art. 33^d des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, EG KVG)

H Anhang Versorgungsbericht

1 Methodik Prognose Einflussfaktoren

Wie bereits im Kapitel C erwähnt, wird nachfolgend das methodische Vorgehen der einzelnen Einflussfaktoren detailliert erläutert. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Vorgehensweise zu geben und diese argumentativ zu begründen.

1.1 Demografie

Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf den Bevölkerungserhebungen des Bundesamtes für Statistik (BfS) für die Jahre 2000 bis 2008 sowie dessen Zürcher Prognosemodell mit dem aktuellen Prognoselauf vom Mai 2009. Dabei wird auf den zivilrechtlichen Wohnsitzbegriff, exklusive Wochen- und Kurzaufenthalter abgestellt.

Dem Programmsystem liegt ein deterministischer Ansatz zugrunde, das heisst ein vorgegebener Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wird durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen jährlich fortgeschrieben. Für die Prognose mussten Annahmen zu folgenden Einflussfaktoren getroffen werden:

- Geburten- und Sterberaten
- Zu- und Wegwanderungen (Aussen -und Binnenwanderungen)
- Neubautätigkeit
- Einbürgerungen

Dabei beschränkte sich das Bundesamt für Statistik auf das Szenario „Trend“, das heisst es führt die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht fort. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrscheinlichste künftige Entwicklung beschreibt. Weitere Informationen sind im Internet³¹ abrufbar.

Für die Spitalplanung interessiert v. a. die generelle Entwicklung der Wohnbevölkerung des Kantons Glarus und überdies die besondere Entwicklung unter Berücksichtigung des Alters.

1.2 Medizintechnische Entwicklung

Die medizintechnische Entwicklung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer. Doch welche medizintechnischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 sind für die akutsomatische Spitalplanung relevant?

Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (z. B. bildgebende Verfahren), zur Therapie (z. B. minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (z. B. Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) und die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften gemeinsam beauftragt, den Einfluss der Entwicklung der Medizintechnik für die Bedarfsprognose im Hinblick auf die stationäre Spitalplanung der somatischen Akutversorgung für die Kantone Bern und Zürich in einem Gutachten zu erarbeiten. Das vollständige Expertengutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ist im Internet³² abrufbar.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie wählte ein mehrstufiges Vorgehen:

³¹ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key_kant/03/08.html

³² <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

(1) Initiale Befragung von Experten aus medizinischen Schlüsselfeldern zur Grobsondierung wichtiger medizintechnologischer Entwicklungen.

(2) Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikation und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung. Eingeschlossene Studien/Berichte mussten Prognosen mit quantitativen (ersatzweise qualitativen) Angaben zur Leistungsmenge von medizintechnischen Massnahmen enthalten, welche einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden konnten. Reine Evidenzberichte (z. B. zur Wirksamkeit von Massnahmen) ohne Angabe von quantitativen Prognosen zu Leistungsmengen wurden nicht berücksichtigt.

(3) Strukturierte schriftliche Expertenbefragung: 53 Fachexperten (mehrheitlich medizinische Professoren aus den Universitätsspitalern Bern und Zürich) wurde ein Fragebogen zugesandt. Der Fragebogen fokussierte auf die erwarteten medizintechnischen Entwicklungen und Leistungsmengen im jeweiligen Fachgebiet.

Bei der Literatursuche wurden von insgesamt 1'627 Studien entsprechend den Einschlusskriterien 27 Studien ausgewertet. Daraus wurden 34 Prognosen zu Leistungsmengen verschiedener Medizintechniken (17/34 [50%] quantitative Prognosen; 17/34 [50%] qualitative Prognosen) extrahiert.

Aus der schriftlichen Expertenbefragung wurden 27 Prognosen zu Leistungsmengen für verschiedene Technologien extrahiert. Die Experten definierten für alle von ihnen aufgelisteten Medizintechniken eine geschätzte prognostizierte Leistungsmenge.

Eine Gegenüberstellung der Prognosen aus wissenschaftlicher Literatur und Berichten der Health-Technology-Assessment-Agenturen mit den Aussagen der klinischen Experten aus der Schweiz zeigte Folgendes: Die von den Experten angegebenen Brennpunkte der medizintechnischen Entwicklung wurden von den gefundenen Daten aus der Literatur mehrheitlich abgedeckt. Hinsichtlich der gemachten Prognosen gibt es eine grobe Übereinstimmung zwischen Experten und Literatur.

Die Literatur- und Expertenangaben wurden zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie interpretiert und als Prognosefaktor für die Fallzahlen einzelner DRG berechnet. Wo unterschiedliche Angaben zu finden waren, wurde zusätzlich eine minimale und maximale Variante festgelegt. Die Berechnungen basierten auf den Zürcher Daten 2007. Schliesslich wurden die Prognosefaktoren für die medizintechnische Entwicklung ins Prognosemodell einberechnet (vgl. Kapitel C.2.3).

Anders als bei Evidenzberichten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten von innovativen medizintechnischen Entwicklungen, die für viele Bereiche vorliegen, gibt es wenig publizierte Daten zu zukünftigen Leistungsmengen.

Die Prognose der Entwicklung der Medizintechnik beruht deshalb auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen. Das heisst auch, dass in diversen Leistungsbe-reichen in der vorliegenden Bedarfsprognose keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert wird. Trotzdem und im Bewusstsein dieser Problematik halten wir das gewählte Vorgehen für zweckmässig. Dies weil wir davon ausgehen, dass sich die relevanten Innovationen auch in der Literatur wiederfinden.

Sämtliche Innovationen führten im Modell zu einer Zunahme an Fällen. Dies weil es sich tatsächlich um neue Therapien handelt, die bisher nicht behandelt wurden oder weil Mengenangaben zur Substitution von alten Technologien nicht vorhanden waren.

Qualitative Prognosen konnten aufgrund fehlender Mengenangaben nicht quantifiziert werden und wurden deshalb im Rechenmodell nicht berücksichtigt.

1.3 Epidemiologische Entwicklung

Auch die Epidemiologie wird sich bis zum Jahr 2020 verändern und die Hospitalisationsrate beeinflussen. Es ist deshalb zu klären, welche epidemiologischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 für die akutsomatische Spitalplanung relevant sind.

Ziel war das Identifizieren von Trends, die dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen über die nächsten zehn Jahre verändern wird. Ausgeklammert wurden allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein auf Grund der sich verändernden Altersstruktur (z. B. Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren). Dementsprechend ging es darum einzuschätzen, ob sich eine altersgruppen-spezifische Veränderung des Bedarfs abzeichnet.

Die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) hat zusammen mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) beauftragt, ein Gutachten betreffend mögliche epidemiologischer Veränderungsrate der Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen (somatische Versorgung und Rehabilitation) bis 2020 zu erstellen. Das vollständige Expertengutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ist im Internet³³ abrufbar.

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) wählte ein mehrstufiges Vorgehen. Zu Beginn wurde eine Literatursuche zu Trend-Informationen bezüglich Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren gewisser Krankheiten für die Schweiz durchgeführt. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums konsultiert (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht etc.).

Anschliessend wurde die gefundene Literatur auf die mit den für die stationäre Belegung der Spitäler (somatische Versorgung und Rehabilitation) 2015-2020 massgebenden DRG mit den insgesamt höchsten Kosten (Angaben der relevanten DRG durch GEF BE und GD Zürich) bezogen und eine quantitative Schätzung der epidemiologischen Trends auf Ebene der DRG mit entsprechenden Begründung erarbeitet.

Bei der quantitativen Festlegung der Prognoseszenarien für den Bedarf wurde vorsichtig vorgegangen. Da das Alter für viele Gesundheitsbelastungen und Krankheiten der stärkste bekannte Risikofaktor ist, wurden die numerischen Angaben für mögliche zukünftige altersspezifische Trends relativ niedrig und für alle Altersgruppen als identisch angesetzt. Im Zweifelsfall wurde ein stabiler Trend als Hauptszenario postuliert. Nur in Ausnahmefällen und bei guter Informationslage wurden Veränderungen von bis zu zehn Prozent bis ins Jahr 2020 als mögliches Szenario postuliert.

Die Literatursuche führte zu einer Liste von 24 Artikeln mit möglicherweise relevanten Trendinformationen. Das ISPM interpretierte diese Trendinformationen und extrahierte daraus Prognosefaktoren, teilweise mit einer minimalen und maximalen Variante. Die Prognosefaktoren für die epidemiologische Entwicklung wurden ins Prognosemodell einberechnet. Die prognostizierten Veränderungsrate in der Epidemiologie bewegen sich alle im tiefen einstelligen Prozentbereich. Insgesamt sind kaum Veränderungen zu erwarten. Die Prognose der Entwicklung der Epidemiologie beruht wie die Medizintechnik auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen. Die Prognosefaktoren der Epidemiologie sind im Kapitel C.2.3 dargestellt.

1.4 Ökonomische Entwicklung

In der Prognose wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und Verkürzung der Aufenthaltsdauern infolge der Einführung von SwissDRG.

1.5 Substitutionspotenzial

Im Zentrum steht die Frage, welche bisherigen stationären Leistungen im Jahr 2020 ambulant erbracht werden. Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlungen geschaffen. Ob diese Behandlungen aber tatsächlich ambulant erbracht werden, hängt auch von ökonomischen Entwicklungen ab.

³³ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

Tarifliche Veränderungen und Anreize können den Verlagerungsprozess in den ambulanten Bereich beschleunigen oder verlangsamen. Auch Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich sind grundsätzlich möglich. Allerdings wurde in der vorliegenden Planung angenommen, dass sich das Verhältnis zwischen den ambulanten und stationären Tarifen eher zugunsten der ambulanten Behandlungen verändern wird und deshalb keine Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich stattfinden werden.

Für die Beurteilung des möglichen Substitutionspotenzials wäre die Analyse des Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Fällen pro Behandlung zweckmässig. Da jedoch der Gesundheitsdirektion keine vollständigen und zuverlässigen Angaben über ambulante und teilstationäre Leistungen zur Verfügung stehen, musste eine andere Vorgehensweise gewählt werden.

Dazu wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche DRG aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In dieser medizinischen Prüfung wurden 48 DRG selektiert.³⁴ Die Selektion erfolgte tendenziell eher konservativ und ist nicht als Zielvorgabe, sondern als Prognose zu verstehen. Die vollständige Liste der zukünftigen „ambulanten DRG“ ist im Internet³⁵ abrufbar.

In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass bei diesen Behandlungen die stationären Tarife gegenüber den ambulanten Tarifen unattraktiver werden. Ob die selektierten DRG in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den jeweiligen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TarMed) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Da unklar ist, wie sich die Tarife bis 2020 entwickeln werden, wurden für die Abschätzung des Substitutionspotenzials drei verschiedene Szenarien angenommen. Für einen Versorgungswechsel wurden ausschliesslich Kurzlieger³⁶ als substituierbar eingestuft. Behandlungen mit einer längeren Aufenthaltsdauer können sich verkürzen, wurden jedoch nicht als substituierbar angesehen. Die drei Szenarien unterscheiden sich darin, dass der Anteil der substituierbaren Kurzlieger unterschiedlich hoch eingeschätzt wird.

Tabelle 35: Szenarienübersicht Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen

Szenario-Name	Anteil der Kurzlieger-Substitution
Hauptszenario	50 Prozent der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen
Maximalszenario	Keine Substitution
Minimalszenario	90 Prozent der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen

Im Hauptszenario wurde die Annahme getroffen, dass die Kurzlieger der „potentiell ambulanten DRG“ zukünftig je hälftig stationär beziehungsweise ambulant behandelt werden. Das Maximalszenario bildete die Annahme ab, dass keine Substitution stattfindet, die Leistungen also im gleichen Umfeld wie im Jahr 2008 erbracht werden.

³⁴ Für die Prognose wurden immer ganze DRG selektiert, auch wenn einzelne Leistungen darin in Zukunft nicht ambulant erbracht werden können.

³⁵ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/behoer/Politik/aktuell/spitalplanun/versbericht.html>

³⁶ Fälle werden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist. Die Aufenthaltstage wird heute folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum zuzüglich ein Tag.

Im Minimalszenario wurde davon ausgegangen, dass 90 Prozent der stationären Kurzlieger zukünftig ambulant behandelt werden. Die restlichen zehn Prozent der Kurzlieger verbleiben aufgrund medizinischer Faktoren wie z. B. Gebrechlichkeit und Multimorbidität weiterhin im stationären Bereich.

Als stationäre Behandlungen nach Art. 3 der VKL³⁷ gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung. Demzufolge gelten heute Leistungen auch dann als stationär, wenn die Patienten weniger als 24 Stunden, jedoch über Nacht, betreut werden.

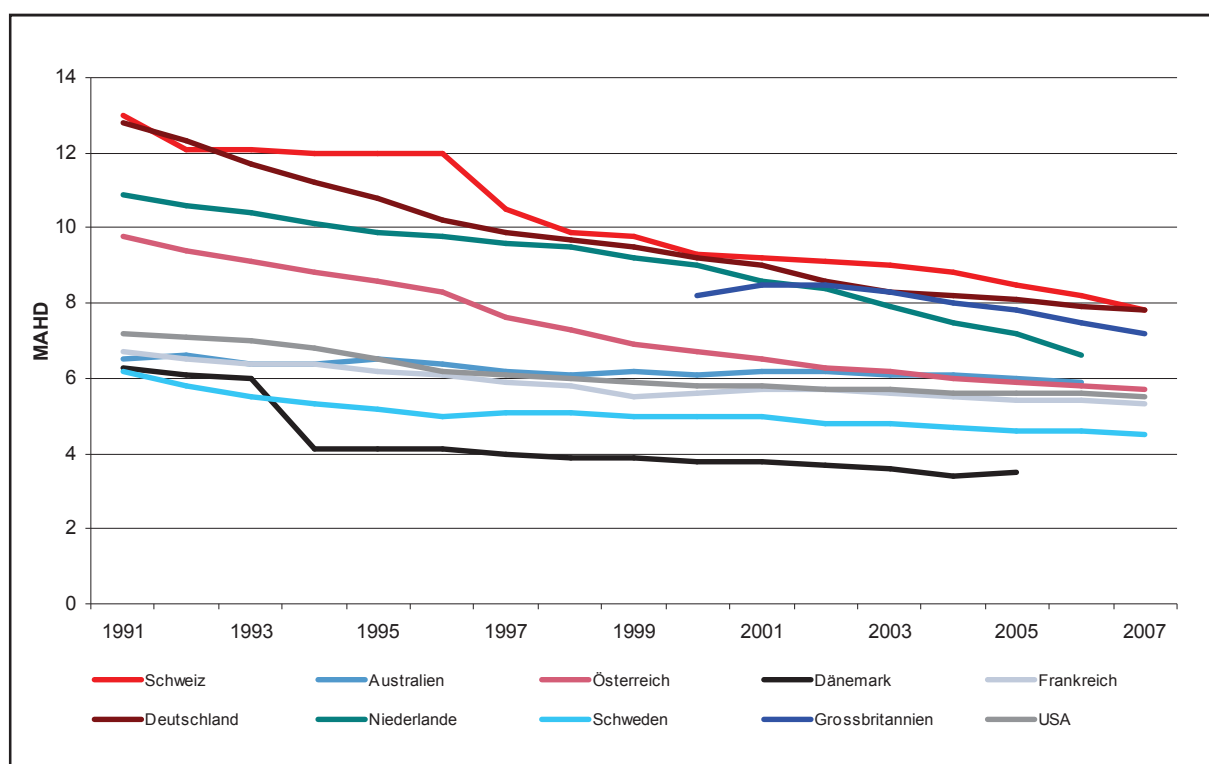
1.6 Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Wesentliche Voraussetzungen für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern sind der medizintechnische Fortschritt, verbesserte Prozesse innerhalb des Spitals oder ein Ausbau der Nachversorgung. Welche Anstrengungen für eine Reduktion der Aufenthaltsdauern tatsächlich unternommen werden, hängt auch von den finanziellen Anreizen ab. Wird bspw. nicht jeder Aufenthaltstag einzeln, sondern jeder Fall pauschal (Fallpauschalen) vergütet, profitiert das Spital von kurzen Aufenthaltsdauern seiner Patienten. Insofern wird die Einführung der Fallpauschalen in den Schweizer Spitälern im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, sondern muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Glarus, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

Vergleich international

Bereits seit vielen Jahren ist in den Industrieländern ein Trend zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern festzustellen (vgl. Abbildung 25). Betrachtet man die Entwicklung in der Schweiz, fällt auf, dass die Aufenthaltsdauern in den letzten Jahren ebenfalls stark abgenommen haben, im Vergleich zu anderen Industriestaaten aber nach wie vor relativ hoch sind. Dabei gilt es zu beachten, dass Unterschiede zwischen den Aufenthaltsdauern verschiedener Ländern vorsichtig zu interpretieren sind. Zum einen wird der Bereich Akutsumatik nicht überall gleich definiert und abgegrenzt. Zum anderen spielt die Struktur des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle, bspw. welche Nachversorgung nach dem Aufenthalt im Akutspital zur Verfügung steht. Insofern ist es unplausibel, dass die Aufenthaltsdauern in der Schweiz bald auf dem Niveau Dänemarks oder Schwedens sein werden, da die Nachversorgung in diesen Ländern viel stärker ausgebaut ist. Allerdings sind die Schweizer Aufenthaltsdauern im internationalen Vergleich, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Nachversorgungsstrukturen, nach wie vor als lang zu beurteilen. Eine weitere Verkürzung in den nächsten Jahren ist dementsprechend wahrscheinlich.

³⁷ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

Abbildung 25: Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich

Quelle: OECD Health Data 2009

Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Glarus und im Vergleich zur Schweiz

Zwischen 2003 und 2008 hat sich die mittlere Aufenthaltsdauer der Glarner um 0.3 Tage erhöht und liegt mittlerweile bei 8.1 Tagen. Im Vergleich dazu sanken die schweizerischen Aufenthaltsdauern zwischen 2003 und 2008 deutlich von 9.0 Tagen auf 7.7 Tage. Es ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer in den nächsten Jahren weiter sinken wird.

Tabelle 36: Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

MAHD	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Wohnbevölkerung Glarus	7.8	8.8	8.7	8.3	9.0	8.1
Schweiz	9.0	8.8	8.5	8.2	7.8	7.7

Vorgehen für die Prognose der Aufenthaltsdauern 2020

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer insbesondere bei denjenigen Behandlungen, die bei Glarner Patienten bisher deutlich länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren besonders stark sinken wird. Aus diesem Grund wurden die Glarner Aufenthaltsdauern mit den Aufenthaltsdauern in der gesamten Schweiz pro DRG verglichen und überall dort, wo sie länger waren, auf den niedrigeren Schweizer Vergleichswert gesetzt.

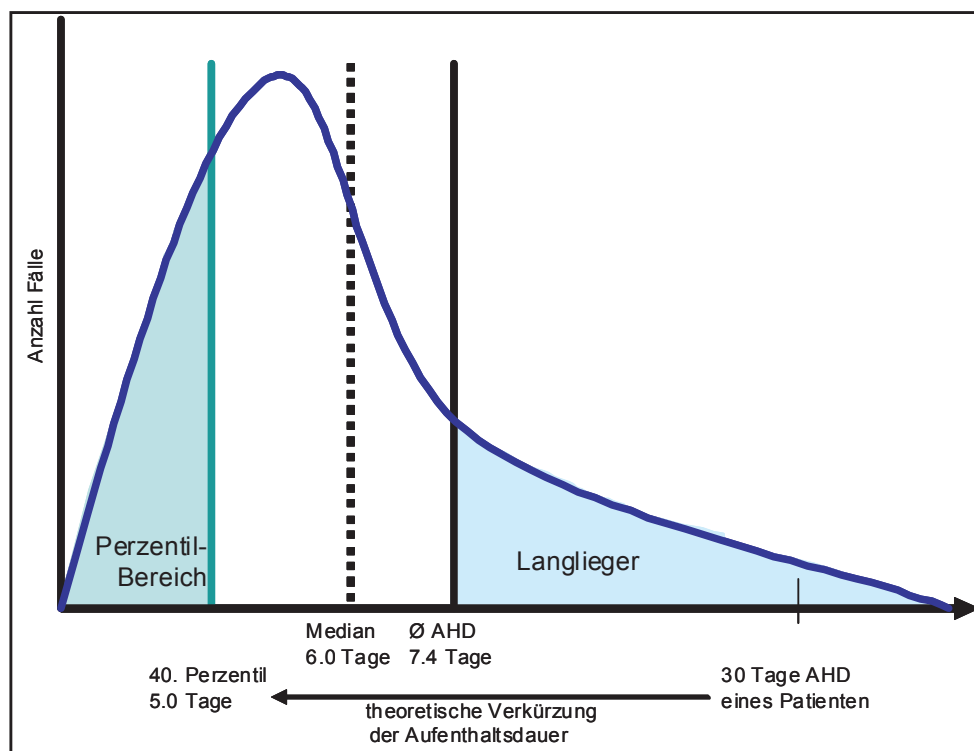
Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre sinken werden, wurden als Vergleichswert nicht der heutige Durchschnitt oder der Median, sondern niedrigere Perzentile herangezogen. Im Hauptszenario wurde das 40. Perzentil, im Maximalszenario das 45. und im Minimalszenario das 35. Perzentil gewählt. Im Hauptszenario wurde somit postuliert, dass die Glarner Aufenthaltsdauern in zehn Jahren gleich lang sind, wie dies bereits heute in den 40 Prozent der Schweizer Spitäler mit den kürzesten Aufenthaltsdauern der Fall ist. Bei Behandlungen mit Aufenthaltsdauern, die bei Glarner Patienten bereits heute unterhalb des jeweiligen Perzentils der Schweizer Aufenthaltsdauern lagen, wurden keine Anpassungen vorgenom-

men. Die angenommene Verkürzung der Aufenthaltsdauern auf das 45., 40. oder 35. Perzentil ist eher konservativ, aber im Einklang mit den Aufenthaltsdauer-Verkürzungen im Kanton Glarus in den letzten Jahren und den Erfahrungen in Deutschland.³⁸

Für den Vergleich der Aufenthaltsdauern pro DRG wurde zusätzlich eine Kategorisierung nach Alter vorgenommen, da sich die Aufenthaltsdauern je nach Altersgruppe deutlich unterscheiden. Dabei wurden die bestehenden fünf Alterskategorien zu maximal drei Alterskategorien zusammengefasst, um eine Mindestanzahl Fälle pro Alterskategorie zu gewährleisten. Konkret wurden die Fälle mit den Lebensjahren 0 bis 59, 60 bis 79 und ab 80+ gruppiert. Falls innerhalb einer DRG die Fallzahl kleiner 30 war, wurden nur zwei Alterskategorien verwendet: 0 bis 59 Jahre und älter als 59 Jahre. Sofern die Fallzahl 30 immer noch unterschritten wurde, fand keine Alterskategorisierung statt.

Schliesslich wurden Patienten mit besonders langen Aufenthaltsdauern (Langlieger) separat berücksichtigt, da es unplausibel ist, dass Langlieger mit einer Aufenthaltsdauer von bspw. 30 Tagen in Zukunft ebenfalls nur mehr eine dem 40. Perzentil entsprechende Aufenthaltsdauer von bspw. fünf Tagen aufweisen werden (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 26: Darstellung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern am Beispiel des Kantons Zürich



³⁸ In Deutschland war für die Zeit nach der verbindlichen Einführung der German-DRG zwar ein weiterer Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer festzustellen, dieser Rückgang war aber nicht höher als in den Jahren vor der DRG-Einführung (vgl. hierzu http://www.gesundheitspolitik.net/03_krankenhaus/finanzierung/Sachverstaendigenrat-Gesundheitswesen/Langfassung-2007.pdf).

Aus diesem Grund wurde in jeder DRG das Verhältnis der Langlieger zu den übrigen Patienten, beziehungsweise die Verteilung der Aufenthaltsdauern pro DRG konstant gehalten: Eine DRG mit bisher hohem Anteil an Langliegern wurde auch als DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern prognostiziert und eine rechtsschiefe Verteilung wurde wiederum rechtsschief prognostiziert.

Dazu wurde das Verhältnis zwischen der Median- und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro DRG als Korrekturfaktor berechnet

$$\text{Korrekturfaktor}_{\text{DRG}} = \frac{\text{durchschnittl. AHD}}{\text{Median AHD}}$$

und die Aufenthaltsdauer jeder DRG mit diesem Korrekturfaktor multipliziert.

Ist der Korrekturfaktor grösser als eins, so ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer grösser als die Median-Aufenthaltsdauer (vgl. Abbildung 27, 7.4 versus 6 Tage), die Verteilung rechtsschief (beziehungsweise linkssteil) und die DRG weist einen gewissen Anteil an Langliegern auf. Durch die Berücksichtigung des Korrekturfaktors wurden somit v. a. die Aufenthaltsdauern von DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern nach oben korrigiert. Die Aufenthaltsdauern von DRG ohne grosse Anteile an Langliegern wurden hingegen kaum korrigiert, da deren Korrekturfaktor nahe eins liegt (Median $\cong$ Durchschnitt).

Details zur Datenbasis für den Vergleich der Aufenthaltsdauern

Für die Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauern wurde die Medizinische Statistik zweier Jahre (2006 und 2007) verwendet, um eine möglichst breite Datenbasis zur Verfügung zu haben. Um zu plausiblen Ergebnissen zu kommen, wurden die Daten zudem um Spezialfälle und Ausreisser bereinigt.³⁹

Spezialkliniken, Psychiatrie- und Spezialfachgebiete wie bspw. Rehabilitationsfälle wurden ausgeschlossen. Weiterhin wurden *Verlegungen und Todesfälle* sowie DRG, die ausschliesslich nur Verstorbene beinhalten, eliminiert. Ausserdem wurden Patienten, die entgegen ärztlichen Rats Spitäler verlassen haben, nicht berücksichtigt. Schliesslich wurden Fälle mit mehrjährigen Aufenthaltsdauern korrigiert, da sonst einige wenige atypische Fälle die mittlere Aufenthaltsdauer zu stark beeinflusst hätten. Alle Fälle mit einer mehrjährigen Aufenthaltsdauer wurden auf 365 Tage gekürzt.

Im Übrigen wurden die im Kapitel Substitution (Kapitel H.1.5) definierten, zukünftigen „ambulanten Fälle“ aus dem Datensatz entfernt. Dabei wurden jeweils diejenigen Fälle mit der kürzesten Aufenthaltsdauer entfernt.

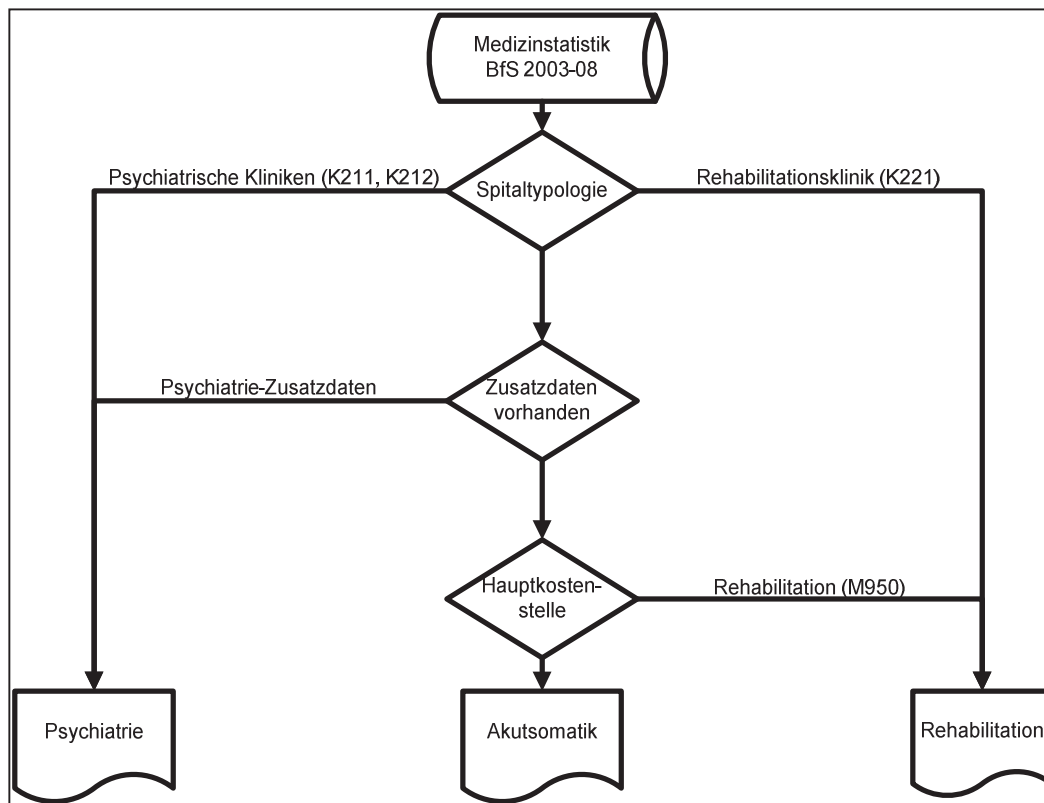
1.7 Generierung der Datensätze

Die stationären Fälle aus der Medizinischen Statistik⁴⁰ wurden in die drei Datensätze Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie aufgeteilt (vgl. Abbildung 27). Für die Selektion wurden die drei Variablen Spitaltypologie (BfS 0.0.v11), Zusatzdaten (BUR-Nummer⁴¹) und Hauptkostenstelle (BfS 1.3.v04) verwendet.

³⁹ Die Medizinische Statistik wurde für die ausgewählten Jahre mit dem Fallgewicht 5.1 erfasst. Für die gesamte Prognoserechnung wurde jedoch das Fallgewicht 6.0 angewendet. Aus diesem Grund mussten die Zürcher Daten von der Version 6.0 auf die Version 5.1 zurückgerechnet werden. Im Rahmen dieser Rückrechnung war es für rund drei Prozent der Fälle nicht möglich, die DRG der Version 6.0 auf die DRG Version 5.1 zurück zu führen. Bei diesen DRG wurde die mittlere Aufenthaltsdauer nicht verändert (Aufenthaltsdauer 2020 = Zürcher Aufenthaltsdauer 2008).

⁴⁰ Voraus werden „nicht-akutsomatische“ und „nicht-stationäre“ Fälle gelöscht. Die Fälle der Medizinischen Statistik müssen folgende Kriterien erfüllen, um berücksichtigt zu werden: Behandlungsart (1.2.V03) = 3, Psychiatrie-Zusatzdaten (0.3.V01) = 0, Statistikfall (0.1.V011) = A.

⁴¹ Das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) beinhaltet u.a. alle Institutionen im Gesundheitswesen. Die BUR-Nummer ist eine eindeutige, anonymisierte Identifikationsnummer.

Abbildung 27: Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Die Zuteilung der Fälle in den Datensatz Akutsomatik erfolgte nach dem Ausschlussprinzip. Als erstes wurden die Fälle der Psychiatrischen Kliniken separiert und dem Datensatz Psychiatrie zugewiesen. Das gleiche Verfahren wurde für den Datensatz der Rehabilitation durchgeführt. Diejenigen Daten, die Psychiatrie-Zusatzdaten enthielten, wurden dem Datensatz Psychiatrie zugewiesen. Schliesslich wurden alle Fälle mit der Hauptkostenstelle Rehabilitation (M950) dem Datensatz Rehabilitation zugewiesen. Die verbleibenden Fälle bilden den Datensatz Akutsomatik.

2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Aufbau der Datenquellen.....	16
Abbildung 2:	Herleitung der Patientenzahlen und Pflegetage 2020.....	19
Abbildung 3:	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	19
Abbildung 4:	Prognosemodell Aktusomatik	20
Abbildung 5:	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Glarus.....	22
Abbildung 6:	Bevölkerungsentwicklung unter Einbezug der Altersgruppe	23
Abbildung 7:	Entwicklung der Patientenzahl und der Pflegetage (alle Einwohner GL).....	35
Abbildung 8:	Veränderungsraten 2003 bis 2008	36
Abbildung 9:	Mittlere Aufenthaltsdauer bei Behandlung im Kanton Glarus.....	36
Abbildung 10:	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen	38
Abbildung 11:	Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen im Jahr 2008	40
Abbildung 12:	Prozentanteil an Wohnbevölkerung, Anzahl Fälle und Pflegetagen nach Altersgruppen im Jahr 2008	40
Abbildung 13:	Faktoren nach Altersgruppen 2008.....	42
Abbildung 14:	Häufigste Leistungsbereiche nach prozentualem Anteil Behandlungsort ausserkantonale.....	45
Abbildung 15:	Prozentual häufigste ausserkantonale behandelte Leistungsbereiche.....	46
Abbildung 16:	Verteilung der Fälle nach Kantonen.....	47
Abbildung 17:	Prozentualer Anteil der ausserkantonalen Behandlungen nach Kanton und Klinik/Spital (2008)	48
Abbildung 18:	Vergleich mittlere Szenarien CH- GL.....	51
Abbildung 19:	Prognostizierte mittlere Aufenthaltsdauer bis 2020.....	56
Abbildung 20:	Prognostizierte Veränderung der Pflegetage pro Leistungsbereich	58
Abbildung 21:	Entwicklung der Patientenzahl und der Pflegetage 2003 bis 2008.....	61
Abbildung 22:	Veränderungsraten 2003 bis 2008	62
Abbildung 23:	Entwicklung der Patientenzahl und der Pflegetage 2003 bis 2008.....	66
Abbildung 24:	Veränderungsraten 2003 bis 2008	67
Abbildung 25:	Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich ..	83
Abbildung 26:	Darstellung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern am Beispiel des Kantons Zürich	84
Abbildung 27:	Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.....	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Darstellungsebenen der Leistungen	17
Tabelle 2:	Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien	26
Tabelle 3:	Patienten nach Leistungsbereichen 2008	37
Tabelle 4:	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) und Fallschwere (CMI) nach Leistungsbereichen	39
Tabelle 5:	Analyse nach Altersgruppen aus dem Jahr 2008	41
Tabelle 6:	Die häufigsten Leistungsbereiche nach Altersgruppen im Jahr 2008	41
Tabelle 7:	Zu- und Abwanderung von Patienten aus dem Kanton Glarus im Jahr 2008	42
Tabelle 8:	ausserkantonale Behandlungen pro Leistungsbereich	43
Tabelle 9:	Häufigste Leistungsbereiche nach Anzahl Fälle (2008)	44
Tabelle 10:	Häufigste Leistungsbereiche ausserkantonale behandelt (2008)	45
Tabelle 11:	Abwanderung von Patienten in andere Kantone im Jahr 2008	46
Tabelle 12:	Ausserkantonale Behandlungen nach Kanton und Spital/Klinik (2008)	48
Tabelle 13:	Zuwanderung in den Kanton Glarus nach Leistungsbereichen im Jahr 2008	49
Tabelle 14:	Einfluss der demographischen Entwicklung	52
Tabelle 15:	Einfluss medizintechnischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020	53
Tabelle 16:	Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020	54
Tabelle 17:	Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauer 2020	54
Tabelle 18:	Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020	56
Tabelle 19:	Prognostizierter Bedarf 2020 nach fallstärksten Leistungsbereichen 2008	57
Tabelle 20:	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich	58
Tabelle 21:	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen	60
Tabelle 22:	Nachfragestruktur 2008	62
Tabelle 23:	Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020	63
Tabelle 24:	Entwicklung der rehabilitativen Fälle und Pflegetage an innerkantonalen Standorten	64
Tabelle 25:	Abwanderung an ausserkantonale Standorte von RehaClinic (2003-2008)	65
Tabelle 26:	Nachfragestruktur 2003 bis 2008	67
Tabelle 27:	Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020 (Variante 1)	68
Tabelle 28:	Prognostizierter Bedarf der Glarner Wohnbevölkerung 2020 (Variante 2)	68
Tabelle 29:	Fälle/ Pflegetage 2007 bis 2009 Psychiatrie Kantonsspital Glarus	70
Tabelle 30:	Hauptdiagnosen Psychiatrische Fälle Kantonsspital Glarus	70
Tabelle 31:	Nebendiagnosen ICD-10 Psychiatrische Fälle Kantonsspital Glarus	71
Tabelle 32:	Pädiatrische Hospitalisationen 2003 bis 2010	74
Tabelle 33:	Kostengutsprachen nach Spitälern/ Klinik (2009)	74
Tabelle 34:	Kostengutsprachen nach Spitälern/ Klinik (9 Monate 2010)	75
Tabelle 35:	Szenarienübersicht Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen	81
Tabelle 36:	Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	83

3 Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060*. Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik (BfS). (2008). *Krankenhausstatistik*.

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (EVD), Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT). (2010). *Bildung Pflegeberufe. Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone*. Bern: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie.

Jaccard Ruedin, H., & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wie viele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (obsan).

Seematter-Bagnoud et al. (2008). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Strukturbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012

- Akutsomatik

vom Regierungsrat mit Beschluss § 691 am 20. Dezember 2011 genehmigt

- Rehabilitation

vom Regierungsrat mit Beschluss § 548 am 4. Dezember 2012 genehmigt

- Psychiatrie

vom Regierungsrat mit Beschluss § 548 am 4. Dezember 2012 genehmigt

Vorwort zum Strukturbericht

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kanton Glarus bietet seiner Bevölkerung eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Dazu zählt die stationäre Spitalversorgung, welche ein breites Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie umfasst. Die Glarner Bevölkerung beanspruchte bisher knapp 25 Prozent der akutsomatischen, rund 40 Prozent der rehabilitativen sowie 50 Prozent der psychiatrischen Leistungen an ausserkantonalen Spitalstandorten. Zentrale Akteure im Kanton Glarus sind das Kantonsspital Glarus, welches rund 75 Prozent der akutsomatischen und rund 50 Prozent der stationären psychiatrischen Versorgung und RehaClinic, die an ihren innerkantonalen Standorten über 60 Prozent der rehabilitativen Fälle erbringen. Mit dem Leistungsauftrag in der landrätlichen Spitalverordnung ist es zu einem breiten medizinischen Versorgungsangebot verpflichtet. Um diese Leistungen sowohl in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht auf hohem Niveau und möglichst kostengünstig erbringen zu können, ist das Kantonsspital Glarus gehalten, kompetente Kooperationspartner an seiner Seite zu haben, die es nach besten Kräften bei seiner Aufgabe unterstützen. Mit der Änderung der Rechtsform in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft per 1. Juni 2011 ging die Kantonsspital Glarus AG (KSGL AG) deshalb gleichzeitig eine wegweisende Kooperation mit dem Kantonsspital Graubünden ein. Eine weitere wichtige Geschäftsbeziehung wird die KSGL AG mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden eingehen.

Mit der akutsomatischen Spitalliste 2012 erfolgt – wo aus fachlich-medizinischer Sicht sinnvoll und vertretbar – eine Konzentration der Leistungen beim Kantonsspital Glarus. Dieses wird unterstützt durch seinen Kooperationspartner. Ausserkantonal werden die erforderlichen medizinischen Leistungen nach Möglichkeit auf wenige, dafür spezialisierte Zentren konzentriert. Ein massgebender Faktor zur Erteilung eines Leistungsauftrags und damit zur Aufnahme eines Spitals auf die Glarner Spitalliste 2012 ist – nebst qualitativen und quantitativen Überlegungen – der zeitliche bzw. örtliche Zugang zu den Leistungen für die Glarner Bevölkerung.

Mit der Aufnahme einer Querschnittsleistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» kommt der Kanton in der Rehabilitation seiner Verpflichtung nach, den zunehmenden Anteil an betagten Menschen adäquat zu versorgen. Mit der Spitalliste 2012 «Rehabilitation» bietet RehaClinic der Glarner Bevölkerung ihre spezialisierten Rehabilitationsleistungen an allen ihren Standorten an. Damit erhalten die Glarner Kantonseinwohner erstmals die Gelegenheit, auch ohne Zusatzversicherung vom breiten Angebot von RehaClinic in den Kantonen Aargau, Zürich und Glarus zu profitieren.

In der stationären psychiatrischen Versorgung von Glarner Patienten verfügt der Kanton Glarus über langjährige und verlässliche Partnerschaften mit dem Psychiatrischen Zentrum Ausserrhoden in Herisau und mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden. Auf diese Partner möchte der Kanton Glarus auch zukünftig bauen. Die stationäre psychiatrische Versorgung von Glarner Kinder und Jugendlichen soll besser auf deren Bedürfnisse abgestimmt werden, indem mehr Anbieter auf die Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie» aufgenommen werden.

Der vorliegende Strukturbericht stützt sich massgebend auf die Erkenntnisse aus dem Versorgungsbericht des Projekts Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012. Gestützt auf diese Analyse wird im Strukturbericht eine Versorgungsplanung vorgenommen, auf deren Grundlage die Glarner Spitallisten 2012 erlassen werden. Sie bilden die verschiedenen Vereinbarungen (Leistungsaufträge) mit inner- und ausserkantonalen Spitälern – kurz das Spitalangebot für sämtliche stationären Spital-Leistungsbereiche – ab.

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass der Kanton Glarus mit den Glarner Spitallisten 2012 im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) bedarfsgerechte und kosteneffiziente Versorgungsstrukturen für die stationären Behandlungen seiner Bevölkerung aufweisen wird.

Glarus, im Dezember 2011 und November 2012

Dr. oec. Rolf Widmer, Regierungsrat
Departement Finanzen und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

A	ÜBERBLICK ÜBER DIE GLARNER SPITAL- UND REHABILITATIONSPLANUNG 2012	7
1	Akutsomatik	7
1.1	Ergebnisse Versorgungsbericht	7
1.2	Überblick Strukturbericht	7
2	Rehabilitation	8
2.1	Ergebnisse Versorgungsbericht	8
2.2	Überblick Strukturbericht	8
3	Psychiatrie	8
3.1	Ergebnisse Versorgungsbericht	8
3.2	Überblick Strukturbericht	9
4	Spitalfinanzierung	9
4.1	Leistungsfinanzierung	9
4.2	Investitionsbeiträge	9
4.3	Gemeinwirtschaftliche Leistungen	9
4.4	Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens	10
4.5	Universitäre Lehre und Forschung	10
B	AKUTSOMATIK	11
1	Leistungsgruppen	11
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppen	11
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppen	12
1.2.1	Entwicklung des Leistungsgruppenkonzeptes	12
1.2.2	Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG, CHOP- und ICD-Versionen	13
1.3	Leistungsgruppen im Überblick	13
1.3.1	Basispaket (BP)	13
1.3.2	Basispaket Elektiv (BPE)	14
1.4	Leistungsgruppenkonzept©	17
2	Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf	18
2.1	Einleitung	18
2.2	Nachfragestruktur 2009	18
2.3	Interkantonale Patientenmigration	18
2.4	Bedarfsentwicklung 2020	19
2.5	Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot	19
2.6	Interkantonale Koordination	21
2.7	Krankenhausvereinbarung der GDK Ost	21
3	Kriterien und Instrumente der Spitalplanung	21
3.1	Qualität	21
3.2	Wirtschaftlichkeit	22
3.3	Mengensteuerung	22
3.4	Leistungsaufträge	22
4	Evaluation	23
4.1	Einleitung	23
4.2	Generelle Anforderungen an Listenspitäler	23
4.2.1	Aufnahmepflicht	23
4.2.2	Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben	23
4.2.3	Qualitätsanforderungen	23
4.2.4	Wirtschaftlichkeitsanforderungen	24
4.2.5	Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist	25
4.3	Leistungsspezifische Anforderungen	25

4.3.1	Facharzt und Verfügbarkeit	25
4.3.2	Notfallstation	25
4.3.3	Intermediate Care und Intensivstation	26
4.3.4	Verknüpfte Leistungen	26
4.3.5	Tumorboard	26
4.3.6	Mindestfallzahlen	27
4.3.7	Sonstige Anforderungen	27
4.3.8	Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen	27
4.3.8.1	Anforderung an Basispakete	27
4.3.8.2	Pädiatrie und Kinderchirurgie	28
4.3.8.3	Kompetenzzentrum Akutgeriatrie	29
4.3.8.4	Kompetenzzentrum Palliative Care	29
4.3.8.5	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter	29
4.3.9	Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick	29
4.4	Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge	30
5	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot	30
5.1	Kantonaler Versorgungsauftrag der KSGL AG	31
5.2	Ablauf Bewerbungsverfahren	31
5.3	Prüfung der Anforderungen	32
5.3.1	Qualitätsanforderungen	32
5.3.2	Wirtschaftlichkeitsanforderungen	32
5.3.3	Aufnahmebereitschaft	32
5.3.4	Erreichbarkeit	33
6	Vernehmlassungsergebnisse	33
7	Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik»	33
C	REHABILITATION	35
1	Leistungsgruppen	35
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppen	36
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppen	36
1.3	Leistungsgruppen im Überblick	36
1.3.1	Rehabilitation Erwachsener	37
1.3.1.1	Muskuloskelettale Rehabilitation	37
1.3.1.2	Neurologische Rehabilitation	37
1.3.1.3	Rehabilitation Querschnittsgelähmter	37
1.3.1.4	Kardiovaskuläre Rehabilitation	37
1.3.1.5	Pulmonale Rehabilitation	38
1.3.1.6	Internistische-onkologische Rehabilitation	38
1.3.1.7	Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	38
1.3.1.8	Frührehabilitation	38
1.3.1.9	Geriatrische Rehabilitation	38
1.3.2	Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	39
1.3.2.1	Neurologische (inkl. neuro-orthopädische Rehabilitation)	39
1.3.2.2	Allgemeine pädiatrische Rehabilitation	39
1.3.2.3	Frührehabilitation	39
1.4	Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten	40
1.4.1	Ambulante Rehabilitation	40
1.4.2	Kurbehandlung	40
1.4.3	Palliative Care	40
1.4.4	Akut- und Übergangspflege	40
2	Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf	41
2.1	Einleitung	41
2.2	Nachfragestruktur 2010 und Entwicklung der Nachfrage zwischen 2008 - 2010	41
2.3	Bedarfsentwicklung 2020	44
3	Kriterien und Instrumente der Spitalplanung	44

3.1	Qualität	45
3.2	Wirtschaftlichkeit	45
3.3	Mengensteuerung	45
3.4	Leistungsaufträge	45
4	Evaluation	46
4.1	Einleitung	46
4.2	Generelle Anforderungen an Listenspitäler	46
4.2.1	Aufnahmepflicht	46
4.2.2	Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben	46
4.2.3	Qualitätsanforderungen	46
4.2.4	Wirtschaftlichkeitsanforderungen	47
4.2.5	Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist	47
4.3	Leistungsspezifische Anforderungen	47
4.3.1	Personalqualifikation	47
4.3.2	Notfalldienst	48
4.3.3	Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie	48
4.3.4	Infrastruktur	49
5	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot	49
5.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	49
5.2	Prüfung der Anforderungen	50
5.2.1	Qualitätsanforderungen	50
5.2.2	Wirtschaftlichkeitsanforderungen	50
5.2.3	Aufnahmebereitschaft	50
5.2.4	Erreichbarkeit	50
6	Vernehmlassungsergebnisse	50
7	Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation»	51
D	PSYCHIATRIE	52
1	Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung	53
1.1	Einschluss der ambulanten Versorgung	53
1.2	Versorgungsprinzipien und Planungsziele	53
2	Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf	54
2.1	Einleitung	54
2.2	Nachfragestruktur 2010 und Inanspruchnahme 2008 bis 2010	54
2.3	Bedarfsentwicklung 2020	56
3	Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie	56
3.1	Ambulant vor Stationär	56
3.2	Ausrichtung und Schwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	57
3.3	Ausrichtung und Schwerpunkte der Erwachsenenpsychiatrie	57
3.4	Substitutionspotential in der Erwachsenenpsychiatrie	58
3.5	Integration, Langzeitkranke, forensische Psychiatrie	58
3.5.1	Integration	58
3.5.2	Langzeitkranke	59
3.5.3	Forensische Psychiatrie	59
3.6	Finanzierungsmodell in der Psychiatrie	59
3.7	Geltende stationäre Leistungsaufträge	60
3.8	Leistungsgruppen und Angebote in der Psychiatrie	60
4	Kriterien und Instrumente der Spitalplanung	60
4.1	Qualität	60
4.2	Wirtschaftlichkeit	61
4.3	Mengensteuerung	61
5	Evaluation	61

5.1	Evaluationskriterien	61
5.1.1	Generelle Qualitätsanforderungen	61
5.1.2	Spezifische Qualitätsanforderungen	62
5.1.3	Wirtschaftlichkeit	62
5.1.4	Erreichbarkeit	63
6	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot	63
6.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	63
6.2	Prüfung der Anforderungen	64
6.2.1	Qualitätsanforderungen	64
6.2.2	Wirtschaftlichkeitsanforderungen	64
6.2.3	Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit	64
7	Vernehmlassungsergebnisse	64
8	Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie»	65
E	ANHANG	66
	Abbildungsverzeichnis	66
	Tabellenverzeichnis	66
	Literaturverzeichnis	66

A Überblick über die Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012

Der Strukturbericht ist das Resultat der zweiten und letzten Planungsetappe der Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012. Er stützt sich auf die Erkenntnisse des Versorgungsberichts und bildet mit seinen integrierten Spitallisten 2012 «**Akutsomatik**», «**Rehabilitation**» und «**Psychiatrie**» den prognostizierten Bedarf an Spitalleistungen strukturell ab. Nachfolgend sind die massgeblichen Erkenntnisse aus dem Versorgungsbericht der Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 für die vorgenannten drei Bereiche kurz zusammengefasst:

1 Akutsomatik

1.1 Ergebnisse Versorgungsbericht

Die Anzahl hospitalisierter Glarner ist von 3'732 Fällen im Jahr 2003 um rund 55 Prozent auf 5'765 Fälle im Jahr 2008 gestiegen. Verschiedene Einflüsse sind dafür verantwortlich, wie zum Beispiel die demografische Altersverschiebung sowie Veränderungen bei der Falldefinition und Fallkodierung. Die Anzahl der Pflgetage ist von 28'990 Tagen im Jahr 2003 auf 46'650 Tage im Jahr 2008 gestiegen, was sich einerseits durch eine Erhöhung der Hospitalisationsrate von 969 auf 1'502 pro 10'000 Einwohner und andererseits durch eine Erhöhung der mittleren Aufenthaltsdauer im genannten Zeitraum erklären lässt.

In der Prognose wurden die voraussichtlichen demografischen, medizintechnologischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt. Da die zukünftigen Entwicklungen nicht genau bestimmt werden können, wurden drei verschiedene Szenarien erstellt. Im wahrscheinlichsten Szenario (Bundesamt für Statistik [BfS]: Szenario «Trend») wird eine Zunahme der Patienten um neun Prozent und eine Abnahme der Pflgetage um 13 Prozent bis 2020 prognostiziert. Der wichtigste Grund für die prognostizierte Zunahme der Patienten ist die erwartete demografische Alterung der Glarner Bevölkerung. Die demgegenüber stehende Abnahme der Pflgetage ist auf die prognostizierte Abnahme der Aufenthaltsdauern, unter anderem aufgrund der Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG¹, zurückzuführen.

1.2 Überblick Strukturbericht

Die stationäre Gesundheitsversorgung des Kantons Glarus umfasst ein breites Angebot der erweiterten akutsomatischen Grundversorgung. In der nachfolgend fokussierten stationären akutsomatischen Gesundheitsversorgung der Glarner Bevölkerung werden knapp 25 Prozent der Leistungen von ausserkantonalen Spitälern erbracht, weil insbesondere in spezialisierten Bereichen kein entsprechendes innerkantonales Angebot zur Verfügung steht. Es ist der politische Wille, eine integrierte, qualitativ gute und konzentrierte Spitalversorgung für die Glarner Bevölkerung zu gewährleisten. Um diese Voraussetzung erfüllen zu können, erteilte der Landrat dem Kantonsspital Glarus mit der Verordnung über das Kantonsspital Glarus vom 18. August 2010 (Spitalverordnung) einen Leistungsauftrag zur erweiterten Grundversorgung, der eine Vielzahl medizinischer Pflichtleistungen beinhaltet. Um diese Leistungen sowohl in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht auf hohem Niveau und möglichst kostengünstig erbringen zu können, ist das Kantonsspital Glarus gehalten, kompetente Kooperationspartner an seiner Seite zu haben, die es nach besten Kräften in seinem Bestreben unterstützen.

Mit der akutsomatischen Spitalliste 2012 wird – wo aus fachlich-medizinischer Sicht sinnvoll und vertretbar – eine Konzentration der Leistungen beim Kantonsspital Glarus vorgenommen. Ausserkantonale werden die medizinisch und bedarfsmässig erforderlichen Leistungen nach Möglichkeit in wenigen spezialisierten Zentren konzentriert.

¹ SwissDRG steht für die für die Schweiz angepassten Diagnosis Related Groups bzw. diagnosebezogenen Fallgruppen.

Ein massgebender Faktor zur Erteilung eines Leistungsauftrags und damit zur Aufnahme eines Spitals auf die akutsomatische Glarner Spitalliste 2012 ist, nebst qualitativen und quantitativen Überlegungen, der zeitliche bzw. örtliche Zugang der Glarner Bevölkerung zu den Leistungen.

Gestützt auf die Bedarfsanalyse des Versorgungsberichts wurde im vorliegenden Strukturbericht eine Versorgungsplanung vorgenommen, auf deren Grundlage die akutsomatische Spitalliste 2012 erlassen wird. Die Spitalliste 2012 bildet die verschiedenen Vereinbarungen (Leistungsaufträge) mit inner- und ausserkantonalen Spitälern – kurz das Spitalangebot für sämtliche stationären akutsomatischen Spital-Leistungsbereiche – ab. Sie trat am 1. Januar 2012 in Kraft.

2 Rehabilitation

2.1 Ergebnisse Versorgungsbericht

Im Jahre 2008 wurden an schweizerischen Rehabilitationskliniken insgesamt rund 346 Glarner Kantonseinwohner stationär behandelt. Sie beanspruchten rund 8'820 Pflegetage, was einer mittleren Aufenthaltsdauer von 25,5 Tagen entspricht. Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 67 Jahre alt, mehr als 70 Prozent der Fälle waren über 60 Jahre alt, während ihr Anteil an der gesamten Glarner Wohnbevölkerung 23 Prozent ausmachte.

In der Prognose wurden wiederum, die voraussichtlichen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt und drei Szenarien erstellt. Im wahrscheinlichsten Szenario wird eine Zunahme der Patienten um 12 Prozent und eine etwas geringere Zunahme der Pflegetage um 2,5 Prozent bis 2020 prognostiziert. Bei der Rehabilitation lässt sich anmerken, dass es sich insgesamt um sehr kleine Fallmengen handelt, zu denen sich kaum verlässliche Trendaussagen machen lassen. Der wichtigste Grund für die prognostizierte Zunahme der Patienten liegt in der zu erwartenden demografischen Alterung der Glarner Bevölkerung.

2.2 Überblick Strukturbericht

Rund 60 Prozent der stationären Rehabilitationsfälle werden von RehaClinic an ihren Standorten Glarus oder Braunwald erbracht. Sie ist demzufolge eine wichtige Akteurin der Glarner Spitalversorgung, die auch in Zukunft einen Grossteil der rehabilitativen Leistungen abdecken wird. Ein massgebender Faktor zur Erteilung eines Leistungsauftrags und damit zur Aufnahme eines Spitals auf die Glarner Spitalliste 2012 ist, nebst qualitativen und quantitativen Überlegungen, der Zugang zu den Leistungen der Glarner Bevölkerung in zeitlicher und örtlicher Hinsicht.

Gestützt auf die Bedarfsanalyse des Versorgungsberichts wurde auch hier eine Versorgungsplanung vorgenommen und die Spitalliste 2012 «Rehabilitation» festgelegt. Die Spitalliste «Rehabilitation» tritt per 1. Januar 2013 in Kraft.

3 Psychiatrie

3.1 Ergebnisse Versorgungsbericht

Im Jahr 2008 wurden in psychiatrischen Institutionen in der Schweiz insgesamt 350 Glarner Kantonseinwohner stationär behandelt. Pro 10'000 Kantonseinwohner (Hospitalisationsrate, HR/10'000 EW) beanspruchten rund 90 Personen einen Aufenthalt in einer stationären Psychiatrieeinrichtung (davon 52 Personen in ausserkantonalen Institutionen). In den Jahren 2009 und 2010 sank die Hospitalisationsrate in der Psychiatrie insgesamt auf 78 resp. 77 Patienten je 10'000 Kantonseinwohner.

In der Prognose wurden auch hier die voraussichtlichen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 berücksichtigt und drei Szenarien erstellt. Im wahrscheinlichsten Szenario wird eine Abnahme der Patienten um -6,4 Prozent und eine erhebliche Abnahme der Pflegetage um -36,5 Prozent bis 2020 prognostiziert. Auch bei der Psychiatrie ist anzumerken, dass es sich insgesamt um kleine Fallmengen handelt, zu denen sich kaum verlässliche Trendaussagen machen lassen.

Wichtigste Voraussetzung, um die prognostizierte Abnahme der Patientenzahlen mittelfristig erreichen zu können, ist der Aufbau nachhaltiger und wirkungsvoller Substitutionsangebote.

3.2 Überblick Strukturbericht

Rund 50 Prozent resp. 160 der insgesamt 300 stationären Psychriefälle im Jahr 2010 wurden vom Kantonsspital Glarus behandelt. Mit einem Anteil von 16 resp. 18 Prozent tragen das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZH) sowie die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) ebenfalls massgebend zur psychiatrischen Versorgung der Glarner Bevölkerung bei.

Auch im Bereich der Psychiatrie wurde gestützt auf die Bedarfsanalyse des Versorgungsberichts vorliegend eine Versorgungsplanung vorgenommen und die Spitalliste 2012 «Psychiatrie» festgelegt. Die Spitalliste «Psychiatrie» tritt per 1. Januar 2013 in Kraft.

4 Spitalfinanzierung

4.1 Leistungsfinanzierung

Die Abgeltung der vereinbarten Leistungen erfolgt nach einer national einheitlichen Tarifstruktur. Diese ist vom Bundesrat auf Antrag zu genehmigen und wird von der SwissDRG AG – einer gemeinsam von den Versicherern, Spitälern und Kantonen beauftragten Fachorganisation – schweizweit gepflegt und weiterentwickelt. Vorgesehen sind leistungsbezogene Pauschalen vom Typus DRG für die Akutsomatik und die Frührehabilitation. Tarifmodelle für die Abgeltung der Rehabilitation und der Psychiatrie sind in Erarbeitung. Das neue Tarifsysteem soll die Transparenz und die Vergleichbarkeit fördern. Mit der Implementierung des vom KVG geforderten leistungsbezogenen Vergütungssystems kann im Rehabilitations- und Psychiatriebereich frühestens im Jahr 2014 gerechnet werden.

Mit der Einführung leistungsbezogener Tarife wird das Kostenerstattungssystem durch ein Preissystem ersetzt. Wie hoch die Kosten eines einzelnen Leistungserbringers sind, spielt deshalb zukünftig nur noch eine untergeordnete Rolle. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Leistungen zu konkurrenzfähigen Kosten zu erbringen. Der Wettbewerb führt tendenziell dazu, dass nur noch Leistungen angeboten werden, die der Leistungserbringer effizient und kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter scheiden in einem Preiswettbewerb langfristig aus.

4.2 Investitionsbeiträge

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen für stationäre Behandlungen beinhalten neu auch die Anlagenutzungskosten (Investitionen). Der Kanton beteiligt sich somit neu direkt (über die Subjektfinanzierung der Spitalbehandlungen seiner Einwohner) an den Investitionskosten aller Listenspitäler. Aus finanziellen und versorgungstechnischen Gründen hat der Kanton hinsichtlich des innerkantonalen Kantonsspitals ein besonderes Interesse an einer langfristigen und im Sinn des Leistungsauftrags ausgeführten Investitionsplanung. Das Kantonsspital hat deshalb eine auf die langfristige Erfüllung des Leistungsauftrages ausgerichtete Investitionsplanung zu erstellen und diese im Rahmen der Überprüfung des Leistungsauftrages resp. der Budgetverhandlungen offenzulegen. Die übrigen Listenspitäler (ausserkantonal) sind von dieser Verpflichtung ausgenommen.

4.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Im KVG wird neu nur noch zwischen ambulanten und stationären Behandlungen unterschieden. Da damit im teilstationären Bereich (Tages-, Nachtangebote) nur noch die ambulante Einzelleistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird, resultieren hier nicht gedeckte Kosten.

Aus gemeinwirtschaftlichen Leistungen im stationären Spitalbereich resultieren gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie für Forschung und universitäre Lehre. Diese Kosten sind in der leistungsorientierten Finanzierung mittels Fallpauschalen nicht berücksichtigt.

In der Spitalverordnung legt der Landrat diejenigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen fest, welche die KSGL AG im Rahmen der Grundversorgung anzubieten hat. Diese gemeinwirtschaftlichen Leistungen entschädigt der Kanton der KSGL AG unabhängig von der leistungsorientierten Spitalfinanzierung unter Vorbehalt der Budgetgenehmigung durch den Landrat auf der Grundlage der Leistungsvereinbarung zwischen dem Regierungsrat und der KSGL AG.

4.4 Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens

Die Beteiligung der Leistungserbringer an der Ausbildung im universitären und nicht-universitären Bereich ist so zu gestalten, dass mittelfristig die Versorgungssicherheit in Spitälern, der Spitex und in Pflegeheimen im Kanton gewährleistet ist. Das Angebot ist zu koordinieren. Finanzielle Beiträge des Kantons an die Kosten für die Ausbildung und die Forschung, die nicht durch die Spitalfinanzierung gemäss KVG (DRG, Tagespauschalen) abgedeckt werden, sind im Rahmen der Leistungsvereinbarung zwischen der KSGL AG und dem Kanton als gemeinwirtschaftliche Leistungen festzulegen; Beitragsleistungen sind in diesem Fall möglich.

Für Kostenbeteiligungen an die Ausbildungen im universitären oder nicht-universitären Bereich anderer (ausserkantonalen) Spitäler verfügt der Kanton Glarus über keine gesetzliche Grundlage, womit solchedemzufolge als freie Ausgaben zu taxieren wären. Die in der Kantonsverfassung festgelegten Finanzkompetenzen gelten diesbezüglich sinngemäss.

4.5 Universitäre Lehre und Forschung

Leistungen für universitäre Lehre und Forschung können, basierend auf einem entsprechenden Leistungsauftrag, separat abgegolten werden, soweit sie nicht anderweitig finanziert werden. Als Kosten der universitären Lehre gelten Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung von Studierenden eines Medizinalberufes (gemäss Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006, MedBG) bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie Aufwendungen für die entsprechende Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

Die Löhne der im Spital tätigen Assistenzärztinnen und -ärzte gemäss KVG sind Teil der Betriebskosten des Spitals und werden mit den Fallpauschalen abgegolten. Die definitive Abgrenzung ist schweizweit einheitlich im Rahmen der Auslegung der nationalen Tarifstruktur resp. allfälliger Zusatzvereinbarungen zur Tarifstruktur vorzunehmen.

B Akutsomatik

Der Begriff «Akutsomatik» ist im KVG nicht aufgeführt. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird im vorliegenden Strukturbericht unter dem Begriff der Akutsomatik die stationäre Behandlung einer körperlichen Krankheit oder eines Unfalls verstanden. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose gestellt und/oder eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist.

Unter die vorliegende Planung fallen weder psychische Krankheiten noch die medizinische Rehabilitation. Für diese beiden Bereiche werden eigenständige Versorgungsplanungen (Berichtsteile C und D) konzipiert.

Im ersten Kapitel des vorliegenden Berichtsteils B «Akutsomatik» wird das Konzept der Leistungsgruppen dargelegt. Im zweiten Kapitel wird gestützt auf die Erkenntnisse des Versorgungsberichtes der Leistungsbedarf der Glarner Bevölkerung und die Prognose für das Jahr 2020 dargestellt. Kapitel 3 erläutert die Kriterien und Instrumente der Spitalplanung. Kapitel 4 konkretisiert das Evaluationsverfahren und das Leistungsangebot der Bewerber und in Kapitel 5 werden Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot näher beschrieben. Nach einer Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse in Kapitel 6 wird in Kapitel 7 auf die Spitalliste 2012 «Akutsomatik» verwiesen. In den Anhängen des Gesamtberichts finden sich neben Abbildungs-, und Tabellenverzeichnisse Tabellen zum Glarner Patientenaufkommen 2009 in den akutsomatischen Kliniken (Tab. 17), das Leistungsgruppenkonzept² (Tab. 18) sowie die Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik» (Tab. 19).

1 Leistungsgruppen

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifisch. Damit Leistungsaufträge eindeutig definiert sind, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifizierungskriterien basieren. Da die heute gebräuchlichen Klassifizierungssysteme aber zwischen Tausenden von medizinischen Leistungen unterscheiden, sind sie als Basis für Leistungsaufträge zu detailliert und zu unübersichtlich. Die medizinischen Leistungen müssen deshalb zu sinnvollen Leistungsgruppen gebündelt werden. Idealerweise sollten diese Leistungsgruppen direkt vergeben werden können und eine Einteilung der Spitäler in Versorgungsstufen (z. B. Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung) überflüssig machen.

1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- *Medizinisch sinnvolle Einheiten bilden*
Medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- *Mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein*
Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen müssen im Spitalalltag praktikabel sein. Diverse Klassifikationssysteme berücksichtigen dies zu wenig, so auch das weitverbreitete und den DRG zugrunde liegende Klassifikationssystem der MDC². So werden beispielsweise Behandlungen an der weiblichen Brust in den MDC unter Dermatologie eingeteilt.

² MDC = Major Diagnostic Category (Hauptkategorien im DRG-System)

- *Klar und eindeutig definiert sein*
Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe sollten deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen der Diagnose- (ICD), Behandlungs- (CHOP) oder Fallpauschalencodierung (DRG) eindeutig bestimmt sein.
- *Leistungen ähnlicher Komplexität zusammenfassen*
Auflagen wie Infrastrukturvoraussetzungen oder Mindestfallzahlen sind nur bei bestimmten komplexen medizinischen Leistungen sinnvoll. Aus diesem Grund sollten Leistungsgruppen nur Leistungen mit ähnlicher medizinischer Komplexität zusammenfassen. Dies ermöglicht es, die Leistungsgruppen mit den jeweils passenden Auflagen zu versehen.

1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

Es existieren eine Reihe von Klassifizierungssysteme für medizinische Leistungen wie beispielsweise MDC, G-APDRG³ und GAA⁴. Da diese aber für andere Zwecke entwickelt wurden, erfüllen sie die oben genannten Anforderungen lediglich teilweise. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zusammen mit über 100 Fachärzten von rund 20 Zürcher Spitälern eine neue Leistungsgruppierung entwickelt. Dabei wurden die 27 Leistungsbereiche des Versorgungsberichts in rund 125 Leistungsgruppen aufgeteilt.

Die Bildung der Leistungsgruppen wurde auf der Basis der APDRG⁵ sowie Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) vorgenommen. Dabei können die folgenden drei Etappen unterschieden werden:

1.2.1 Entwicklung des Leistungsgruppenkonzeptes

In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob APDRGs den Leistungsgruppen zugeteilt werden könnten oder diese aufzuteilen wären. Die Homogenität der APDRGs erwies sich in der Folge als zu gering um generell zuzuordnen. Dies, weil DRGs in erster Linie gleich kostenintensive und nicht medizinisch gleich komplexe Leistungen zusammenfassen. Gestützt auf diese Erkenntnis wurden die Leistungsgruppen meistens auf Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungs- (CHOP) gebildet.

In einem zweiten Schritt beurteilten Fachexperten unter der Leitung der Gesundheitsdirektion Zürich die Leistungen bezüglich der Komplexität der Diagnostik und der Behandlung, der benötigten Infrastruktur, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der notwendigen zeitlichen Verfügbarkeit des Fachpersonals. Schliesslich wurden die Leistungen innerhalb des gleichen Leistungsbereichs mit denselben Anforderungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Resultat dieses Prozesses waren rund 150 provisorische Leistungsgruppen mit den dazugehörigen Anforderungen.

Nach einer vertieften Überprüfung der provisorischen Leistungsgruppen durch Fachärzte konnten sie nochmals überarbeitet werden. Das detaillierte Vorgehen ist dem Strukturbericht des Kantons Zürichs⁶ zu entnehmen. Als Ergebnis der Überarbeitung resultierten 145 Leistungsgruppen mit leistungsspezifischen Anforderungen. Von 145 Leistungsgruppen sind 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung zuzurechnen. Um eine umfassende, leistungsübergreifende Grundversorgung sicherzustellen, wurden schliesslich diese 20 Grundversorgungs-Leistungsbereiche in einer Leistungsgruppe «Basispaket» vereint (vgl. dazu Kapitel 1.3.1 und 4.3.8.1).

³ R. Krüger und M. J. Lenz (2004): G-APDRG: Ein synthetisches Beschreibungsinstrument der Krankenhausleistungen, entwickelt auf der Grundlage der französischen G-GHM. In: 5. Deutsche Casemix-Konferenz, Konferenzdokumentation 2004: 254-264.

⁴ Chale, Jean-Jacques et al., Les GAA / APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

⁵ APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle.

⁶ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht.. September 2011. Kap. 1.

Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen

Alle Fälle werden mit einem Algorithmus eindeutig einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BfS. Vereinzelt werden auch DRGs (SwissDRG Version 1.0) für die Zuteilung verwendet.

Bei Fällen, die aufgrund ihrer Codierung in mehrere Leistungsgruppen zugeteilt werden könnten, erfolgt die Zuteilung anhand einer im Algorithmus festgelegten Hierarchie der Leistungsgruppen. In der Regel gilt: je komplexer die Leistungen sind, desto höher in der Hierarchie sind die Leistungsgruppen angesiedelt. Beispielsweise sind die Leistungsgruppen, die von der Interkantonalen Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) betroffen sind, zuoberst in der Hierarchie. Somit wird jeder Fall, der eine CHOP- oder ICD-Codierung aus einer IVHSM-Leistungsgruppe aufweist, unabhängig der übrigen Codierung immer einer IVHSM-Leistungsgruppe zugeteilt.

Die Definition und die Dokumentation des aktuellen Grouper-Algorithmus (Version 2.0) sind im Internet detailliert dokumentiert.⁷

1.2.2 Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG, CHOP- und ICD-Versionen

Ab 2012 werden alle Schweizer Spitalbehandlungen (Akutsomatik) mit dem neuen Fallpauschalensystem SwissDRG abgerechnet. Das bisher vielerorts verwendete APDRG-System verliert damit seine Bedeutung in der Schweiz. Es ist deshalb nötig, das Leistungsgruppensystem auf seine Kompatibilität mit SwissDRG zu prüfen und wo nötig anzupassen. Eine vollständige Übersetzung der Leistungsgruppen in SwissDRG ist dabei nicht notwendig, da die Leistungsgruppen primär auf der Basis von CHOP- und ICD-Codes und nur in wenigen Bereichen auf der Basis von APDRG erarbeitet wurden.

Die Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG erfolgt schrittweise durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Sobald eine neue Version von SwissDRG publiziert ist, wird das Leistungsgruppenkonzept[©] der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich daran angepasst. Auch in Zukunft – nach 2012 – wird das Leistungsgruppenkonzept[©] regelmässig zu überprüfen und bei Bedarf an medizinische Entwicklungen und die zugrunde gelegten Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) anzupassen sein.

1.3 Leistungsgruppen im Überblick

Zwei besondere Leistungsgruppen sind das Basispaket (BP) und das Basispaket Elektiv (BPE), da sie die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen darstellen (s. Abbildung 1). Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit Notfallstationen und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket Elektiv ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und über keine Notfallstation verfügen.

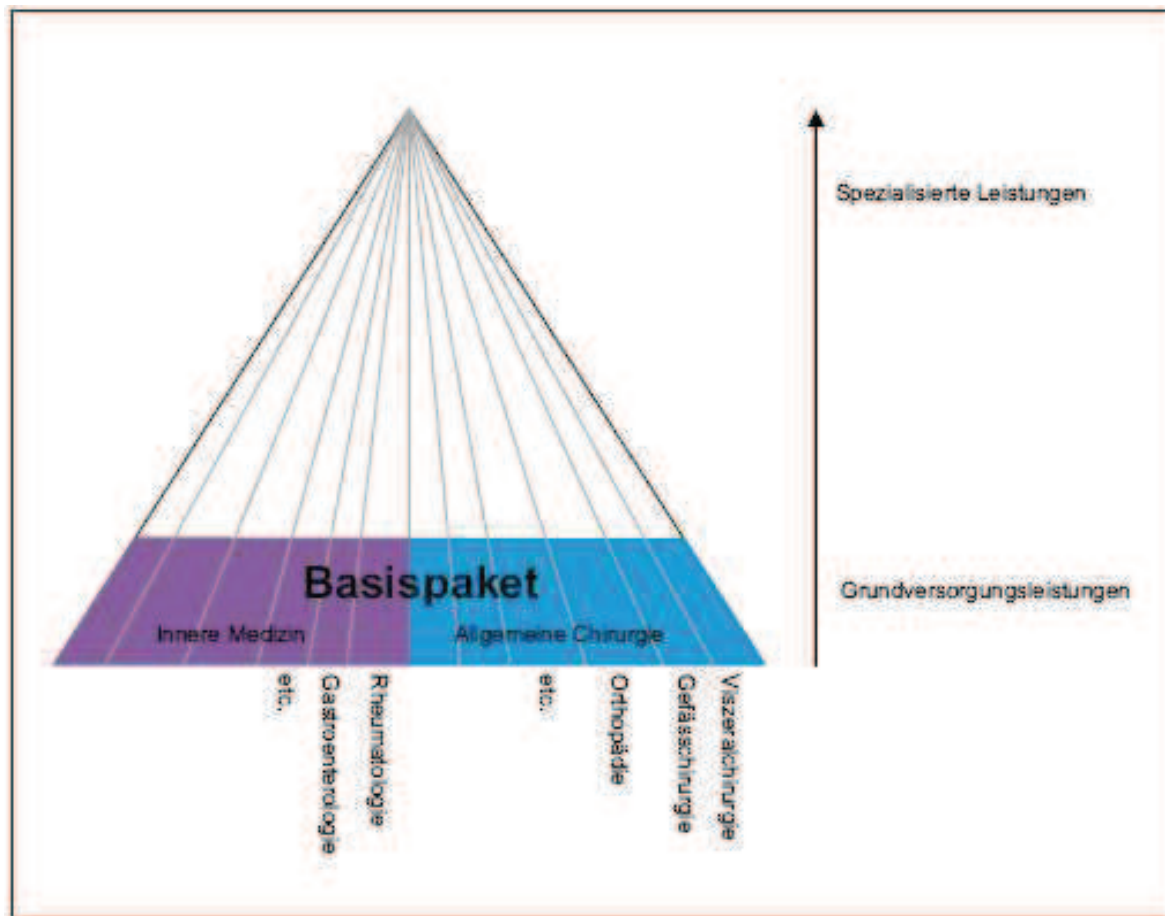
1.3.1 Basispaket (BP)

Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht.

Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann.

⁷ www.gd.zh.ch/strukturbericht

⁸ Entwickelt von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Abbildung 1 Basispaket als Grundlage für Leistungsaufträge

1.3.2 Basispaket Elektiv (BPE)

Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt.

Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem Basispaket Elektiv können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Bereichen Ophtalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Orthopädie/Rheumatologie, Gynäkologie und Urologie.

Eine Übersicht über alle Leistungsgruppen ist Tabelle 1 zu entnehmen:

Tabelle 1 Übersicht über die Leistungsgruppen

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	
	Kürzel	Bezeichnung
Grundversorgung		
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Nervensystem & Sinnesorgane		
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten

Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädel-basischirurgie)
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
	KIE	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit, provisorisch)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbitaprobleme
	AUG1.3	Lid-/Tränenapparat- und plastische Probleme
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
	AUG1.5	Glaukom
	AUG1.6	Katarakt
	AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme
Innere Organe		
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)

Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator/Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik/Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
	PNE2	Polysomnographie
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie und Pneumonektomie)
	THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen Solider Organe	TPL1	Transplantationen Solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat		
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
	BEW2	Orthopädie
	BEW3	Handchirurgie
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
	BEW5	Arthroskopie des Knies
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Knochentumore
	BEW10	Plexuschirurgie
	BEW11	Replantationen
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie & Geburtshilfe		
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität

Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34 SSW und $\geq 2000g$)
	NEO1.1	Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Übrige		
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie
	RAO1	Radio-Onkologie
	NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)
Querschnittsbereiche		
	KINM	Kindermedizin
	KINC	Kinderchirurgie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter

© Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Alle Leistungsgruppen sind auf der Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungscodes (CHOP) sowie DRG eindeutig definiert. Die den Leistungsgruppen zugeordneten DRG, CHOP- und ICD-Codes sind auf der Homepage des Kantons Glarus ersichtlich.⁹

1.4 Leistungsgruppenkonzept©

Die Bildung der Leistungsgruppen mit Auflagen ist eine aufwendige Arbeit, die nicht jeder Kanton alleine leisten kann und muss. Wie die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in ihrem Strukturbericht ausführt, können die Leistungsgruppen grundsätzlich inklusive der Auflagen von allen Kantonen übernommen werden. Da die Leistungsgruppen primär auf einer medizinischen Beurteilung unabhängig von spezifischen Kantonsstrukturen basieren, ergeben die Leistungsaufträge auf der Basis der Leistungsgruppen eine sinnvolle Versorgungsstruktur. Mit der Leistungsgruppenkonzeption besteht ein Instrument für eine leistungsorientierte und effiziente Spitalplanung.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz hat das vorerwähnte Leistungsgruppenkonzept© geprüft und den Kantonen empfohlen, dieses im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung und ebenso bei der Formulierung der Leistungsaufträge für Listenspitäler anzuwenden. Auch die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorgeschlagenen und medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen wurden den Kantonen zur Übernahme empfohlen. Nur in versorgungsspezifischen und begründeten Ausnahmefällen sollte davon abgewichen werden.

Für den Kanton Glarus macht eine separate, auf einer anderen Grundlage abgestützte Spitalplanung keinen Sinn. Gestützt auf die bereits von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ermittelten Bedarfsdaten im Versorgungsbericht entschied sich das vorbereitende Departement Finanzen und Gesundheit deshalb, die empfohlene Systematik aufzunehmen und die Glarner Spitalplanung 2012 im Bereich der Akutsomatik darauf aufzubauen.

⁹ http://www.gl.ch/documents/CHOP_ICD_Verzeichnisse_Version_2.0.xls

2 Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf

2.1 Einleitung

Die Grundlagen der stationären Bedarfsplanung sind im Versorgungsbericht festgehalten. Für die Akutsomatik wird eine rein leistungsorientierte Planung durchgeführt. Für die Zuteilung des prognostizierten Bedarfs an die Leistungserbringer sind die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58a bis 58e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) massgebend. Die Kantone sind gemäss KVG verpflichtet, ihre Planung interkantonal zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Mangels Präzisierungen insbesondere zu Qualität und Wirtschaftlichkeit und den für die Messung und Vergleichbarkeit anzuwendenden Instrumente durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird für die Glarner Spitalplanung und die Spitalliste 2012 keine absolute Vergleichbarkeit angestrebt. Vielmehr wird insbesondere auf eine Konzentration der Leistungsaufträge zwecks Förderung der Gesamtversorgungsqualität geachtet. Bezüglich Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung wird der Fokus auf ein mit den GDK-Ost-Kantonen¹⁰ methodisch abgestimmtes Vorgehen gelegt.

2.2 Nachfragestruktur 2009

Siehe Tabelle 17 «Glarner Patienten an Kliniken 2009» im Anhang.

2.3 Interkantonale Patientenmigration

Rund 24 Prozent der in einem Spital zu behandelnden Glarner Kantonseinwohner resp. 4 Prozent der Glarner Wohnbevölkerung werden ausserkantonal behandelt (Abwanderung; 1'391 Fälle). Demgegenüber steht ein Anteil von 76 Prozent von Glarnerinnen und Glarnern, die am Kantonsspital Glarus stationär behandelt werden. Dies entspricht einem Anteil von 12 Prozent der Kantonsbevölkerung. Mit anderen Worten beanspruchen rund 16 Prozent der Glarner Wohnbevölkerung jährlich stationäre Spitalleistungen.

Die Zuwanderung ausserkantonomer oder gar ausländischer Patienten liegt demgegenüber im Jahr 2009 bei rund 391 Fällen. Es handelt sich damit um eine Nettowanderung aus dem Kanton Glarus in andere Kantone (negative Nettowanderung). Dies vermag jedoch nicht zu erstaunen, befinden sich doch Zentrums-, Universitäts- und spezialisierte Spitäler – an die Glarner Patienten aus medizinischen Gründen zugewiesen werden müssen – ausserhalb des Kantons.

Tabelle 2 Zu- und Abwanderung von Patienten in den/aus dem Kanton Glarus 2009

	ZH	SG	GR	SZ	andere Kantone	Ausland	Gesamt
Abwanderung	727	277	200	53	134		1'391
Zuwanderung	83	155	8	45	63	37	391
Nettowanderung	-644	-122	-192	-8	-71	37	-1'000

Tabelle 2 zeigt, in welchen Kantonen sich die Glarner 2009 behandeln liessen (Abwanderung) und aus welchen Kantonen sie an das Kantonsspital Glarus kamen (Zuwanderung). Wie Tabelle 17 (Anhang) verdeutlicht, liessen sich Glarner Patienten im Jahr 2009 ausserkantonal am häufigsten im Kanton Zürich (52 Prozent) behandeln. Die meisten der ausserkantonalen Spitalbehandlungen von Glarner Patienten (18 Prozent) fanden am Universitätsspital Zürich statt. An zweiter Stelle stand das Kantonsspital Graubünden mit 12 Prozent aller ausserkantonalen Behandlungen. Ebenfalls erhöhte Fallzahlen von Glarner Patienten wiesen das Stadtsptial Triemli und das Kantonsspital St. Gallen (KSSG) auf.

¹⁰ Kantone AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG und ZH

Die hohen Fallzahlen am Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Graubünden und Stadtsptal Triemli lassen sich insbesondere damit erklären, dass der Kanton Glarus (oder das Kantonsspital Glarus) bislang (bis 31.12.2011) mit diesen Institutionen entsprechende Spitalabkommen abgeschlossen hatte, welche die medizinische Versorgung der Glarner Einwohner für spezialisierte medizinische Fachgebiete sicherstellen.

2.4 Bedarfsentwicklung 2020

Basierend auf der Nachfrage 2008 wurde im Versorgungsbericht der medizinische Bedarf 2020 unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen prognostiziert. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird das Wichtigste zusammengefasst. Auf eine detaillierte Darstellung der Entwicklung wird hier aber verzichtet resp. auf den Versorgungsbericht verwiesen.

Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann, beziehungsweise verschiedene Meinungen über Entwicklungen bestehen, wurden im Versorgungsbericht Prognosen für drei Szenarien erstellt. Als plausibelstes Szenario steht das Hauptszenario im Zentrum des Versorgungs- und Strukturberichtes (vgl. Versorgungsbericht, C, Kap. 2.4).

Im Hauptszenario des Versorgungsberichts wird für das Jahr 2020 von einer Fallzunahme von +3,6 Prozent ausgegangen. Dieser Wert befindet sich innerhalb der szenarienspezifischen Bandbreite von -0,2 Prozent (Minimalszenario) bis +8,8 Prozent (Maximalszenario, vgl. Versorgungsbericht, D, Kap. 7.1, Tab. 18).

Das Departement geht von einer Bedarfszunahme zwischen dem Minimal- und dem Hauptszenario aus (-0,2 – 3,6% Fallzunahme). Eine überdurchschnittliche Fallzunahme (+3,6 – 8,8 Prozent, d.h. zwischen Haupt- und Maximalszenario erscheint in Anbetracht der vermehrten Substitution durch ambulante medizinische Leistungen sowie infolge des medizintechnischen Fortschritts nicht realistisch. Unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, die für den Kanton Glarus von einem bis 2020 nur geringfügig steigenden Gesamtquotienten ausgeht (vgl. Versorgungsbericht, D, Kap. 6) würde das Bedarfsszenario von einer Fallzunahme von rund 3,5 Prozent zwischen 2008 und 2020 ausgehen.

Der Kanton Glarus verfügt grundsätzlich über Ausbaupotential in der ambulanten Gesundheitsversorgung und in diesem Bereich insbesondere in der ambulanten Krankenpflege (durch Spitex und selbständige Pflegefachpersonen) sowohl hinsichtlich ambulanter Akut- und Übergangspflege als auch in der Langzeitpflege. 2009 waren im Kanton Glarus 1,0 Vollzeitstellen in der Spitex auf 1'000 Einwohner vorhanden, wogegen sich im schweizerischen Durchschnitt rund 1,7 Vollzeitstellen auf 1'000 Einwohner finden. Glarus liegt damit vor dem Kanton Aargau an zweitletzter Stelle in der Schweiz. Allein diese Zahlen widerspiegeln das Ausbaupotenzial im ambulanten Krankenpflegebereich.

Die grösste Stärke des einzigen Spitals im Kanton ist seine Nähe und Verankerung in der Bevölkerung. Verschiedene Bestrebungen zur vertikalen Vernetzung mit den Primärversorgern aber auch mit nachgelagerten Anbietern sind von der KSGL AG im Gange oder umgesetzt (Rehabilitationsabteilung RehaClinic Zuzach im 8. Stock der KSGL AG, Beratungs- und Therapie-stelle Sonnenhügel mit ambulanter Psychiatrie, Suchtberatung und Familien-, Paar- und Sexualberatung auf dem Spitalgelände). Das Potenzial ist nach Beurteilung des Departements jedoch noch längst nicht ausgeschöpft.

Die Auswirkungen der eingeschränkt freien Spitalwahl gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG sind noch nicht bekannt. Sie sind zu verfolgen und für die zukünftige Angebotsplanung der KSGL AG aber auch im Rahmen der Überprüfung der Spitalliste zu berücksichtigen.

2.5 Bedarfsdeckendes Versorgungsangebot

Aus dem im Hauptszenario des Versorgungsberichts errechneten Gesamtleistungsbedarf je Leistungsbereich ist in einem zweiten Schritt der mit der Spitalliste zu sichernde Bedarf zu ermitteln.

In Tabelle 3 ist die prognostizierte Veränderung der Pflgetage pro Leistungsbereich dargestellt. In der Prognose wird eine Abnahme der Pflgetage bis ins Jahr 2020 um 19 Prozent erwartet. Die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen dominiert den starken Einfluss der demografischen Alterung deutlich. Grundlage für diese Prognose sind die Daten 2008.

Tabelle 3 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereichen

	Fälle			MAHD ¹¹			Pflgetage		
	2008	2020		2008	2020		2008	2020	
Nervensystem & Sinnesorgane									
Dermatologie	135	137	+2%	8.6	6.0	-30%	1'158	826	-29%
Hals-Nasen-Ohren	203	197	-3%	5.0	4.0	-20%	1'014	783	-23%
Neurochirurgie	39	43	+9%	9.6	8.4	-12%	374	358	-4%
Neurologie	248	256	+3%	8.5	6.1	-29%	2'111	1'557	-26%
Ophtalmologie	49	54	+11%	3.9	3.4	-13%	190	183	-3%
Innere Organe									
Endokrinologie	83	87	+5%	9.7	6.9	-28%	802	602	-25%
Gastroenterologie	387	403	+4%	7.6	5.8	-23%	2'932	2'348	-20%
Viszeralchirurgie	408	418	+2%	6.4	5.4	-15%	2'599	2'268	-13%
Hämatologie	70	74	+6%	10.5	7.5	-28%	735	558	-24%
Herz- & Gefäßschirurgie	194	276	+42%	9.0	6.3	-30%	1'747	1'748	+0%
Kardiologie & Angiologie	467	498	+7%	6.9	5.7	-17%	3'225	2'858	-11%
Infektiologie	85	89	+4%	12.2	8.9	-27%	1'037	794	-23%
Nephrologie	81	86	+6%	9.1	6.9	-24%	741	596	-20%
Urologie	293	310	+6%	6.0	5.1	-15%	1'764	1'590	-10%
Pneumologie	214	227	+6%	11.3	8.6	-24%	2'420	1'951	-19%
Thoraxchirurgie	51	57	+12%	18.2	12.8	-29%	926	732	-21%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	951	1'018	+7%	8.2	7.6	-7%	7'760	7'767	+0%
Rheumatologie	190	200	+5%	11.4	8.6	-24%	2'169	1'730	-20%
Gynäkologie & Geburtshilfe									
Gynäkologie	287	290	+1%	5.9	4.9	-18%	1'706	1'408	-17%
Geburtshilfe	404	371	-8%	6.7	5.6	-17%	2'721	2'077	-24%
Neugeborene	358	310	-13%	6.3	5.9	-6%	2'249	1'832	-19%
Übrige									
(Radio-)Onkologie	45	37	-17%	10.7	4.9	-54%	480	183	-62%
Psychiatrie & Toxikologie	202	201	-0%	18.5	7.1	-61%	3'731	1'433	-62%
Schwere Verletzungen	57	55	-4%	10.8	6.0	-44%	613	329	-46%
Transplantationen	6	6	-1%	15.0	14.8	-1%	90	88	-2%
Sonstige Behandlung	135	144	+6%	8.5	8.1	-5%	1'152	1'159	+1%
Verlegungen & Todesfälle	123	127	+3%	1.7	1.7	+1%	205	214	+4%
Total	5'765	5'972	+4%	8.1	6.4	-21%	46'651	37'973	-19%

¹¹ MAHD: Mittlere Aufenthaltsdauer

Der errechnete Gesamtleistungsbedarf ist einzelnen inner- und ausserkantonalen Spitälern zuzuweisen. Mit der Umsetzung der Planungsvorgaben des Bundes sind mit den vergebenen Leistungsaufträgen sowohl die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (freier Zugang zur Leistung) als auch Überkapazitäten zu verhindern respektive abzubauen.

Mit der Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste sichert sich der Kanton insbesondere die Aufnahmepflicht im entsprechenden Listenspital. Als Abgeltung der Aufnahmeverpflichtung bezahlt der Kanton den gegebenenfalls höheren Tarif des gelisteten Spitals. Bei der neu eingeführten freien Spitalwahl in einem Nicht-Listenspital des Wohnkantons bezahlt dieser maximal den innerkantonalen Referenztarif (Art. 41 Abs. 1^{bis} und Abs. 1^{ter} KVG), bisher schuldete er in diesen Fällen keinen Betrag. Mit der Anzahl der inner- und ausserkantonal vergebenen Leistungsaufträge je Leistungsgruppe steuert der Kanton indirekt auch die Leistungsmenge pro Standort und damit die Fixkosten pro Fall. Die relevanten rechtlichen Grundlagen für die Bestimmung des bedarfsdeckenden Versorgungsangebotes sind in Art. 58b KVV zu finden.

2.6 Interkantonale Koordination

Die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen (Art. 39 Abs. 2 KVG) wird auf folgenden Ebenen wahrgenommen:

- Auf Ebene der GDK Schweiz wurden in Arbeits- und Begleitgruppen Teilaspekte der Spitalplanung und -finanzierung zuhanden des GDK-Vorstandes vorbereitet.
- Auf Ebene der GDK-Ost wurden in zwei Subarbeitsgruppen die Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsaufträge im Zusammenhang mit der Spitalplanung 2012 erörtert.

In der Subarbeitsgruppe Leistungsaufträge wurden die Leistungsmengen je Spital und Kanton basierend auf einer einheitlichen statistischen Auswertung ausgetauscht. Die Ergebnisse sind im Rahmen der Evaluation eingeflossen (siehe Kap. 4). In der Subarbeitsgruppe Wirtschaftlichkeit wurden die Kostenträgerrechnungen der für die Versorgung in den GDK-Ost-Kantonen wesentlichen Akutspitäler verglichen.

2.7 Krankenhausvereinbarung der GDK Ost

Auch wenn mit der einheitlichen Tarifstruktur von SwissDRG einige wesentliche Themen der bisherigen Krankenhausvereinbarung der GDK-Ost über die Kantons Grenzen hinaus geregelt sind, sollen verschiedene Bereiche, die nachfolgend kurz erläutert werden, für die Ostschweizer Kantone verbindlich geregelt werden:

- Aufrechterhaltung und Finanzierung der nicht kostendeckend finanzierten ambulanten und stationären Leistungen in den Kinderspitälern;
- Förderung der Ausbildungs-, Lehr- und Forschungstätigkeit, Beiträge an Lehre und Forschung, Umgang mit Deckungslücken aus gemeinwirtschaftlichen Leistungen, evtl. weitere Förderbeiträge an Aus- und Weiterbildung in universitären und nicht universitären Gesundheitsberufen.

3 Kriterien und Instrumente der Spitalplanung

3.1 Qualität

Bei der Beurteilung und Auswahl des mit der Spitalliste zu sichernden Angebotes haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das BAG hat sich bis heute nicht dazu geäußert, wann eine Leistungserbringung effizient erbracht wird, und welche Qualität der Leistungserbringung gefordert ist. Aus diesem Grund streben die Kantone zumindest die Vereinheitlichung der Kriterien zur Leistungsgruppierung sowie der Evaluationskriterien zur Zulassung von Akutspitälern auf der Spitalliste an. Qualität wird allgemein in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt.

Die erste und Teile der zweiten Dimension werden auf Ebene der Spitäler mittelfristig schweizweit harmonisiert und vergleichbar werden, indem die Anforderungen an Listenspitäler und deren Leistungsspektren interkantonal transparent gemacht werden. Bezüglich Prozessqualität etablieren sich über die Richtlinien der Fachgesellschaften mittelfristig einheitliche Qualitätsstandards. Die Messung der Ergebnisqualität und eine diesbezügliche Vergleichbarkeit der Spitäler als Differenzierungskriterium in der Spitalplanung sind auf den bestehenden Grundlagen nicht möglich. In der Interpretation der publizierten Daten besteht kein Konsens. Prozess- und Ergebnisqualität werden für die Zuteilung im Rahmen der Spitalplanung 2012 nicht verwendet. Für das Monitoring wird den Listenspitälern in den Leistungsaufträgen einheitliche Auflagen zur Qualitätsevaluation gemacht werden. Es werden der Beitritt zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ) und dessen Messvorgaben in Spitälern als verbindlich erklärt.

Als zentrales Element der Spitalplanung wird die Strukturqualität und Wirtschaftlichkeit des Versorgungsangebots für die Glarner Wohnbevölkerung optimiert, indem übergeordnet die notwendige Anzahl Leistungsaufträge, aber auch die vorliegenden gesundheitspolitischen und normativen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Das Kantonsspital Glarus und sein Kooperationspartner werden – wo möglich und aus Sicht der Gesundheitsversorgung sinnvoll – vorrangig berücksichtigt.

3.2 Wirtschaftlichkeit

Die Beurteilung über eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Vergleich unter den Spitälern erfolgt in Ermangelung bekannter Basisfallpreise initial auf der Grundlage schweregradbereinigter Fallkosten sowie des Case Mix Index'. Dabei gilt darauf hinzuweisen, dass die Datenbasis sämtlicher Spitäler derzeit äusserst unterschiedlich ist und damit das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nur bedingt in die Beurteilung einbezogen werden kann.

3.3 Mengensteuerung

Mit der neuen Spitalplanung soll unverändert eine bedarfsorientierte Versorgung der Glarner Bevölkerung sichergestellt werden und allgemein zugänglich sein. Der entsprechende Bedarf ist zu erheben und periodisch zu überprüfen. Mit der konsequenten Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung in der Akutsomatik wird auf eine direkte Mengensteuerung über die Spitalliste verzichtet. Indirekt wird über die Anzahl vergebener Leistungsaufträge gesteuert.

Eine Rationierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn mit z. B. überdurchschnittlichen Wartezeiten, Ausschlusskriterien für teure Behandlungen oder Medikamente etc. kommt für den Kanton Glarus derzeit nicht in Frage. Die Spitalversorgung ist jedoch so zu gestalten, dass sie – unter den gegebenen Rahmenbedingungen des KVG zur freien Spitalwahl und denjenigen des kantonalen Gesundheitsgesetzes über eine wohnortnahe Grundversorgung – für die Bevölkerung und den Kanton wirtschaftlich tragbar ist.

Die Mengenentwicklung ist zu monitorisieren. Bei medizinisch und demografisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitung soll den Tarifpartnern vorgeschlagen werden, dass in den Tarifverträgen degressive Tarifmodelle anzuwenden sind, die bei Überschreitung spitalspezifisch vorgegebener Mengen zu Tarifiereduktionen führen (Art. 33^h Einführungsgesetz zum KVG, EG KVG). Ebenso behält sich der Regierungsrat vor, in den Leistungsaufträgen mit Listenspitälern Höchstmengen aufzunehmen (gestützt auf Art. 33^g EG KVG).

3.4 Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge sind spitalspezifische Konkretisierungen der übergeordneten Spitalliste. Sie werden periodisch überprüft (Art. 33^g EG KVG). Darin sind alle für die Leistungsfinanzierung und Spitalplanung durch den Kanton relevanten Punkte aufzuführen. Sie umfassen u. a. folgende Elemente:

- Mitfinanzierte Leistungen;
- Zusätzliche Leistungsaufträge wie universitäre Lehre und Forschung, u. Ä.;
- Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens;

- Qualität;
- Reporting und Controlling;
- Auflagen;
- Vorgehen bei Nichteinhaltung der Vorgaben.

Alle Leistungserbringer, welche auf die Spitalliste aufgenommen werden, haben gemäss ihrem Leistungsspektrum Auflagen und leistungsspezifische Anforderungen zu erfüllen. Auflagen sind insbesondere im Bereich der Notfallversorgung, Intensivpflegestation, Kooperationen, Aufnahme- und Behandlungspflicht und Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens vorzusehen.

4 Evaluation

4.1 Einleitung

Das KVG sieht als Evaluationskriterien die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die generelle Aufnahmepflicht für gelistete Spitäler vor. Zusätzlich sind gemäss KVV der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien bei der Evaluation der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien sind insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

In Anlehnung an die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erarbeiteten zweckmässigen Anforderungen wird nachfolgend zwischen generellen und leistungsspezifischen Anforderungen unterschieden. Während beispielsweise jedes Listenspital ein Qualitätssicherungskonzept benötigt, ist eine spezialisierte Intensivstation nur für Spitäler erforderlich, die bestimmte Leistungen anbieten sollen.

4.2 Generelle Anforderungen an Listenspitäler

Jedes Listenspital muss generelle Anforderungen – unabhängig seines verhandelten Leistungsspektrums – erfüllen. Für die Glarner Spitalliste Akutsomatik 2012 gelten folgende generellen Anforderungen:

4.2.1 Aufnahmepflicht

Im Rahmen des Leistungsauftrages besteht für die Leistungserbringer die Aufnahmepflicht für alle Glarner Patienten unabhängig ihres Versichertenstatus (Art. 41a Abs. 1 KVG).

4.2.2 Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben

Hierzu wird auf die kantonalen resp. bundesrechtlichen Vorgaben hingewiesen: Art. 33^e – 33ⁱ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Art. 39 KVG sowie Ausführungsbestimmungen (Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV; SR 832.112.31], KVV).

4.2.3 Qualitätsanforderungen

Bereits heute erbringen die KSG AG und die sich auf der geltenden Spitalliste des Kantons Glarus befindenden Spitäler Leistungen in guter medizinischer Qualität. Es reicht deshalb aus, Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Die nachfolgend beschriebenen generellen Qualitätsanforderungen müssen – im Gegensatz zu den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen – alle Listenspitäler unabhängig ihres Leistungsspektrums erfüllen:

- *Qualitätssicherungskonzept*: Gemäss Art. 77 KVV müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten. Die Modalitäten der Durchführung sind in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Krankenversicherern zu vereinbaren.
- Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept verfügen und dieses auf Nachfrage dem Departement Finanzen und Gesundheit vorlegen können. Die Qualitätsziele haben Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beinhalten.
- *Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen*: Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z. B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden.
- *Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)*: In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles CIRS spitalweit eingeführt sein.
- *Multiprofessionelle Entlassungspfade*: Jedes Listenspital hat einen oder mehrere multiprofessionelle Entlassungspfade auf Nachfrage vorzuweisen, die den Entlassungsprozess systematisieren und die Versorgung der Patientenschnittstellen unabhängig, kontinuierlich und auch ambulant resp. in die ambulante, externe Nachsorge gewährleisten.
- *Durchführung von standardisierte Patienten- und Zuweiserbefragungen*: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Einweisern (Zuweisenden Ärztinnen und Ärzten) durchführen. Die Ergebnisse dieser Befragungen sind öffentlich bekannt zu machen.
- *Durchführung von regelmässigen Reanimationsübungen*: Ärzte, Pflegende, Therapeuten nehmen mindestens einmal pro Jahr an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen teil.
- *Spitalhygiene und Infektiologie*: Jedes Listenspital hat eine interdisziplinäre Hygienekommission am Spital zu etablieren oder Angaben darüber zu machen, mit welchem Leistungserbringer es in diesem Bereich eng zusammenarbeitet.

4.2.4 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die Wirtschaftlichkeit ist aus zwei Blickwinkeln zu betrachten. Erstens ist eine bedarfsdeckende Anzahl zu vergebender Leistungsaufträge für eine optimale Versorgungsstruktur zu beachten und zweitens ist die Wirtschaftlichkeit des einzelnen für die Vergabe in Frage kommenden Spitals massgebend.

Die Anzahl der erteilten Leistungsaufträge ist aus wirtschaftlicher Sicht in denjenigen Leistungsgruppen minimal zu halten, wo hohe Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten anfallen. Dies sind Leistungsgruppen, die in jedem Fall als Grundvoraussetzung des Basispakets (BP) mit einer Notfallstation bedürfen und solche mit einer Intensivstation (Level 2 und 3). Auf jeden Fall ist eine Konzentration auf wenige Leistungserbringer auch aus Gründen der Übersichtlichkeit der kleinen Versorgungspopulation des Kantons Glarus und der breiten, wohnortnahen Grundversorgung aufgrund der geografischen Gegebenheiten anzustreben. Die Forderung zur Konzentration gilt umso ausgeprägter, je kleiner die Fallzahlen im Leistungsbereich sind.

Qualität und Wirtschaftlichkeit werden auch durch konkurrenzierende Angebote gefördert. Dies gilt für Leistungsgruppen mit vorwiegend elektivem Charakter, hohen Fallzahlen und hohen Wachstumsraten (z. B. Orthopädie). Mit der freien Spitalwahl wird die Konkurrenz unter den Leistungsanbietern um die Qualität verstärkt. Wenn die Spitäler zudem nicht auf der kantonalen Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, wird damit zusätzlich die Preiskonkurrenz gefördert. Leistungsanbieter auf der Spitalliste werden ihre Leistungen möglichst kostengünstig anbieten, damit der Referenztarif nicht steigt. Ausserkantonale Spitäler, die an einer Patientenaufnahme interessiert sind, werden ihre Leistungen optimieren, damit ihr Vertragstarif unter dem oder im Bereich des Referenztarifs zu stehen kommt. Mit der Aufnahme des Leistungserbringers auf die Spitalliste entfällt dieser Konkurrenzdruck, da allfällige Preisdifferenzen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die öffentliche Hand und nicht durch Patienten resp. deren Zusatzversicherungen zu zahlen sind.

Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung erscheint vor dem Hintergrund der künftigen Vergütungsstruktur nach SwissDRG an Bedeutung zu verlieren. Mit der Einführung von gewichteten Fallpauschalen wird das Kostenerstattungssystem durch ein Preissystem ersetzt, wobei der Preis (Tarif) höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf und nur in dem Rahmen, in welchem die Leistungserbringung effizient ist (vgl. Art. 59c KVV). Wie hoch die Kosten des einzelnen Leistungserbringers sind, spielt dabei neu eine eher untergeordnete Rolle. Grundsätzlich ist es Sache der Leistungserbringer, die Leistungen zu konkurrenzfähigen Kosten zu erbringen. Der Wettbewerb unter DRG führt tendenziell dazu, dass langfristig nur noch jene Leistungen angeboten werden, die der Anbieter effizient genug und damit kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter sollen in einem Wettbewerb unter DRG langfristig ausscheiden.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich unterzog die potenziellen Leistungserbringer einer vertieften Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wo ein Beizug der Erkenntnisse der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für den Kanton Glarus sinnvoll und möglich ist, wird in der Erarbeitung des Strukturberichts auf deren Daten abgestützt.

4.2.5 Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist

Neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in der KVV insbesondere der Zugang zur Behandlung (Art. 58b Abs. 4 KVV) als Anforderung für Listenspitäler aufgeführt.

Da der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist gewährleistet sein muss, spielt auch die Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler für die Versorgungsqualität der Glarner Bevölkerung eine gewisse Rolle. Insofern werden diejenigen Leistungserbringer bevorzugt, die bei gleichem medizinischem Angebot schneller resp. besser zu erreichen sind.

4.3 Leistungsspezifische Anforderungen

Je nach Leistungsgruppe, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden (s. Tab. 18 im Anhang).

Diese Anforderungen wurden von der Gesundheitsdirektion Zürich ausgearbeitet und werden im Folgenden kurz erläutert:

4.3.1 Facharzt und Verfügbarkeit

Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Fachärzte vorgeschrieben (FMH oder ausländischer äquivalenter Titel).¹² Es liegt in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte, die Behandlung zu delegieren. Bei bestimmten Leistungsgruppen ist auch der Beizug von Beleg- oder Konsiliarärzten möglich. Die vorgeschriebene zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte ist ebenfalls von der jeweiligen Leistungsgruppe abhängig. Es werden vier Levels der zeitlichen Verfügbarkeit unterschieden.

4.3.2 Notfallstation

Je Leistungsgruppe wird die interne resp. externe Notfallversorgung rund um die Uhr gefordert. Die KSGL AG hat gemäss Gesundheitsgesetz eine Notfallstation zu führen. Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe sind spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.

¹² Ein Spezialfall bildet der Leistungsbereich Gynäkologie. Bei verschiedenen onkologischen Behandlungen in der Gynäkologie ist grundsätzlich ein Schwerpunkttitlet «gynäkologische Onkologie» sinnvoll. Allerdings verfügen nur sehr wenige Gynäkologen über einen solchen Schwerpunkttitlet, da für diesen eine relativ grosse Erfahrung in verschiedenen seltenen Operationen vorgeschrieben ist. Verschiedene Gynäkologen verfügen jedoch in einem Teil der Operationen über die für den Schwerpunkttitlet geforderte Erfahrung. Dementsprechend sollen auch Gynäkologen ohne Schwerpunkttitlet diejenigen Behandlungen durchführen können, in denen sie über die entsprechende Erfahrung verfügen. Bei den malignen Neoplasien der Mamma sind zudem nicht nur die Gynäkologen, sondern alle Fachärzte mit Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma zugelassen.

Tabelle 4 Anforderungen an die Notfallstation (Version 2.0)

	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung (im Haus)	7 – 17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz) 17 – 7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	7 – 17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung 17 – 7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	24-Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.	24-Stunden: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Min.) geführt. Die Notfallsection hat in weniger als 15 Min. zu erfolgen (d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung [sog. EE-Zeit])
Am Spital notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - innere Medizin (in 30 Min. ¹) - Chirurgie (in 30 Min. ¹) - Anästhesie (in 15 Min.)		Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus) Hebammen: 24 Std. vor Ort

¹ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig

4.3.3 Intermediate Care und Intensivstation

Für das Führen einer Intensivstation wird zwischen drei unterschiedlichen Levels unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben wird. Level 1 bezeichnet die sog. Intermediate Care, Level 2 und 3 differenzieren die Intensivstation.

Tabelle 5 Intensivstations-Levels

	Level 1 Intermediate Care (IMC)	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	Die Richtlinien sind durch SGI in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden diese von der GD geprüft und soweit zweckmässig übernommen.	Die Richtlinien vom 1.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten (http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinienis.html).	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: Anzahl Pflegetage p. a. $\geq 2'600$ Anzahl Beatmungstage p. a. $\geq 1'000$

4.3.4 Verknüpfte Leistungen

Die Erbringung von Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, wird an Auflagen zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern geknüpft oder ist am gleichen Standort vorzunehmen.

4.3.5 Tumorboard

Für eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung bei Karzinompatienten nach den gängigen, modernen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ist für gewisse Leistungsbereiche die Partizipation an einem Tumorboard auszuweisen.

4.3.6 Mindestfallzahlen

Gemäss Art. 58b Abs. 5 Buchstabe c KVV beachten die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität u. a. die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien. Die Vorgaben des Leistungsgruppenkonzepts© sieht Mindestfallzahlen bei rund 30 Leistungsgruppen vor, die in die Überlegungen des Departements mit eingeflossen sind. Derweilen wird innerhalb der Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik» darauf verzichtet, den Leistungserbringern Vorgaben zu den Mindestfallzahlen zu machen.

4.3.7 Sonstige Anforderungen

Bei bestimmten Behandlungen resp. Leistungsgruppen sind zusätzliche Anforderungen z.B. bezüglich Wundambulatorium, Beizug eines Konsiliararztes FMH Neurologie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Sprechstunde oder genereller Vor- oder Nachsorge zu erfüllen. Sie werden im Leistungsgruppenkonzept© spezifisch aufgeführt.

Bis auf die vier Leistungsgruppen der Interkantonalen Vereinbarung für Hochspezialisierte Medizin (IVHSM), die von den Kantonen nicht an spezifische Leistungserbringer zugeteilt werden müssen, lassen sich viele Leistungsgruppen nicht gesamthaft auf das Niveau der universitären- und/oder spezialisierten Zentrumsspitalleistung zuordnen. Häufig kann ein Teil der Leistungen (Behandlungen) einer Leistungsgruppe durchaus in einem Spital der Grundversorgung und der erweiterten Grundversorgung durchgeführt werden. Für den übrigen Teil der Leistungen aus dieser Leistungsgruppe bedarf es hingegen der Zentrumsleistung durch stärker spezialisierte Einrichtungen. Gegenwärtig fehlt eine einheitliche und mit vernünftigem Aufwand praktikable Methode, die Leistungsgruppen bezüglich ihrer Komplexität weiter aufzuteilen. Die Entscheidung kann jedoch im Einzelfall durch den Kantonsärztlichen Dienst resp. in Absprache mit ihm vom innerkantonalen Kantonsspital Glarus gefällt werden.

4.3.8 Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen

Verschiedene medizinische Leistungen können nicht organspezifisch definiert und gruppiert werden, da sie nicht einer organspezifischen Behandlung zugeordnet werden können. Für sie wurden die Querschnittsleistungsgruppen Basispaket, Basispaket Elektiv, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Basiskinderchirurgie, Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie, Kompetenzzentrum für Palliativ Care und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter gebildet. Nachfolgend werden die Anforderungen an diese Querschnittsleistungsgruppen dargestellt.

4.3.8.1 Anforderung an Basispakete

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür wurden im Rahmen des Leistungsgruppenkonzeptes© die beiden Basispakete definiert, welche die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden: Basispaket (BP) und Basispaket Elektiv (BPE).

Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Es ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen der adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot der breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis müssen deshalb die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie am Spital vertreten sein. Zudem müssen weitere Anforderungen in den Bereichen Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie erfüllt sein.

Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt (z. B. Internist oder Anästhesist) rund um die Uhr verfügbar. Zudem müssen ein Laborbetrieb sowie Kooperationen mit einem Spital mit Basispaket und einer Infektiologie gewährleistet werden (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6 Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie Anästhesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Kapitel 4.3.2)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Kapitel 4.3.3)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung ¹	-

¹ Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

4.3.8.2 Pädiatrie und Kinderchirurgie

Für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden Leistungsaufträge für die Pädiatrie und die Kinderchirurgie erteilt. Diese Behandlungen erfolgen grundsätzlich in einer Kinderklinik.

Eine Kinderklinik ist eine Institution oder eine von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheit an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre ambulant oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von speziell qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Folgende Kriterien gelten zudem für eine Kinderklinik:

- Leitung und ärztlicher Dienst durch Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie (FMH Kinder- und Jugendmedizin) resp. Kinderchirurgie (FMH Kinderchirurgie);
- Kinderanästhesie bei operativen Eingriffen an Kindern unter 6 Jahren;
- Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege;
- Kinderspezifische und -gerechte Bettenstationen und Infrastruktur;
- Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen;
- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab dem 7. Hospitalisationstag.

Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenen-spital durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern müssen nicht zwingend an einer Kinderklinik erfolgen, sondern können unter bestimmten Voraussetzungen auch an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Dafür ist ein Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie vorgesehen. Die dafür in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie z. B. bei unkomplizierten Appendizitiden, einfachen Frakturen und Tonsillenhyperplasie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst.¹³

Für einen Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie muss bei Kindern unter 6 Jahren eine Kinderanästhesie gewährleistet sein. Die Kinderanästhesie und der Operateur müssen auch nach einer Operation während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten einsatzbereit sein. Zudem darf das Spital lediglich diejenigen Behandlungen durchführen, für die es in der Erwachsenenmedizin einen entsprechenden Leistungsauftrag besitzt.

¹³ http://www.gi.ch/documents/CHOP_ICD_Verzeichnisse_Version_2.0.xls

4.3.8.3 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Grundauftrag eines Akutspitals. Obwohl (hoch)betagte Menschen oft multimorbid und dement sind und deshalb häufig eine spezifische Behandlung benötigen, werden sie heute in den Spitälern – meist in der Abteilung der Inneren Medizin – behandelt. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatri-sche Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizi-nisch versorgt werden.

Die Selektion der akutgeriatrischen Patienten aus der Medizinischen Statistik ist schwierig, weil diese bisher keiner spezifischen DRG zugeordnet sind und mit den in der Medizinischen Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet werden kön-nen. Aus diesem Grund ist auch eine genaue Prognose akutgeriatrischer Patienten nicht möglich. Klar ist jedoch, dass die Versorgung und Behandlung geriatrischer Patienten aufgrund der demografischen Alterung zunehmend wichtiger wird.

4.3.8.4 Kompetenzzentrum Palliative Care

Unter Palliativ Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheil-baren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei sollen Lei-den optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hochstehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch es ist oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits zu kurativen Massnahmen einzusetzen (gemäss Richtlinien Palliative Care, SAMW).

Die Palliative Care-Basisversorgung ist Teil des BP und damit für die meisten Leistungser-bringer Pflicht. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum Palliative Care zu positionieren.

4.3.8.5 Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter

Abhängigkeitserkrankte, die eine akutsomatische oft länger dauernde Behandlung benötigen, weisen neben den somatischen Krankheiten meist auch psychische und soziale Probleme auf, die den normalen Spitalbetrieb behindern und eine spezielle Behandlung der Patienten erfordern. Leistungserbringer, die sich auf die akutsomatische Versorgung Abhängigkeitserkrankter spezia-lisieren, müssen deshalb über entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Fachperso-nal verfügen. Insbesondere muss jederzeit ein Psychiater zur Verfügung stehen.

4.3.9 Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick

In der Tabelle 18 (siehe Anhang) sind alle Leistungsgruppen und deren Anforderungen darge-stellt. Um die Anwendung der Leistungsgruppen zu erläutern, wird in Tabelle 7 ein Beispiel aus der Viszeralchirurgie erläutert.

Tabelle 7 Leistungsgruppen im Leistungsbereich Viszeralchirurgie

		Basispaket	FMH Facharzt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfallstation	Intensivstation	Verknüpfung «inhouse»	Verknüpfung Kooperation	Tumorboard	Mindestfall-zahlen
VIS1	Viszeralchirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	1	GAE 1		Ja	
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.2	Ja	10
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.1	Ja	10
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	3			Ja	10
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	2		END1		50
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2			Ja	10

Möchte ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1, muss er das Basispaket anbieten und über Fachärzte für Viszeralchirurgie verfügen, die jederzeit innert 60 Minuten die notwendige diagnostische oder therapeutische Intervention im Spital beginnen können (Verfügbarkeit Level 2). Zudem muss er eine Notfall- und Intensivstation mit Level 2 bzw. Level 1 betreiben, die Leistungsgruppe GAE1 Gastroenterologie anbieten sowie an einem Tumorboard teilnehmen.

4.4 Evaluation zusätzlicher Leistungsaufträge

Ausgehend von den Evaluationskriterien und gestützt auf die geltende Spitalliste wird in Orientierung am Leistungsgruppenkonzept[©] bewertet, ob in einer Leistungsgruppe zusätzlich oder alternativ zu den heute innerkantonale (oder ausschliesslich ausserkantonale) bestehenden Leistungsaufträgen ein weiterer Auftrag zu vergeben ist. Folgende Kriterien werden dafür zu Hilfe genommen:

- **Konzentration:** In den nicht-elektiven, kostenintensiven Leistungsgruppen soll eine möglichst grosse Konzentration angestrebt werden. Kostenintensive Leistungsbereiche sind solche mit Intensivstation, Inhouse-Kooperationen und festangestellten Ärzten in Spezialdisziplinen. Dazu zählen insbesondere die vernetzten Fachgebiete der Inneren Medizin mit der Chirurgie in den Bereichen Herz-Lungen-Kreislauf, Zentral- und peripheres Nervensystem und Magen-Darm mit den notwendigen Subdisziplinen. Ebenso gilt dieses Kriterium für Leistungsbereiche mit tiefen Fallzahlen. In diesen Leistungsbereichen sollen nach Möglichkeit höchstens zwei Leistungsanbieter berücksichtigt werden.
- **Zusätzliches Angebot:** Der Anteil der ausserkantonale erbrachten Fälle gibt unter Berücksichtigung der möglichen innerkantonalen infrastrukturellen und personellen Kapazität einen Hinweis darauf, ob ein zusätzlicher Leistungsauftrag erteilt werden soll. Wenn eines oder mehrere ausserkantonale Spitäler jeweils mehr als 10 Prozent der Fälle erbracht haben (Referenzjahre: 2008 und 2009), handelt es sich um eine relevante Menge, die für die zusätzliche Vergabe eines Leistungsauftrages sprechen könnte. Wenn zudem innerkantonale weniger als 50 Prozent der gesamten Fallzahl in einer nicht-elektiven Leistungsgruppe erbracht wurde, ist die Erteilung eines zusätzlichen Leistungsauftrages zu prüfen. Ausnahme bildet dabei der Fall, wenn das innerkantonale Spital die entsprechenden Kapazitäten und das fachliche Know-how zur Leistungserbringung für mehr als 50 Prozent der Fälle nachweisen und zur Verfügung stellen kann.

Auch wenn mehrere ausserkantonale Leistungserbringer zusammen über 10 Prozent der Fälle in einer Leistungsgruppe leisten, so kann in bestimmten Fällen die Vergabe eines einzigen zusätzlichen Leistungsauftrages im Sinne einer konzentrativen Massnahme ausreichen.

5 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot

Dem Departement Finanzen und Gesundheit war es ein Anliegen, mit Blick auf die äusserst beschränkten personellen Ressourcen und das komplex ausgestaltete Leistungsgruppenkonzept, auf dem das Bewerbungsverfahren zu basieren hatte, ein möglichst einfaches «Einladungsverfahren» insbesondere bei den bisherigen Spitalpartnern durchzuführen. Zu diesem Zweck wurde ein zweiphasiges Bewerbungsverfahren gewählt:

In einer ersten Phase wurden intern und unter Kenntnisnahme des Leistungsgruppenkonzeptes (Version 1.1) die Patientenströme 2008 und 2009 analysiert und so eine erste Grobzuteilung der Leistungserbringer auf die zur Verfügung stehenden Leistungsgruppen durchgeführt. Das Kantonsspital Glarus erbringt jährlich rund 76 Prozent aller Spitalbehandlungen für Glarnerinnen und Glarner (GL total Fälle: 2008 = 5'765; 2009 = 5'856), womit es als Hauptanbieter von Spitalleistungen für den Kanton Glarus unbestritten eine besondere Position einnimmt. Es galt deshalb, die KSGL AG in der vorliegenden Spitalplanung bereits in den Vorbereitungsprozess speziell einzubinden, weil es den Bedarf der Bevölkerung an Spitalleistungen zweifelsohne durch seine Position als Marktführer angemessen zu beurteilen vermag. Version 0.2 der departementsintern erarbeiteten Glarner Spitallistenkonzeption wurde demzufolge mit der KSGL AG – sowie mit deren Kooperationspartner – vertieft analysiert und einige wenige Änderungen an der Zuteilung vorgenommen.

In einer zweiten Phase wurden diejenigen Leistungserbringer, die für die Erteilung eines Leistungsauftrags vorgesehen sind, eingeladen, sich zu bewerben. Nach Eingang sämtlicher Bewerbungen fanden entsprechende Verhandlungsgespräche statt. Im Anschluss daran wurden Leistungsauftragsentwürfe und der Entwurf der Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik» erstellt.

5.1 Kantonaler Versorgungsauftrag der KSGL AG

Gemäss dem verfassungsmässigen Auftrag und den gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es der Wille der Landsgemeinde, dass im Kanton Glarus der Betrieb eines Spitals mit Standort im Kanton auch in Zukunft gewährleistet ist. Das Kantonsspital hat den Auftrag, die Grundversorgung der Bevölkerung und im Kantonsgebiet erkrankter sowie verunfallter Personen sicherzustellen. Es muss eine Notfallstation betreiben und ist verpflichtet, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten an der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu beteiligen. Als Grundversorgung versteht der Souverän die wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen respektive medizinischen Leistungen in bedeutendem Umfang, die einer Spitalinfrastruktur bedürfen. Der Landrat legt in einer Verordnung fest, welche Leistungen zur Grundversorgung gehören (Art. 16 Gesundheitsgesetz).

Am 18. August 2010 erliess der Landrat die entsprechende Spitalverordnung. Darin sind nebst der neuen Rechtsform auch Versorgungs- und Leistungsauftrag sowie die Finanzierung geregelt. Demgemäss stellt das Kantonsspital Glarus eine ständige Notfallversorgung sicher, zu der die Erstbeurteilung und Sicherstellung einer fachgerechten Weiterbetreuung gehören. Im Auftrag mit eingeschlossen sind Begleitung und Betreuung sterbender Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen, der Betrieb eines Rettungsdienstes rund um die Uhr und der Betrieb der Notrufzentrale 144.

Als Pflichtleistungen der Grundversorgung im Sinne des landrätlichen Leistungsauftrages sind folgende medizinischen Fachbereiche vom Kantonsspital Glarus abzudecken:

Chirurgie (insbesondere Traumatologie, Viszeral-, Gefäss-, Thorax-, Handchirurgie, Orthopädie, Urologie, ORL und Ophtalmologie); Medizin (insbesondere Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Akutgeriatrie, Onkologie); Gynäkologie und Geburtshilfe; Pädiatrie; Psychiatrie; Infektiologie. Zur Erfüllung des landrätlichen Leistungsauftrags muss die KSGL AG die Spitalinfrastruktur einschliesslich der notwendigen Personalressourcen bereitstellen.

Das Gesundheitsgesetz ermächtigt den Regierungsrat, Vereinbarungen abzuschliessen, die den Zugang seiner Einwohner zu medizinischen Leistungen sicherstellen, die im Kanton nicht erbracht werden (Art. 22 Gesundheitsgesetz). Damit wird auf Gesetzesstufe eine Verbindung zwischen der Gesetzgebung, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellt und den Ausführungsbestimmungen zur eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzgebung hergestellt, die die Versorgung der Glarner Bevölkerung mit Gesundheits- und insbesondere mit Spitalleistungen gewährleisten soll (Art. 2 Abs. 2 Bst. b EG KVG).

Die Systematik der von der KSGL AG abzudeckenden Fachbereiche des landrätlichen Leistungsauftrages in der Spitalverordnung stimmt nicht mit den Leistungsbereichen in der vorliegenden Spitalplanung (siehe Versorgungsbericht Themenbereich D; Leistungsgruppen, B, Kap. 1.2) überein. Die Festlegung der Fachbereiche wurde im Bewusstsein vorgenommen, dass es sich hierbei um einen normativen, politischen Auftrag handelt, der nicht jährlich angepasst werden kann. Damit wird dem Kantonsspital der politische Rahmen vorgegeben und die Bestimmung der zu erbringenden Leistungen resp. Leistungsgruppen – wie auch die Genehmigung der Spitalliste resp. die Erteilung von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Institutionen (Art. 2 Abs. 2 Bst. b EG KVG) – dem Regierungsrat überlassen.

5.2 Ablauf Bewerbungsverfahren

Anfangs Juli 2011 wurden die Leistungserbringer, denen das Departement zuvor provisorisch eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeteilt hatte, in einem schriftlichen Einladungsverfahren zur Bewerbung aufgefordert. Als Beilagen zum Einladungsverfahren erhielten die geladenen Spitäler die generellen und spezifischen Anforderungen an die Leistungserbringer sowie die provisorische Zuteilungsliste.

Sämtliche methodischen Details wie z. B. die Klassifikationsdetails zu den ICD- und CHOP-Codes gemäss dem Leistungsgruppenkonzept© der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wurden gleichzeitig auf der Webseite des Kantons Glarus aufgeschaltet. Die Bewerbungen waren von den geladenen Spitälern dem Departement bis zum 15. August 2011 einzureichen.

Das Departement Finanzen und Gesundheit unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Da einige Bewerbungen noch verschiedene Fragen offen liessen, führte das Departement Finanzen und Gesundheit mit einigen Bewerbern Gespräche durch. Zudem wurden alle Bewerber eingeladen, bis zum 2. September 2011 ihre schweregradbereinigten Fallkosten, den Case Mix Index sowie den Caseload ihrer Institution (Basis Jahr 2010) anzugeben.

Grundsätzlich erteilt der Regierungsrat unbefristete Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden, wenn ein Spital die Anforderungen nicht mehr erfüllt. Befristete Leistungsaufträge werden nur in den Fällen erteilt, in welchen nach einer kürzeren Laufzeit das Auftragsverhältnis insbesondere hinsichtlich bestimmter genereller Anforderungen zu überprüfen ist.

5.3 Prüfung der Anforderungen

In diesem Unterkapitel werden die generellen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen geprüft. Danach werden die Aufnahmebereitschaft und die Erreichbarkeit validiert.

5.3.1 Qualitätsanforderungen

Aus Ressourcengründen musste sich das Departement Finanzen und Gesundheit in Bezug auf die Prüfung der Qualitätsanforderungen, auf die bereits umfassend durchgeführten Arbeiten des Kantons Zürich abstützen.

5.3.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die Wirtschaftlichkeit aller Bewerber wurde anhand eines Vergleichs der schweregradbereinigten Fallkosten beurteilt. Dabei wird im Kostenvergleich der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler mitberücksichtigt, indem die Fallkosten durch den DRG-Casemix geteilt werden. Die Gewichtung ermöglicht es, dass Spitäler mit kostenintensiven Patienten wie beispielsweise Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitäler miteinander verglichen werden können. Als Basis für den Kostenvergleich verlangte das Departement von allen Bewerbern die Lieferung der schweregradbereinigten Fallkosten, des Case Mix Index sowie des Caseload. Die gelieferten Daten verwiesen auf kaum vergleichbare Grundlagen und wiesen sehr grosse Abweichungen zwischen den Spitälern auf. Um zumindest in Bezug auf die Zürcher Bewerber auf dasselbe, bereinigte Datenmaterial abstützen zu können, wurde deshalb auf die schweregradbereinigten Fallkosten von Zürcher KVG-Patienten gemäss Kennzahlenbuch des Kantons Zürich des Jahres 2010 abgestützt. Die Fallkosten der übrigen ausserkantonalen Spitalinstitutionen (KSSG, LUKS und KSGR) wurden – unter Abzug eines hypothetischen Anlagenutzungskostenabschlags von 10 Prozent – im Vergleich eingeschlossen. Die schweregradbereinigten Fallkosten sind insbesondere unter Würdigung des Case Mix Index in der Gesamtbeurteilung der Versorgungsplanung für den Kanton Glarus einbezogen. Es wurden aber keine Entscheidungen für oder gegen einen Spitalanbieter in einer Leistungsgruppe ausschliesslich gestützt auf die schweregradbereinigten Fallkosten getroffen.

5.3.3 Aufnahmebereitschaft

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals die Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmebereitschaft. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Sämtliche Bewerber werden im Rahmen des Leistungsauftrags dazu verpflichtet, die Aufnahme aller Glarner Patienten in der festgelegten Leistungsgruppe unabhängig vom Versicherungsstatus zu garantieren.

5.3.4 Erreichbarkeit

Gemäss Gesetz haben die kantonalen Spitalplanungen unter anderem auch den Zugang der Patienten zur (Spital-) Behandlung innert nützlicher Frist beziehungsweise die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der einzelnen Spitalstandorte zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV). Die Erreichbarkeit bildet die von einem festgelegten Standort aus erreichbaren Aktivitäten (Wohn-, Arbeitsplätze) in Abhängigkeit von der Transportdistanz (Fahrzeit) ab. Sie stellt somit ein objektivierbares Mass für die Beurteilung der Standortgunst zentraler Einrichtungen bzw. der regionalen und kantonalen Versorgungsqualität mit zentralen Einrichtungen dar. Die Erreichbarkeit resp. die Zugangsmöglichkeit einer Spitalleistung für die Glarner Bevölkerung ist für den Regierungsrat ein wichtiges Entscheidungskriterium.

6 Vernehmlassungsergebnisse

Als integraler Bestandteil des Strukturberichtsteils «Akutsomatik» wurde der Entwurf der Glarner Spitalliste während einem Monat in eine breite Vernehmlassung bei den zuständigen Bundesebenen, den Leistungserbringern, verschiedenen Interessensvertretungen, Verbänden und den benachbarten Kantonen gegeben. Zudem wurde die Vorlage auf der Webseite des Kantons zum Herunterladen aufgeschaltet.

Zwölf Stellungnahmen sowie fünf Verzichtsmitteilungen trafen fristgerecht beim Departement ein. Nachfristen wurden aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit keine gewährt. Insgesamt wird der akutsomatische Strukturbericht als analytisch fundiert, ausgereift und kompetent beurteilt. Die Aussagen werden als gut dokumentiert und nachvollziehbar befunden. Es wird grundsätzlich begrüsst, dass die Gesundheitsversorgung so geplant wird, dass diese wirtschaftlich und mit hoher Qualität angeboten werden kann.

Ein Vernehmlassungsteilnehmer stellt fest, dass die Spitalplanung sich zumindest an den gegebenen Strukturen ausrichtet, jedoch erkennbar ist, dass der Blick über die Kantonsgrenzen differenziert geöffnet wird. Ebenfalls begrüsst wird der Umstand, dass sich die Anforderungen an die Listenspitäler nicht nur auf die wesentlichen Themen wie Qualität und Wirtschaftlichkeit beschränken sondern auch Kriterien wie Aufnahmebereitschaft und Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist miteinbezogen werden. Trotz des feststellbaren Bestrebens des Kantons Glarus, die Spitalplanung in Koordination mit anderen Kantonen durchzuführen, bedarf es gemäss einer Stellungnahme noch eines deutlichen (politischen) Efforts, um mit geeigneten Massnahmen die grossen Rationalisierungspotenziale einer interkantonal basierten Grundversorgung zu nutzen, ohne dabei die Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren. Aus Sicht eines andern Vernehmlassungsteilnehmers wiederum muss die Spitalliste möglichst breit ausgestaltet werden, weil die Kantonsbevölkerung bei komplexen Krankheiten auf ausserkantonale stationäre Versorgungsanbieter auch weiterhin angewiesen sein wird. In dieser Stellungnahme wird eine erhebliche Erweiterung der Spitalliste 2012 «Akutsomatik» gefordert. Die konkreten Anträge zur zusätzlichen Aufnahme auf die Spitalliste durch einige Leistungsanbieter wurden vertieft geprüft und die Spitalliste in einigen Bereichen angepasst. Im Übrigen sind einige Änderungsanregungen aus der Vernehmlassung in den Strukturbericht Teil B «Akutsomatik» eingeflossen.

7 Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik»

Gemäss Art. 58e KVV sind die für die Sicherung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste aufzuführen. Letztere umfasst somit alle Listenspitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Für jeden Leistungserbringer ist zudem das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen.

In der (ausfaltbaren) Tabelle 19 im Anhang findet sich die Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik». Darin werden 13 Leistungserbringer aufgeführt. 9 Spitäler führen eine Notfallstation und bieten ein breites Leistungsangebot inklusiv Basisangebot. Verschiedene dieser Spitäler sind z. T. aufgrund der Krankenhausvereinbarung der GDK-Ost bereits auf der geltenden Spitalliste des Kantons Glarus aufgeführt.

Neu aufgenommen werden die Klinik Hirslanden und die Klinik Im Park der Hirslanden-Gruppe. Dazu kommen drei Neubewerber, die altrechtlich jedoch in medizinisch begründeten Fällen bereits als spezialisierte Einrichtungen berücksichtigt wurden.

Alle auf der Spitalliste geführten Leistungserbringer werden vom Kanton rund die Hälfte der Behandlungskosten vergütet erhalten, müssen dafür jedoch alle Anforderungen an Listenspitäler einhalten wie beispielsweise die Aufnahmepflicht für alle Patienten ungeachtet ihres Versicherungsstatus.

Insgesamt kann das in der neuen Spitalliste berücksichtigte Angebot den Bedarf der Glarner Bevölkerung an stationärer Akutversorgung auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung decken. Die Spitalliste 2012 «Akutsomatik» trat auf den 1. Januar 2012 in Kraft.

Rehabilitation

Der Begriff «Rehabilitation» ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Während die Akutmedizin primär auf die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der von diesen verursachten Folgen im Vordergrund. Letztere manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation an der Gesellschaft.

Gemäss WHO wird Rehabilitation in umfassender Form wie folgt beschrieben: koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung des Betroffenen sowie zur Anpassung seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.

In der Sekundärprävention im kardiologischen, pneumologischen und psychosomatischen Bereich sind neben der «Behandlung von Krankheitsfolgen» auch die «Vermeidung weiterer Ereignisse» in der Zukunft zentral. Es geht dabei um die Verhaltensänderung des Patienten bspw. in puncto Ernährung, hinsichtlich regelmässiger Bewegung, dem Vermeiden von Schadstoffen (Rauchentwöhnung), dem Umgang mit Stress sowie im Medikamentenmanagement (z. B. bei Diabetes, Asthma). Die Patienten werden in den betreffenden Punkten informiert, befähigt und motiviert.

Die vorliegende Rehabilitationsplanung beschränkt sich auf die Planung der stationären medizinischen Rehabilitation. Die Aspekte der pädagogisch/beruflichen sowie sozialen Rehabilitation sollen deshalb bei der Erarbeitung der Bedarfsplanung nur soweit unbedingt erforderlich berücksichtigt werden.

Für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmassnahme durch den Rehabilitanden müssen stets kumulativ die Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit¹⁴, der Rehabilitationsfähigkeit¹⁵ sowie des Rehabilitationspotenzials¹⁶ erfüllt sein. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten derjenigen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 KVG). Die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation gehören dazu. Rehabilitationskliniken, die die oben beschriebenen Leistungen erbringen, gelten gemäss KVG als Spitäler. Sie müssen demzufolge den gesetzlichen Anforderungen an Spitäler entsprechen und unterstehen somit der kantonalen Spitalplanung.

1 Leistungsgruppen

Das revidierte KVG vom 21. Dezember 2007 fordert auch für den Bereich der Rehabilitation eine leistungs- oder kapazitätsorientierte Spitalplanung (Art. 58c Bst. b KVV) sowie eine leistungsbezogene, auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhende Vergütung (Art. 49 Abs. 1 KVG).

¹⁴ 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.

¹⁵ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

¹⁶ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende 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.

Zur leistungsorientierten Planung ist die heterogene (und im Kanton GL kleine¹⁷) Patientenpopulation der Rehabilitation anhand eines allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystems hinsichtlich des Behandlungsbedarfs und finanziellen Ressourcenverbrauchs differenziert zu beschreiben und zu möglichst homogenen Leistungsgruppen zu bündeln.

1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- *Medizinisch sinnvolle Einheiten*
Medizinische, (üblicherweise) kombiniert erbrachte Leistungen für Patienten mit ähnlichem Behandlungsbedarf, die einen vergleichbaren finanziellen Aufwand auslösen, sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst
- *Mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein*
Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen und Abgrenzungen müssen im Rehabilitationsalltag praktikabel sein.
- *Klar und eindeutig definiert*
Transparent definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe müssen deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen eindeutig bestimmt sein.

1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

Analog zur Akutsomatik sollen über die Kantonsgrenzen hinweg Transparenz und Vergleichbarkeit gefördert werden. Die Leistungsgruppierung folgt daher grundsätzlich den Zuteilungskriterien der Züricher Spitalplanung 2012¹⁸. Damit Leistungsgruppen eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen (z. B. ICD und CHOP) basieren. Im Gegensatz zur Akutsomatik, wo die kurative¹⁹ Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen im Vordergrund steht, geht es in der Rehabilitation um die Behandlung der von diesen verursachten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit. Mangels einer operablen ICF-Klassifikation²⁰ muss die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen deshalb auf der ICD-Klassifikation basieren. Die der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung zugrundeliegenden Diagnosen (ICD-Hauptdiagnosen) werden in der vorliegenden Struktur nach alters- und organspezifischen Gesichtspunkten gebündelt und inhaltlich zusätzlich anhand folgender Merkmale charakterisiert:

- Krankheitsfolgen (Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe nach ICF);
- Eintrittskriterien (erforderlicher Gesundheitszustand beim Eintritt in die stationäre Rehabilitation);
- ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Behandlungsbedarf.

1.3 Leistungsgruppen im Überblick

Die Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 ist im Bereich der Rehabilitation nach folgender Leistungsgruppenstruktur aufgebaut (vgl. Tab. 8):

¹⁷ Max. 350 Fälle jährlich

¹⁸ Gesundheitsdirektion Kantons Zürich. Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht September 2011. Strukturberichtsteil Rehabilitation.

¹⁹ Bei einer Behandlung spricht man dann von *Kuration*, wenn sie auf eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit («restitutio ad integrum») eines Patienten abzielt und so auch gleichzeitig eine Verschlechterung verhindert. Der Begriff wird auch angewendet, wenn eine vollständige Heilung nicht absehbar ist (geringe prozentuale Chance)

²⁰ Die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der WHO dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

Tabelle 8 Überblick über die Leistungsgruppen Rehabilitation²¹

Hauptgruppen (gem. altersspezifischer Anforderung)	
Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Muskuloskelettale Rehabilitation	Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation
Neurologische Rehabilitation	Allgemeine pädiatrische Rehabilitation
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	<i>Frührehabilitation</i>
Kardiovaskuläre Rehabilitation	
Pulmonale Rehabilitation	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	
<i>Frührehabilitation</i>	
<i>Geriatrische Rehabilitation</i>	

Der Versorgungsbereich wird aufgrund der unterschiedlichen altersspezifischen Anforderungen in die Hauptgruppen «Rehabilitation Erwachsener» und «Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen» aufgeteilt. In jeder Hauptgruppe erfolgt eine weitere Unterteilung in Leistungsgruppen. Es sind deren acht für die Rehabilitation Erwachsener und drei für die Rehabilitation von Kinder- und Jugendlichen. Die Hauptgruppe der Erwachsenen wird durch eine zusätzliche neunte Leistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» ergänzt. Im Kanton Glarus wird derzeit eine akutgeriatrische Abteilung am Kantonsspital Glarus aufgebaut. Das Kantonsspital Glarus verfügt im Querschnittsbereich der Akutgeriatrie auch über den entsprechenden akutsomatischen Leistungsauftrag als Listenspital²².

Nachfolgend werden alle Leistungsgruppen kurz charakterisiert. Für detailliertere Ausführungen inklusive Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den einzelnen rehabilitativen Leistungsgruppen (mit Ausnahme der geriatrischen Rehabilitation) wird auf den Strukturbericht des Kantons Zürich verwiesen.

1.3.1 Rehabilitation Erwachsener

1.3.1.1 Muskuloskelettale Rehabilitation

In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener und erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.

1.3.1.2 Neurologische Rehabilitation

In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter (vgl. Kap. 1.3.1.3) ist schwergewichtig spezialisierten Zentren vorbehalten. Sie wird deshalb in einer separaten Leistungsgruppe abgebildet.

1.3.1.3 Rehabilitation Querschnittsgelähmter

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter umfasst neben der Erst-Rehabilitation und der Komplikationsbehandlung auch die in regelmässigen Abständen zu wiederholende «Re»-Rehabilitation von Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf.

1.3.1.4 Kardiovaskuläre Rehabilitation

In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herzkreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.

²¹ © Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

²² vgl. Spitalliste 2012 «Akutsomatik», Leistungsgruppe GER. Für die Abgrenzung zur geriatrischen Rehabilitation wird auf Kap. 1.3.1.9 verwiesen.

1.3.1.5 Pulmonale Rehabilitation

In der pulmonalen Rehabilitation werden schwergewichtig die Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe behandelt.

1.3.1.6 Internistische-onkologische Rehabilitation

Die internistische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation multimorbider Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen.

Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht jene von durch Tumorleiden und/oder deren Therapiefolgen geschädigten Patienten.

1.3.1.7 Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

In der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden psychosomatische Krankheiten sowie durch somatische Krankheiten verursachte psychische Folgekrankheiten behandelt.

1.3.1.8 Frührehabilitation

Die an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte Frührehabilitation umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung, d.h. die erste akutmedizinische Versorgung des Patienten ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen. Der Frührehabilitationspatient ist nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weist für eine Rehabilitationsbehandlung genügend stabile Vitalfunktionen auf, bedarf aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit. Der Patient durchläuft ein umfassendes, auf alle Komponenten der ICF bezogenes Rehabilitationsprogramm. Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegt gegenüber der Kuration.

In der Versorgungskette ist die Frührehabilitation zeitlich vor den Massnahmen der weiterführenden Rehabilitation angesiedelt und umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung (ICD) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe²³) mit folgenden Zielen:

- Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen des Patienten;
- Vermeidung einer bleibenden Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe;
- Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit für nachfolgende Rehabilitationsmassnahmen.

Das Ausgangskriterium «Rehabilitationsfähigkeit» am Ende der Phase Frührehabilitation bildet somit die Eingangsvoraussetzung für die Phase weiterführende Rehabilitation. Die Rehabilitationsfähigkeit kann somit als virtuelle Grenze zwischen den beiden Behandlungsphasen gesehen werden.

Zur Vermeidung von unnötigen Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich «Frührehabilitation» und in der «geriatrischen Rehabilitation» in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag (z. B. neurologische Rehabilitation) zu vergeben. Im Weiteren Kontext ordnen wir die Frührehabilitation den sog. Querschnittsbereichen zu.

1.3.1.9 Geriatrische Rehabilitation

Für die Abgrenzung innerhalb der Rehabilitation zwischen dem organspezifischen Ansatz, welcher grundsätzlich für Erwachsene aller Altersgruppen vorgesehen ist, und dem Leistungsauftrag Rehabilitation Geriatrie sind die Kriterien weiter zu differenzieren.

²³ Gesellschaftliche Teilhabe = Partizipation; Teilhabe bedeutet nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2001 das «Einbezogensein in eine Lebenssituation». «Behinderung» bedeutet nach dieser Definition neben der medizinisch diagnostizierbaren «Schädigung» eine «Beeinträchtigung der Teilhabe als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren». In einem umfassenden Sinne bedeutet Teilhabe, unter normalen (Wettbewerbs-)Bedingungen am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben, insbesondere am Unterricht in einer Regelschule oder am Arbeitsleben, und am politischen Leben teilnehmen zu können. Hierfür ist es erforderlich, für Barrierefreiheit zu sorgen, d.h. Faktoren zu beseitigen, die zusammen mit Eigenschaften des behinderten Menschen seine Behinderung verursachen (vgl. auch den englischen Begriff «disability»)

In der Regel hat die Zuweisung in die geriatrische anstelle der organspezifischen Rehabilitation nach folgenden Kriterien²⁴ zu erfolgen:

- Alter in der Regel über 75 Jahre;
- Hospitalisiert im Akutspital oder erwiesenes Rehabilitationspotenzial nach ambulanter Therapie und (vorübergehendem) Aufenthalt zu Hause oder in einer Langzeitpflegeeinrichtung.
- Zusätzlich zwei oder mehr der nachfolgenden Kriterien resp. Krankheitsbilder:
 - a) Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (vorbestehend);
 - b) Belastungspotential ist reduziert (≤ 2 Therapieeinheiten pro Tag);
 - c) Ungeplante Hospitalisation in den letzten drei Monaten;
 - d) Instabilität/Sturzneigung;
 - e) Störungen der Kommunikationsfähigkeit (Aphasie/Dysarthrie);
 - f) Wunden (Dekubitalulzera, Ulcus cruris, diabetisches Fussyndrom, pAVK III/VI);
 - g) Fehl- und Mangelernährung;
 - h) Demenz (in der Regel Mini Mental Status MMS ≥ 20 und ohne störendes Verhalten); darunter werden keine passageren kognitiven Störungen verstanden;
 - i) depressive Episoden, depressive Anpassungsstörungen, Angststörungen;
 - j) Therapie bei störender Inkontinenz.

Bei Patienten der geriatrischen Rehabilitation sind zusätzlich zum Alter Faktoren wie eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Multimorbidität sowie reduzierte oder schwankende, insgesamt aber geringe Belastbarkeit massgebend. Personen über 75 Jahren nach Unfällen und Krankheiten ohne massgebliche vorbestehende Einschränkungen gelten hingegen selbst nicht als geriatrische Patienten. Sie sind nach den jeweiligen organspezifischen Leitlinien zu rehabilitieren.

Die Kriterien der Zuweisung in die unterschiedlichen Leistungsangebote (bspw. Akutgeriatrie, Geriatrische Rehabilitation, Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG) sind vom Departement Finanzen und Gesundheit noch weiter zu konkretisieren. Dabei gilt es die Frage nach dem Rehabilitationspotenzial in der geriatrischen Rehabilitation besonders zu beachten.

Es wird an dieser Stelle auf die vorangehenden Ausführungen über die sinnvolle Kombinationserteilung von Leistungsaufträgen im geriatrischen Rehabilitationsbereich verwiesen. Im Weiteren Kontext ordnen wir die geriatrische Rehabilitation den sog. Querschnittsbereichen zu.

1.3.2 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (0-17 Jährige)²⁵ bestehen spezielle Anforderungen vor allem hinsichtlich der kinder- und jugendgerechten Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, der schulischen Bildung und Berufsberatung, des Freizeitangebotes und der Mitaufnahme von Begleitpersonen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich die Bildung folgender besonderer Leistungsgruppen:

1.3.2.1 Neurologische (inkl. neuro-orthopädische Rehabilitation)

In der neurologischen Rehabilitation werden die Folgen von angeborenen und / oder erworbenen Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems und in der neuro-orthopädischen Rehabilitation durch neurologische Krankheiten verursachte Störungen und strukturelle Deformitäten des Bewegungsapparates behandelt.

1.3.2.2 Allgemeine pädiatrische Rehabilitation

In der allgemeinen pädiatrischen Rehabilitation werden die Folgen verschiedener angeborener und/oder erworbener Krankheiten wie z. B. Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Kreislauf- und des Atmungssystems behandelt.

1.3.2.3 Frührehabilitation

In Analogie zur Rehabilitation Erwachsener ist auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen eine Leistungsgruppe «Frührehabilitation» im Sinne eines Querschnittsbereiches vorgesehen (vgl. Kap. 1.3.1.8)

²⁴ In Anlehnung an die Kriterien des Berner ReHA Zentrums Heiligenschwendi sowie die von RehaClinic Zurzach in enger Zusammenarbeit mit santésuisse sowie den grossen Krankenversicherern erarbeiteten Indikationsliste

²⁵ In Analogie zur Altersgruppeneinteilung der Akutsomatik

1.4 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

Neben der spezialisierten organspezifischen stationären Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen wie die ambulante Rehabilitation und andere medizinische Formen der Pflege und Behandlung wie die Kurbehandlung und Palliative Care. Sie sind von der spezialisierten organspezifischen stationären Rehabilitation abzugrenzen.

1.4.1 Ambulante Rehabilitation

Im Fachgebiet der Rehabilitation ist eine stärkere wechselseitige Substituierbarkeit von Behandlungsmassnahmen in unterschiedlichen institutionellen Settings möglich als in der somatischen Akutmedizin. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Rehabilitationssystemen verschiedener Länder. Je nach spezifischer Ausgestaltung der Versorgungssysteme kennen die angelsächsischen Länder beispielsweise überwiegend nur die ambulante Rehabilitation. Dagegen erfolgt die Rehabilitation in den deutschsprachigen Ländern noch weitgehend stationär (Entwicklung aus der traditionellen Kur- und Höhenklinikbehandlung).

Grundsätzlich kommen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation die gleichen Ziele zur Anwendung. Allerdings sind ambulante Patienten nicht spitalbedürftig und benötigen eine geringere Therapie- resp. Pflegeintensität. Gleichzeitig muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Wichtigste Vorteile der ambulanten Rehabilitation sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

1.4.2 Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem in der Art und Anzahl weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren (Wasser, Wärme, Luft, Klima) wohnortsfern angewendet werden. Kurpatienten leiden in der Regel unter einfachen Krankheiten mit vorhersehbarem Verlauf. Die Kur dient somit schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung und erfordert im Gegensatz zur Rehabilitation keinen multidisziplinären Behandlungsansatz. Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.

1.4.3 Palliative Care

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Sie hat zum Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität ggfs. bis zum Tod, zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Palliative Care wird im Rahmen der Aktusomatik behandelt (s. Berichtsteil B, Akutsomatik, Kap. 4.3.8.4).

1.4.4 Akut- und Übergangspflege

Das revidierte KVG sieht neu Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor (Art. 25a Abs. 2 KVG). Gemäss Art. 7 KLV handelt es sich dabei um vom Spitalarzt angeordnete Pflegeleistungen, falls sie sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen. Die Leistungen werden während längstens zwei Wochen stationär in Pflegeheimen oder ambulant durch Organisationen der ambulanten Krankenpflege oder selbständig tätige Pflegefachpersonen erbracht. Sie werden nach den Regeln der Spitalfinanzierung von Krankenversicherern und Wohnkanton vergütet. Die Leistungsempfänger sind damit von jeglicher Kostenübernahme befreit.

2 Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf

2.1 Einleitung

Die Grundlagen der stationären Bedarfsplanung zur Rehabilitation sind im Versorgungsbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 festgehalten. Für die Rehabilitation wird eine leistungsorientierte Planung durchgeführt. Die Prognose des Rehabilitationsbedarfs erfolgt leistungsgruppenspezifisch. Er wird sowohl anhand der Patientenzahlen als auch der Pflage tage dargestellt. Es gelten dabei folgende Zusammenhänge:

Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Alters- und Leistungsgruppen massgeblich von der Entwicklung der Eintrittshäufigkeit in die stationäre Rehabilitation und der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt. Folgende Einflussfaktoren bestimmen die Entwicklungen der Eintrittshäufigkeit und der Aufenthaltsdauer:

- Medizintechnische und epidemiologische Entwicklung;
- Zuweiserpraxis der vorbehandelnden Spitäler und freipraktizierenden Ärzte;
- Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer;
- bestehende Finanzierungsstrukturen;
- bestehendes Angebot an ambulanter Rehabilitation.

Für die Zuteilung des prognostizierten Bedarfs an die Leistungserbringer sind die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58a bis 58e KVV massgebend. Die Kantone sind gemäss KVG verpflichtet, ihre Planung interkantonal zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Mangels Präzisierungen insbesondere zu Qualität und Wirtschaftlichkeit und den für die Messung und Vergleichbarkeit anzuwendenden Instrumente durch das BAG wird für die Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung und die Spitalliste 2012 keine absolute Vergleichbarkeit angestrebt. Vielmehr wird insbesondere auf eine gute Zugänglichkeit der Leistungen für die Glarner Bevölkerung in denjenigen Leistungsgruppen Wert gelegt, die höhere Fallmengen aufweisen.

2.2 Nachfragestruktur 2010 und Entwicklung der Nachfrage zwischen 2008 - 2010

Die rehabilitativ behandelten Glarner Kantonseinwohner und die von ihnen beanspruchten Leistungen können hinsichtlich ihrer Leistungs- und Altersstruktur wie folgt charakterisiert werden: Rund 82 Prozent der Pflage tage resp. 85 Prozent der Fälle (Patienten) entfielen 2010 auf die drei grössten Bereiche: muskuloskelettale (49 resp. 57 %), neurologische (19 resp. 15 %) und kardiovaskuläre Rehabilitation (15 resp. 13 %). Die prozentuale Verteilung in den vorgenannten drei Leistungsbereichen ist mit jener der Zürcher Bevölkerung vergleichbar. Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 67 Jahre alt, 96 Prozent wurden über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet; 26 Prozent waren in der Halbprivat- bzw. Privatabteilung hospitalisiert. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 21 Tagen beanspruchten die Patienten 6'942 Pflage tage (vgl. Tab. 9).

Ob sich die Rehabilitationspatienten im Kanton Glarus oder in einem anderen Kanton behandeln lassen, wird wesentlich durch die geografische Verteilung der leistungsgruppenspezifischen Angebote bestimmt. So wurden in der muskuloskelettalen Rehabilitation 2010 82 Prozent der Glarner Kantonseinwohner innerkantonal behandelt, weil RehaClinic am Standort Glarus hierfür eine gut ausgebaute Rehabilitationsabteilung in den Räumlichkeiten des Kantonsspitals Glarus führt. Dagegen werden in der pulmonalen Rehabilitation sämtliche und in der kardiovaskulären Rehabilitation rund 93 Prozent der Fälle in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken rehabilitiert (vgl. hierzu auch Abb. 2).

Von durchschnittlich 345 Fällen pro Jahr entfielen jeweils höchstens 1,5 Prozent auf Kinder und Jugendliche. Rund 53 Prozent der Patienten und 48 Prozent der Pflage tage entfallen auf die rehabilitationsbedürftigen 60 bis 79 Jährigen, während ihr Anteil an der Glarner Bevölkerung rund 18 Prozent ausmacht.

Tabelle 9 Rehabilitationsleistungen im Jahr 2010 nach Leistungsgruppen

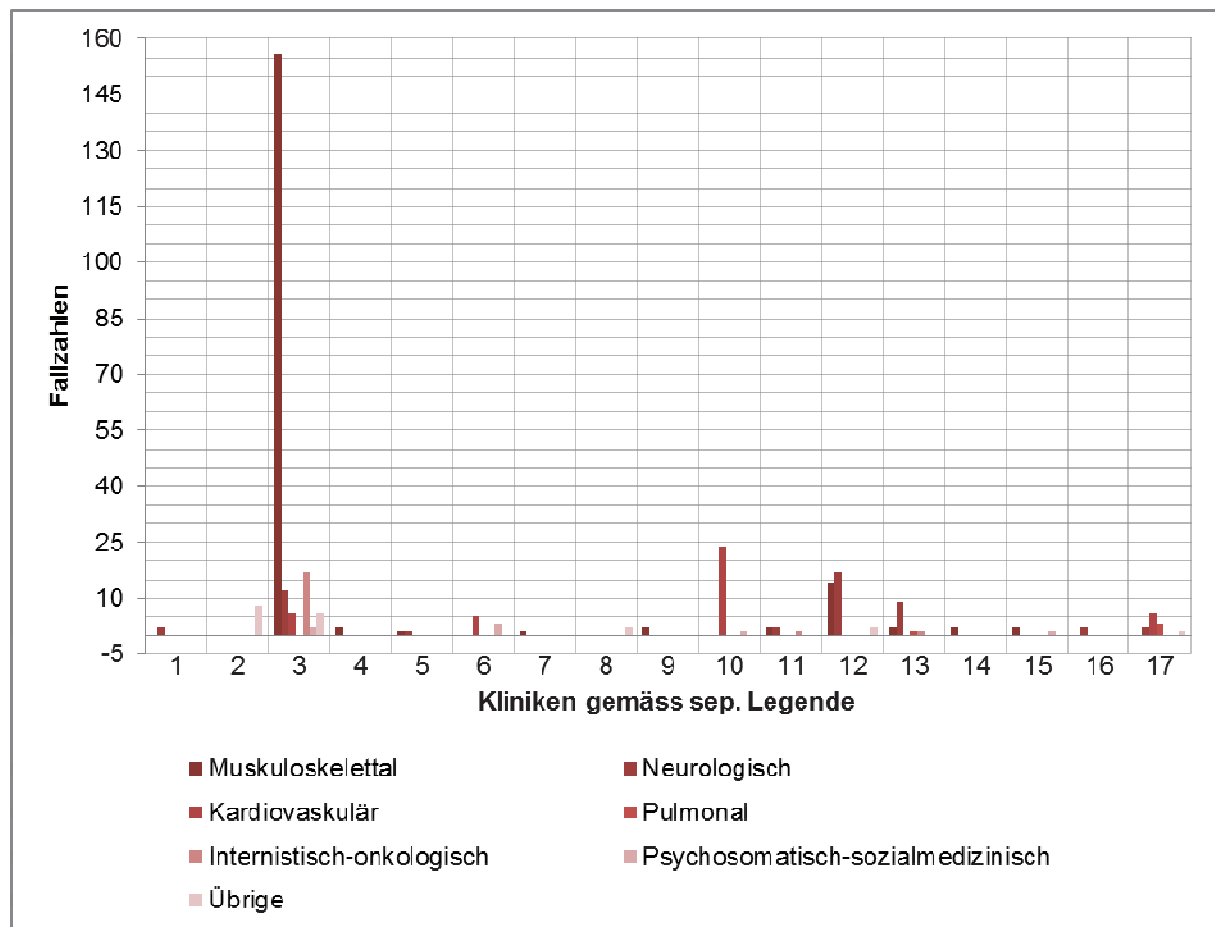
	Fälle	Fälle in %	Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen	Pflegedage	Pflegedage in %	Mittleres Eintrittsalter	Geschlecht %Frauen	Liegeklasse % Zusatz-versichert HPP	Kostenträger % KVG
Muskuloskelettal	184	57	18	3'418	49	72	60	29	99
Neurologisch	47	15	27	1'310	19	60	32	21	94
Kardiovaskulär	41	13	24	1'043	15	64	32	17	98
Pulmonal	4	1	15	63	1	53	50	25	100
Internistisch-onkologisch	19	6	19	378	5	65	63	26	95
Psychosomatisch-sozial-medizinisch	7	2	28	200	3	49	57	57	100
Übrige	19	6%	27	530	8	55	53	5	68
Total	321	100	21	6'942	100	67	52	26	96

Tabelle 10 bietet einen Überblick über die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen in den Jahren 2008 bis 2010. Der Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer sowie der Fallzahlen im Jahr 2010 ist vor allem auf die umfassenden Änderungen des Leistungsangebotes im Kanton zurückzuführen. So hat RehaClinic in dieser Zeit die Klinik am Standort in Braunwald umfassend saniert und am Standort in Glarus den Betrieb einer modernen Rehabilitationsabteilung aufgenommen.

Tabelle 10 Überblick über die Inanspruchnahme an Rehabilitationsleistungen 2008 – 2010

	2008	2009	2010
Fälle (absolut)	346	371	321
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	25.5	25.0	21.0
Mittleres Eintrittsalter (Jahre)	67	67	67

Im Jahr 2010 wurden an 17 schweizerischen Rehabilitationskliniken resp. 20 Standorten insgesamt 321 Glarner Einwohner stationär behandelt. Abbildung 2 stellt die Fallverteilung auf die einzelnen Leistungsgruppen dar.

Abbildung 2 Glarner Patienten je Leistungsgruppen nach Kliniken 2010 (Top-12)

Legende zu Abb. 2

AG: (1) Bad Schinznach; (2) Rehaklinik Bellikon; (3) RehaClinic Zurzach²⁶; AR: (4) Rheinburg-Klinik; (5) Klinik Gais AG; GR: (6) Hochgebirgsklinik Davos; (7) Zürcher Höhenklinik Davos; (8) Rehabilitations-Zentrum Seewis; LU: (9) Schweizer Paraplegiker-Zentrum, SG: (10) Klinik Valens; (11) Reha-Klinik Walenstadtberg; ZH: (12) Zürcher Höhenklinik Wald

Die innerkantonal erbrachten rehabilitativen Leistungen wurden bis 2011 in der medizinischen Statistik resp. der Krankenhausstatistik des BfS noch nicht dem Wohnkanton Glarus zugeteilt. Sie erschienen jeweils in den Gesamtergebnissen von RehaClinic mit Sitz in Zurzach (Kanton AG). Die von RehaClinic manuell erstellte Statistik (vgl. Abb. 3) zeigt die Entwicklung der rehabilitativen Fälle und Pflegetage von Glarner Patienten an den zwei innerkantonalen Standorten von RehaClinic in Glarus und Braunwald.

²⁶ An den Standorten Bad Zurzach, Glarus und Braunwald

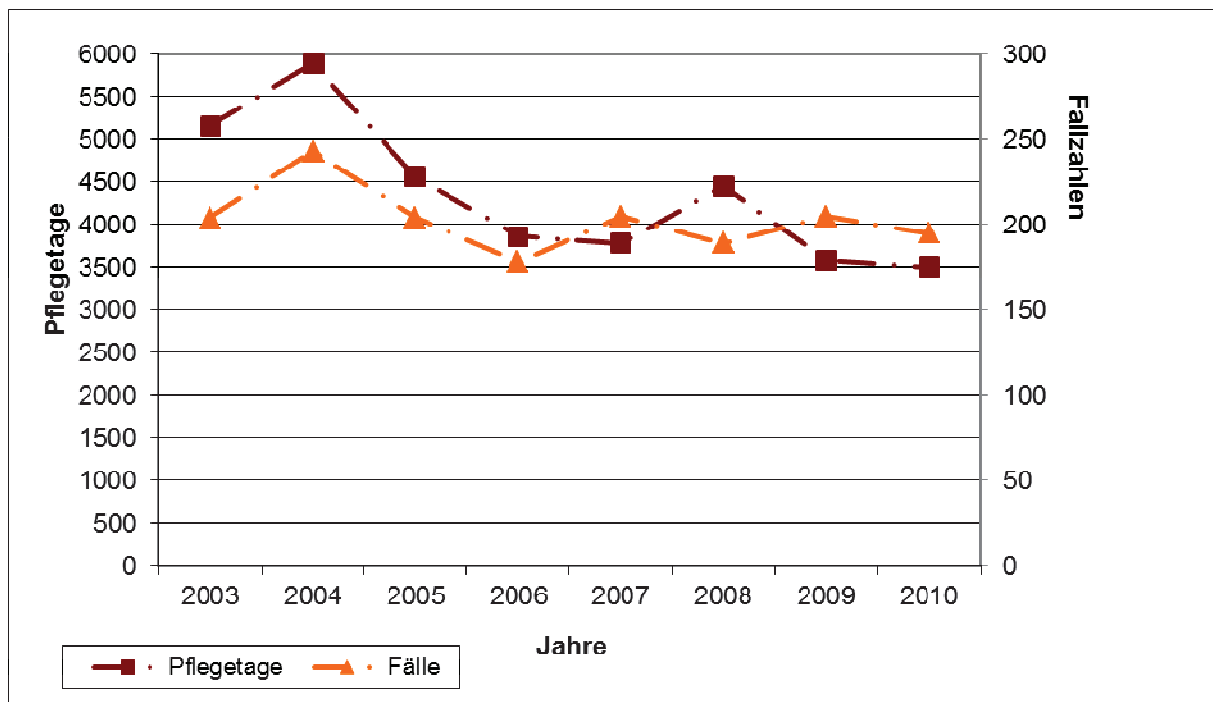
Abbildung 3 Entwicklung rehabilitative Fälle/Pflegetage an innerkantonalen Standorten

Abbildung 3 weist schwankende Fallzahlen über die Jahre 2003 - 2010 aus. Die höchste Fallmenge erreichte RehaClinic im Jahr 2004 mit rund 243 innerkantonalen Fällen. Auch die Anzahl Pflegetage unterliegt erheblichen Schwankungen; seit 2004 nahm die Zahl der Pflegetage jedoch kontinuierlich ab (2004→2005 um 22,7 %; 2008→2009 um 8,5 %). Ein Rückgang der Pflegetage ist jedoch ein allgemein beobachtbares Phänomen.

Als grosse Stärke der innerkantonalen Versorgung ist die gute, vertikale Vernetzung zwischen der akutsomatischen Behandlung am Kantonsspital Glarus und der nachgelagerten Rehabilitation in der RehaClinic Glarus zu beurteilen. RehaClinic führt in den Räumlichkeiten der KSGl AG eine Rehabilitationsabteilung mit Schwerpunkt im Bereich der muskuloskelettalen und internistischen Rehabilitation. Am Standort Braunwald führt sie zudem die ehemalige Höhenklinik mit den Schwerpunkten der psychosomatischen Rehabilitation sowie Schmerztherapie.

2.3 Bedarfsentwicklung 2020

Basierend auf der Nachfrage 2008 wurde im Versorgungsbericht der medizinische Bedarf 2020 unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen prognostiziert. Dabei spielen insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung, die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis sowie das Angebot an ambulanter und geriatrischer Rehabilitation eine wichtige Rolle. Da die zukünftigen Entwicklungen auch in der Rehabilitation nicht genau bestimmt werden können, wurden auch hier drei verschiedene Szenarien erstellt. Hinsichtlich der per 2020 prognostizierten Glarner Nachfrage nach stationärer Rehabilitation ergibt sich daraus eine Bandbreite zwischen 310 und 400 Patienten (Ausgangspunkt 2008: 346 Patienten), hinsichtlich der Pflegetage eine Bandbreite zwischen 6'600 und 10'500 pro Jahr (Ausgangspunkt 2008: 8'816 Pflegetage).

3 Kriterien und Instrumente der Spitalplanung

Bei der Beurteilung und Auswahl des mit der Spitalliste zu sichernden Angebotes haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das BAG hat sich bis heute nicht dazu geäußert, wann eine Leistung effizient erbracht wird und welche Qualität dabei gefordert ist.

Aus diesem Grund streben die Kantone auch im Bereich der Rehabilitation eine Vereinheitlichung der Kriterien zur Leistungsgruppierung sowie zur Evaluation für eine Aufnahme auf die Spitallisten an. Das Versorgungsangebot für die Glarner Wohnbevölkerung wird in qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht optimiert, indem die erforderliche Zahl an Leistungsaufträgen geprüft und gesundheitspolitische sowie normative Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. RehaClinic soll – wo möglich und aus Sicht der Gesundheitsversorgung sinnvoll – vorrangig berücksichtigt werden.

3.1 Qualität

Qualität wird allgemein in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt. Die erste und Teile der zweiten Dimension werden auf Ebene der Spitäler mittelfristig schweizweit harmonisiert und vergleichbar werden, indem die Anforderungen an Listenspitäler und deren Leistungsspektren interkantonal transparent gemacht werden. Bezüglich Prozessqualität etablieren sich über die Richtlinien der Fachgesellschaften mittelfristig einheitliche Qualitätsstandards. Die Messung der Ergebnisqualität und der Benchmark unter den Spitälern als Differenzierungskriterium der Spitalplanung sind auf den bestehenden Grundlagen nicht möglich. In der Interpretation der publizierten Daten besteht kein Konsens. Prozess- und Ergebnisqualität werden für die Zuteilung im Rahmen der Spitalplanung 2012 nicht verwendet. Für das Monitoring wird den Listenspitälern in den Leistungsaufträgen einheitliche Auflagen zur Qualitätsevaluation gemacht. Es werden der Beitritt zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ) und dessen Messvorgaben für Spitäler als verbindlich erklärt.

3.2 Wirtschaftlichkeit

Übergeordnet und vorrangig wird die Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems über die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge und die Konzentration der Leistungsaufträge gesteuert.

Die Beurteilung über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Vergleich unter den Rehabilitationskliniken ist dadurch erschwert, dass die Datenbasis der Kliniken derzeit äusserst unterschiedlich ist und wenig verlässliche Aussagen erlaubt.

3.3 Mengensteuerung

Mit der neuen Spitalplanung soll unverändert eine bedarfsorientierte Versorgung der Glarner Bevölkerung sichergestellt werden. Der Bedarf ist zu erheben und periodisch zu überprüfen. Mit der konsequenten Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung wird auf eine direkte Mengensteuerung (z. B. über Spitalbetten) in der Spitalliste verzichtet. Indirekt wird über die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge gesteuert.

Eine Rationierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn mit z. B. überdurchschnittlichen Wartefristen, Ausschlusskriterien für teure Behandlungen etc. kommt für den Kanton Glarus derzeit nicht in Frage. Die Spitalversorgung ist jedoch so zu gestalten, dass sie – unter den gegebenen Rahmenbedingungen des KVG zur freien Spitalwahl – für die Bevölkerung und den Kanton wirtschaftlich tragbar ist. Die Mengenentwicklung ist zu monitorisieren.

3.4 Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge sind spitalspezifische Konkretisierungen der übergeordneten Spitalliste. Sie werden periodisch überprüft (Art. 33⁹ EG KVG). In ihnen sind alle für die Leistungsfinanzierung und Spitalplanung durch den Kanton relevanten Punkte aufzuführen.

Sie umfassen u. a. folgende Elemente:

- Mitfinanzierte Leistungen;
- Zusätzliche Leistungsaufträge wie universitäre Lehre und Forschung o. Ä.;
- Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens;
- Qualität;
- Reporting und Controlling;

- Auflagen;
- Vorgehen bei Nichteinhaltung der Vorgaben.

Alle Leistungserbringer, welche auf die Spitalliste aufgenommen werden, haben gemäss ihrem Leistungsspektrum Auflagen und leistungsspezifische Anforderungen zu erfüllen.

4 Evaluation

4.1 Einleitung

Grundsätzlich sind auch im Rehabilitationsbereich die im KVG und in der KVV definierten rechtlichen Rahmenbedingungen und Planungskriterien zur Evaluation der Leistungserbringer einzuhalten (vgl. hierzu Berichtsteil B, Akutsomatik, Kap. 5.1). Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien sind insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

In Anlehnung an die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erarbeiteten Anforderungen wird nachfolgend zwischen generellen und leistungsspezifischen Anforderungen unterschieden. Während beispielsweise jedes Listenspital die Aufnahmepflicht vorbehaltlich der Kostengutsprache durch die Versicherer für alle Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus erfüllen muss, ist eine spezialisierte Überwachungsstation nur für die Anbieter der Leistungsgruppe Frührehabilitation erforderlich.

4.2 Generelle Anforderungen an Listenspitäler

Nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen muss jedes Listenspital Anforderungen unabhängig seines Leistungsspektrums erfüllen. Leistungserbringer, die auf die Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation» aufgenommen werden möchten, müssen die nachfolgenden Anforderungen zur Aufnahmepflicht, Qualität, Wirtschaftlichkeit, über den Zugang zu den Leistungen sowie leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen:

4.2.1 Aufnahmepflicht

Im Rahmen des Leistungsauftrages besteht für die Leistungserbringer die Aufnahmepflicht für alle Glarner Patienten unabhängig ihres Versichertenstatus (Art. 41a Abs. 1 KVG).

4.2.2 Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben

Hierzu wird auf die kantonalen resp. bundesrechtlichen Vorgaben hingewiesen: Art. 33^e – 33ⁱ EG KVG, Art. 39 KVG sowie Ausführungsbestimmungen (KLV, KVV).

4.2.3 Qualitätsanforderungen

Bereits heute erbringen die schweizerischen Rehabilitationskliniken Leistungen in guter medizinischer Qualität. Deshalb genügt es, minimale Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Als generelle Qualitätsanforderungen gelten:

- *Konzeptionelle Grundlagen:* Jedes Listenspital muss über ein Qualitätskonzept gemäss Art. 77 KVV mit Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, über krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebaute Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte sowie über ein Notfall- und Hygienekonzept verfügen. Die Konzepte sind dokumentiert, auf Nachfrage einsehbar und werden mindestens alle zwei Jahre überarbeitet.

- *Behandlungsprozess*: Jedes Listenspital muss über regelmässig im Behandlungsprozess eingesetzte, anerkannte Assessmentinstrumente, strukturiert (z. B. ICF-basiert) und patientenbezogen festgelegte Rehabilitationsziele und Therapiepläne sowie einen implementierten multi-professionellen Entlassungspfad verfügen. Zudem sind die Ergebnisse der durchgeführten Assessments sowie die Rehabilitationsziele und deren Erreichung vollständig in der Patientenakte zu dokumentieren.
- *Medizinische Patientenbetreuung*: Jedes Listenspital muss minimale Anforderungen an das Aufnahme- und Entlassungsverfahren, die Häufigkeit der Arztvisiten, die Häufigkeit und Konzeption der Fallbesprechung sowie den Therapiebeginn erfüllen.
- *Qualitätsmanagement (QM)*: Jedes Listenspital muss im Bereich des QM folgende minimalen Anforderungen erfüllen:
 - *Einsatz und Umsetzung eines anerkannten Qualitätsmodells*;
 - *Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen*;
 - *Komplikationsstatistiken*;
 - *Fehlermeldesystem (CIRS)*
- *Personalentwicklung*: Jedes Listenspital muss über funktionsspezifische Stellenbeschreibungen, ein umgesetztes Konzept für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sowie implementierte fachspezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme verfügen.
- *Infrastruktur*: Jedes Listenspital muss den barrierefreien Zugang innerhalb des gesamten Klinikareals gewährleisten.

4.2.4 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abstützen. An dieser Stelle wird insbesondere auf die Ausführungen im Berichtsteil B, Akutsomatik, Kap. 4.2.4 hingewiesen

Qualität und Wirtschaftlichkeit werden auch durch konkurrenzierende Angebote gefördert. Mit der freien Spitalwahl wird die Konkurrenz um Qualität und Preis unter den Leistungsanbietern gerade im Rehabilitationsbereich verstärkt. Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung erscheint vor dem Hintergrund der künftigen leistungsbezogenen Vergütungsstruktur an Bedeutung zu verlieren.

4.2.5 Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist

Neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in der KVV insbesondere der Zugang zur Behandlung (Art. 58b Abs. 4 KVV) als Anforderung für Listenspitäler aufgeführt.

Da der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist gewährleistet sein muss, spielt auch die Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler für die Versorgungsqualität der Glarner Bevölkerung eine gewisse Rolle.

4.3 Leistungsspezifische Anforderungen

Je nach Leistungsgruppe, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden. Die Anforderungen beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung der Klinik. Die Anforderungen lehnen sich weitestgehend an den von der Gesundheitsdirektion Zürich mit verschiedenen Fachexperten ausgearbeiteten Anforderungskatalog. In der Folge werden sie kurz beschrieben:

4.3.1 Personalqualifikation

Die rehabilitative Leistung wird durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam erbracht. Es setzt sich entsprechend den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen aus Fachärzten und nicht ärztlichen Fachkräften wie z. B. klinischen Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, diplomierten Pflegefachpersonen etc. zusammen und wird im Bereich der pädiatrischen Rehabilitation um (Heil-) Pädagogen erweitert. An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam werden folgende Anforderungen an deren fachliche Qualifikation, Berufserfahrung und Verfügbarkeit gestellt:

- *Ärzte und andere Akademiker:* Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung arbeiten im Anstellungsverhältnis resp. unter dokumentierten Führungsvoraussetzungen. Die Kaderärzte bzw. anderen Akademiker verfügen über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung bzw. akademische Ausbildung und berufliche Erfahrung.
- *Personal im therapeutischen Bereich:* Die Leitung des Therapiebereichs und deren Stellvertretung arbeiten im Anstellungsverhältnis resp. unter dokumentierten Führungsvoraussetzungen. Die eingesetzten Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) erfüllen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind in der erforderlichen beruflichen Zusammensetzung verfügbar.
- *Beratungsdienste:* Am Rehabilitationsprozess sind verschiedene Beratungsdienste (Orthopädietechniker, Ernährungsberater, Sozialdienst etc.) in unterschiedlicher Intensität beteiligt. Die eingesetzten Fachpersonen erfüllen die Anforderungen an die erforderliche Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind je nach Anforderungsprofil der einzelnen Leistungsgruppen verfügbar.
- *Personal im pflegerischen Bereich:* Die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung arbeiten im Anstellungsverhältnis resp. unter dokumentierten Führungsvoraussetzungen. Das Pflegepersonal erfüllt die erforderlichen Anforderungen an die Aus- sowie an die leistungsgruppenspezifische Weiterbildung (Wundpflege, Pflege auf neuropsychologischer Grundlage, Kinderkrankenpflege etc.) und ist im erforderlichen Umfang verfügbar.

4.3.2 Notfalldienst

Die Anforderungen an den Notfalldienst sind für alle Leistungsgruppen einheitlich definiert. Dabei ist zwischen der Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen im Falle eines unvorhersehbaren Notfalles und dem medizinisch notwendigen Beizug des fachärztlichen Hintergrunddienstes im Falle einer im Rehabilitationsverlauf auftretenden Komplikation zu unterscheiden. Lediglich die Anforderungen an die Häufigkeit der Schulungsmassnahmen variieren je nach Leistungsgruppe.

Tabelle 11 Anforderungen an den Notfalldienst

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen)	Gemäss Notfallkonzept Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 15 Minuten zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit: Beizug kaderärztlicher Hintergrunddienst innert 30 Minuten.
Fachärztlicher Hintergrunddienst	7-17 Uhr an Werktagen: Jeweilige Fachärzte sind im Haus und konsultieren den Patienten 17-7 Uhr und Wochenende: Bei medizinischer Notwendigkeit: Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden.
Notfallalarm / Reanimation	Regelmässige Schulung des klinischen Personals (einmal bis viermal p.a. je nach Leistungsgruppe) und Dokumentation der Teilnahme. Notfall-Koffer bzw. Notfallwagen inkl. Defibrillator auf allen Bettenstationen und für alle Behandlungseinheiten vorhanden.

4.3.3 Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik umfasst im Wesentlichen diagnostische Leistungen in den Bereichen Labor, EKG, Radiologie, Sonographie, Endoskopie, Neurophysiologie sowie weitere spezifische Funktionsdiagnostik. Je nach Leistungsgruppe variiert das Spektrum der erforderlichen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit.

Die einzelnen leistungsgruppenspezifischen Rehabilitationsprogramme umfassen insbesondere Massnahmen der Physiotherapie, physikalischen Therapie, Ergotherapie, Logopädie, klinischen Neuropsychologie sowie Kreativitäts- und bewegungsorientierte Angebote. Sie werden weiter durch verschiedene edukative Massnahmen und Beratungen im Bereich der Gesundheitsbildung sowie der Sozial- und Berufsberatung ergänzt.

Je nach Leistungsgruppe variiert das Spektrum der erforderlichen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit.

Für die leistungsgruppenspezifische Diagnostik sowie Therapie werden folgende Kategorien der Verfügbarkeit definiert (vgl. Tab. 12).

Tabelle 12 Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Rehabilitationsleistungen

Art der Verfügbarkeit	Definition
365 Tage / 24 Stunden	Die Leistung wird rund um die Uhr angeboten. Es kommt zu keinen Versorgungsunterbrüchen.
Im Haus	Die Leistung wird von hauseigenem Personal durchgeführt und wird kontinuierlich bzw. regelmässig angeboten. Die Diagnostik- und Therapieabteilungen sind vor Ort (Klinikgelände).
Auch in Kooperation möglich	Die Leistung kann je nach Entscheidung der Geschäftsleitung selbst oder durch Dritte erbracht werden. Sofern die Leistung durch Dritte erbracht wird, muss deren Verfügbarkeit bzw. Regelmässigkeit vertraglich vereinbart sein.
Geregelt	Die jeweilige Leistung wird nur punktuell in Anspruch genommen. Für diese Sonderfälle ist eine zeitnahe Zugänglichkeit gewährleistet.

4.3.4 Infrastruktur

Für alle rehabilitativen Leistungs- und Altersgruppen muss ein barrierefreier Zugang innerhalb der Klinik und den zur Klinik gehörenden Aussenanlagen gewährleistet sein. Daneben sind je nach Leistungsgruppe folgende zusätzlichen baulichen und infrastrukturellen Voraussetzungen einzuhalten:

Tabelle 13 Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen

Rehabilitation Erwachsener	
Neurologisch	Separat ausgewiesene Essräume für Patienten mit Schluckstörungen.
Querschnittslähmung	Überwachungseinheit Freizeitangebote i. S. v. geeigneten Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten.
Pulmonal	Kontinuierliche O2-Versorgung auf den Bettenstationen
Frührehabilitation	Alle Patienten der Frührehabilitation: Überwachungseinheit. Neurologische Patienten: geeignetes Sicherheits- und Überwachungssystem für desorientierte u./o. weglaufgefährdete Patienten.
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	
Alle Leistungsgruppen	Geeignete Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen. Altersgerechte Ausstattung der Klinik mit Spielzimmern, Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten.

5 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot

5.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Dem Departement Finanzen und Gesundheit war es ein Anliegen, mit Blick auf die äusserst beschränkten personellen Ressourcen ein möglichst einfaches «Einladungsverfahren» insbesondere bei den bisherigen Spitalpartnern durchzuführen. Zu diesem Zweck wurde ein zweiphasiges Bewerbungsverfahren gewählt:

In einer ersten Phase wurden intern die Patientenströme der Jahre 2008 bis 2010 analysiert. RehaClinic erbringt an seinen zwei Standorten im Kanton jährlich rund 60 Prozent aller stationären rehabilitativen Leistungen für Glarner Patienten, womit es als eine der wesentlichen Anbieterinnen von Rehabilitationsleistungen für den Kanton Glarus eine besondere Position einnimmt.

In einer zweiten Phase wurden die Leistungserbringer, die für die Erteilung eines Leistungsauftrags vorgesehen sind, eingeladen, sich zum Strukturbericht, zum vorgesehenen Listenplatz und den damit verbundenen generellen und speziellen Anforderungen zu äussern und die geltenden Tarife mitzuteilen.

Da in vielen Kantonen die neuen Spitallisten bereits erlassen sind, ist eine wesentliche Voraussetzung um auf die Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation» aufgenommen zu werden, dass ein Spital – auf der geltenden Spitalliste des Standortkantons geführt wird.

Das Departement Finanzen und Gesundheit unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Da einige Bewerbungen noch verschiedene Fragen offen liessen, führte das Departement Finanzen und Gesundheit mit einigen Bewerbern Gespräche durch. Zudem wurden alle Bewerber eingeladen, ihre aktuellen oder bereits bekannten zukünftigen Tarife bekannt zu geben. Der Regierungsrat erteilt in der Rehabilitation ausschliesslich befristete Leistungsaufträge (bis 31.12.2015).

5.2 Prüfung der Anforderungen

In diesem Unterkapitel werden die generellen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen geprüft. Danach werden die Aufnahmebereitschaft und die Erreichbarkeit validiert.

5.2.1 Qualitätsanforderungen

Aus Ressourcengründen wurde in Bezug auf die Prüfung der Qualitätsanforderungen auf die bereits umfassend durchgeführten Arbeiten der jeweiligen Standortkantone abgestützt.

5.2.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die vereinbarten bzw. (provisorisch) festgesetzten Tarife werden für einen groben Vergleich beigezogen. Es werden aber keine Entscheidungen für oder gegen einen Spitalanbieter ausschliesslich gestützt auf die Kosten- resp. Tarifdaten getroffen.

5.2.3 Aufnahmebereitschaft

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals die Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmebereitschaft. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Sämtliche Bewerber werden im Rahmen des Leistungsauftrags dazu verpflichtet, die Aufnahme aller Glarner Patienten in der festgelegten Leistungsgruppe unabhängig vom Versicherungsstatus zu garantieren.

5.2.4 Erreichbarkeit

Die kantonalen Spitalplanungen haben unter anderem den Zugang der Patienten zur (Spital-) Behandlung innert nützlicher Frist bzw. die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der einzelnen Spitalstandorte zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV). Die Erreichbarkeit bildet die von einem festgelegten Standort aus erreichbaren Aktivitäten (Wohn-, Arbeitsplätze) in Abhängigkeit von der Transportdistanz (Fahrzeit) ab. Sie stellt somit ein objektivierbares Mass für die Beurteilung der Standortgunst zentraler Einrichtungen bzw. der regionalen und kantonalen Versorgungsqualität mit zentralen Einrichtungen dar. Die Erreichbarkeit resp. die Zugangsmöglichkeit einer Spitalleistung für die Glarner Bevölkerung ist insbesondere im akutsomatischen Bereich ein wichtiges Entscheidungskriterium. In der Rehabilitation (geringe Fallmengen, grosses Angebot, Substitutionsmöglichkeiten vorhanden) fällt dieses Kriterium aber zugunsten einer qualitativ guten medizinischen Behandlung etwas zurück.

6 Vernehmlassungsergebnisse

Der Strukturbericht «Rehabilitation» und «Psychiatrie» ebenso wie die Entwürfe der Glarner Spitallisten 2012 «Rehabilitation» und «Psychiatrie» wurden während rund sieben Wochen in eine breite Vernehmlassung bei den zuständigen Bundesebenen, den Leistungserbringern, verschiedenen Interessensvertretungen, Verbänden und den benachbarten Kantonen gegeben. Zudem wurde die Vorlage auf der Webseite des Kantons zum Herunterladen aufgeschaltet.

19 Stellungnahmen sowie sechs Verzichtsmittelungen trafen fristgerecht beim Departement ein. Nachfristen wurden aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit keine gewährt. Insgesamt wird der Strukturbericht, als analytisch fundiert und schlüssig beurteilt. Die Aussagen werden für gut dokumentiert und nachvollziehbar befunden. Im Übrigen konnten einige Änderungsanregungen aus der Vernehmlassung direkt in den vorliegenden Strukturberichtsteilen C «Rehabilitation» und D «Psychiatrie» berücksichtigt werden.

Der Verband der Schweizer Krankenversicherer *santésuisse* empfiehlt in seiner Stellungnahme, auf eine Erweiterung des Leistungsgruppenkataloges um die Gruppe der geriatrischen Rehabilitation und der Frührehabilitation als kantonsspezifische Systematik zu verzichten. Das Anliegen wird damit begründet, dass bei interkantonal unterschiedlicher Systematik abweichende Leistungsaufträge an Leistungserbringer erteilt werden, was wiederum Auswirkungen auf die Kostengutsprachepraxis der Versicherer und der Wohnsitzkantone nach sich zieht. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung möchte der Kanton Glarus mit der Spitalliste 2012 «Rehabilitation» aber das Augenmerk stärker auf diese beiden Querschnittsbereiche (sie treten jeweils in Kombination mit den gängigen Leistungsgruppen auf) «geriatrische Rehabilitation» sowie «Frührehabilitation» legen.

Santésuisse schliesst aus den vorliegenden Daten des Strukturberichts²⁷ über die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen der Jahre 2008 bis 2010 generell auf eine Reduktion der in Anspruch genommenen stationären Leistungen in der Rehabilitation in den letzten Jahren und kann folgedessen die in den Szenarien berechnete Erhöhung derselben bis 2020 nicht nachvollziehen. Die Fallzahlen der stationären Rehabilitation unterlagen seit jeher gewissen Schwankungen, liegen aber im Durchschnitt bei 350 Fällen pro Jahr.

Die vorgesehene Konzentration von Leistungsaufträgen und die Berücksichtigung ausserkantonomer Leistungserbringer auf der Spitalliste zur Sicherstellung der Versorgung von Glarner Patienten werden von *santésuisse* begrüsst. Die Aufnahme sämtlicher Leistungserbringer mit innerkantonalem Standort wird aber mit Blick auf mögliche Überkapazitäten kritisch beurteilt. RehaClinic verfügt als Gesamtunternehmen über Leistungsaufträge von drei anderen Kantonen, was bedeutet, dass jene Einwohner unter sämtlichen Standorten von RehaClinic (also auch unter jenen im Kanton Glarus) frei wählen können. Es scheint aus betriebswirtschaftlicher Sicht wahrscheinlich, dass RehaClinic – als eigenständiges Unternehmen – ihre Standortkapazitäten an der bestehenden und zukünftigen Nachfrage nach einer qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Erbringung von Rehabilitationsleistungen ausrichtet und bestrebt ist, Überkapazitäten zu vermeiden oder abzubauen.

7 Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation»

Gemäss Art. 58e KVV sind die für die Sicherung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste aufzuführen. Letztere umfasst somit alle Listenspitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Für jeden Leistungserbringer ist zudem das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen.

In Tabelle 20 (Anhang) findet sich die Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation». Darin sind elf Leistungserbringer aufgeführt.

Insgesamt kann das in der neuen Spitalliste berücksichtigte Angebot den Bedarf der Glarner Bevölkerung an stationärer Rehabilitation, auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme bis 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung, decken. Die Spitalliste 2012 «Rehabilitation» wird auf den 1. Januar 2013 in Kraft treten.

²⁷ Vgl. Tabelle 10

D Psychiatrie

Bei der Spitalplanung im Bereich Psychiatrie kann sich der Kanton Glarus nur bedingt auf bereits erarbeitete Grundlagen von anderen Kantonen abstützen. Einerseits, weil die angewandte Systematik zur Leistungsgruppierung sowie die Substitutionsmöglichkeiten in verschiedenen Kantonen unterschiedlich sind. Andererseits verfügt der Kanton im Bereich der Psychiatrie über wenig verlässliches Datenmaterial nur schon zur Beurteilung der heutigen Nachfrage, geschweige den des künftigen Bedarfes. Die Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen hängt von verschiedenen angebotsseitigen Faktoren ab. Der Kanton weist insbesondere hinsichtlich ambulanter psychiatrischer Angebote (z. B. tagesklinische, aufsuchende, gemeindenahe Psychiatrie- und Psychiatriepflegeangebote) eine deutliche Unterversorgung auf.

Mit dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK²⁸ (in der Folge Leitfaden) werden nachfolgende Ziele angestrebt:

1. Unterstützung der Kantone bei der Planung einer dem KVG genügenden psychiatrischen Versorgung;
2. adäquate Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der Spitalplanung;
3. Stimulation zur Durchführung von Modellprogrammen, da sie eine unverzichtbare Voraussetzung sind, um Elemente der psychiatrischen Versorgung patientengerecht zu entwickeln.

Im Leitfaden wird der Einschluss der ambulanten Versorgung in die Psychiatrieplanung (gemäss Art. 39 KVG) mit den Anforderungen von Art. 32 KVG²⁹ begründet: Dies, weil der Umwelt der Erkrankten erhebliche Bedeutung in der Sekundärprävention, dem Krankheitsgeschehen und in den facettenreichen Rehabilitationsbemühungen zukommt. Die Fachliteratur weist zudem nach, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen, insbesondere aber die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken, durch bedürfnisgerechte ambulante Leistungserbringung gesenkt werden kann.

Der Leitfaden kommt in seiner Analyse zum Schluss, dass mittel- und langfristig eine Reduktion des Bettenangebotes in der Erwachsenenpsychiatrie möglich ist. Dies legen auch Vergleiche mit dem europäischen Ausland nahe. Dabei wird eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt. Mit Blick in die Zukunft spricht der Leitfaden denn auch davon, dass mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel für Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen (Prävention eingeschlossen) verwendet werden sollten. Es wird angeregt, dass Versorgungsregionen definiert werden, deren psychiatrische Dienste für den überwiegenden Teil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind, und dass eine «integrierte Versorgung» unter Einbezug von niedergelassenen Psychiatern, Grundversorgern³⁰, Spitexdiensten, somatischen Spitälern und weiteren Diensten angestrebt wird. Planerisch sind gemäss Leitfaden auch die Spezifitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Alterspsychiatrie sowie der Forensik zu berücksichtigen. Über alle drei Elemente der Leistungserbringung (ambulant, teilstationär, stationär) sind in der Regel interkantonale Zusammenarbeit und regionale Prioritätensetzung angezeigt.³¹

Das erste Kapitel des Strukturberichtsteils Psychiatrie widmet sich vertieft den Grundlagen des Leitfadens, um in der kantonseigenen Planung der nachfolgenden Kapitel entsprechende Inputs einfließen zu lassen.

²⁸ Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Juli 2008, www.gdk-cds.ch

²⁹ Als gesetzliche Voraussetzungen für KVG-Leistungen gilt das WZW-Gebot, dass solche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Die Wirksamkeit muss dabei nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

³⁰ Zu den Grundversorgern werden hier Ärzte mit Praxistätigkeit und Facharztstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, sowie Ärzte mit dem Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt» gezählt.

³¹ Vgl. Leitfaden zur Psychiatrieplanung S. 3 und 4 Bst. g und l

1 Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung

1.1 Einschluss der ambulanten Versorgung

In der Psychiatrieplanung kommt der ambulanten Leistungserbringung und darin insbesondere dem Engagement der öffentlich mandatierten Psychiatrie – im Gegensatz zur Psychiatrie, welche von privaten Trägern (ohne öffentlichen Auftrag) erbracht wird – erhebliche Relevanz zu. Im Vergleich zur akutsomatischen Medizin erhalten in der stationären psychiatrischen Versorgung Einflussgrössen, welche ausserhalb des Medizinischen liegen (wie bspw. soziales Umfeld), mehr Bedeutung. Kommt hinzu, dass sich in der psychiatrischen Versorgung in grösserem Umfang Substitutionsmöglichkeiten für einen stationären Klinikaufenthalt anbieten als in der somatischen Akutversorgung.

1.2 Versorgungsprinzipien und Planungsziele

Zur Umsetzung des derzeit im Entwurf vorliegenden Leitbildes Gesundheit³² sollen die strategischen Ziele der Gesundheitsversorgungsplanung definiert werden. Diese sollen sich sinnvollerweise an Versorgungsprinzipien orientieren, die aber noch zu definieren sein werden. Exemplarisch wird an dieser Stelle auf die im Leitfaden aufgeführten Versorgungsprinzipien³³ der Kantone Zürich und Basel-Landschaft verwiesen. Der Leitfaden empfiehlt denn auch, Leitsätze und Versorgungsprinzipien einer detaillierten Ausgestaltung der psychiatrischen Leistungserbringung voranzustellen.

Der Leitfaden stellt verschiedene Anforderungen an eine differenzierte Psychiatrieplanung:

- Erreichbarkeit von psychiatrischen Diensten in einem Sektor/in einer Region für 90 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Transportmitteln. Es liegen ausreichend Hinweise vor, dass bei schwerer Erkrankten der Anteil der Therapieabbrecher proportional zur Distanz zu den Leistungserbringern zunimmt;
- Ausbau der ambulanten Dienste insbesondere in Gebieten psychiatrischer Unterversorgung;
- Verbesserung des Zugangs zu Institutionen der delegierten Psychotherapie als Teil der öffentlichen psychiatrischen Versorgung;
- Ausbau der ambulanten Versorgung in Richtung wirksame präventive, aufsuchende, krisenintervenierende und rehabilitative Strukturen;
- Prüfung mit Hilfe von mobilen Teams (mit Modellprogrammcharakter), ob die Behandlung und Betreuung psychisch Erkrankter im häuslichen Umfeld garantiert werden kann;
- Stärkung der psychiatrischen Präsenz im öffentlichen Gesundheitswesen über drei Dimensionen:
 - a) Krisenintervention und sekundäre Prävention für jene Bevölkerungsgruppen, welche mehr als 30 Minuten (öV) Distanz zu einer psychiatrischen Abteilung/Klinik leben (z. B. KSG AG);
 - b) Institutionelle Verbindungen der innerkantonalen Psychiatrieabteilung resp. der Listenspitäler des Kantons zu Institutionen für die längerfristige Rehabilitation, die berufliche Eingliederung und zu Institutionen der IV sowie zur Betreuung Alkoholabhängiger müssen substantiell verstärkt werden (im Leistungsauftrag zu konkretisieren);
 - c) Mit niedergelassenen Psychiatern, Grundversorgern sowie mit ambulanten Institutionen der öffentlichen Psychiatrie und Psychotherapie sind Verträge zur integrierten Versorgung anzustreben. Mit integrierter Versorgung ist eine vertragliche Regelung gemeint, die noch während des Aufenthalts eines Patienten in der Klinik die anschliessende ambulante Betreuung sicherstellt.

³² Art. 3^a Gesundheitsgesetz

³³ Vgl. S. 18 und 19 Leitfaden

Eine differenzierte Planung der psychiatrischen Leistungserbringung verlangt den Einbezug einer grösseren Zahl von Beteiligten (Organisationen, Institutionen, einzelne Leistungserbringer usw.) als bei der Planung der stationären somatischen Akutversorgung. Ein solch umfassender Vernehmlassungsprozess kann im laufenden Projekt der Psychiatrieplanung 2012 nicht umgesetzt werden. Er wird im Zusammenhang mit den vorerwähnten strategischen Zielen und der Konzeption zur Umsetzung des Leitbildes Gesundheit zu prüfen sein.

2 Planungsmethodik und zu sichernder Bedarf

2.1 Einleitung

Die Grundlagen der stationären Bedarfsplanung zur Psychiatrie sind im Versorgungsbericht festgehalten und stützen sich auf die Nachfragestruktur 2008. Für die Zuteilung des prognostizierten Bedarfs an die Leistungserbringer sind die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58a bis 58e KVV massgebend. Die Kantone sind gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG verpflichtet, ihre Planung interkantonal zu koordinieren.

2.2 Nachfragestruktur 2010 und Inanspruchnahme 2008 bis 2010

Die psychiatrisch behandelten Glarner Patienten und die von ihnen beanspruchten Leistungen können hinsichtlich ihrer Leistungs- und Altersstruktur wie folgt charakterisiert werden: Rund 75 Prozent der Fälle entfielen auf die vier grössten Diagnosengruppen: Affektive Störungen ([ICD: F3] ca. 30 %), Schizophrenie ([ICD: F2] ca. 20 %), neurotische Störungen ([ICD: F4] ca. 14 %) und Störungen durch Alkohol ([ICD: F10] 11 %). Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 41 Jahre alt. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 27,6 Tagen beanspruchten die Patienten 9'534 Pflgetage (vgl. Tab. 14).

Tabelle 14 Psychiatrieleistungen im Jahr 2010 nach ICD-Diagnosen

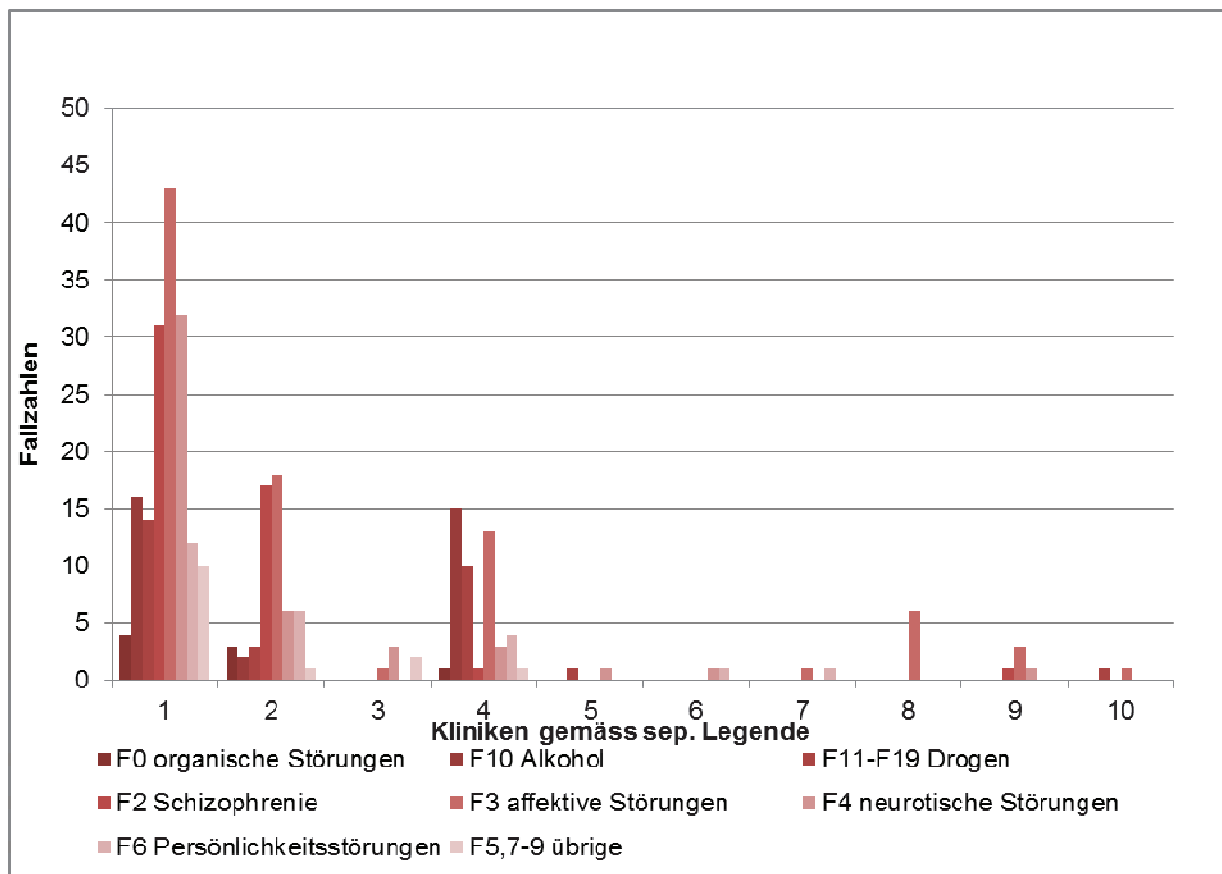
	Fälle	Fälle in %	Pflgetage	Pflgetage in %
F0 organische Störungen	8	3	300	3
F10 Alkohol	34	11	1'096	11
F11-F19 Drogen	30	10	770	8
F2 Schizophrenie	50	17	1'509	16
F3 affektive Störungen	89	30	3'120	33
F4 neurotische Störungen	47	16	1'554	16
F6 Persönlichkeitsstörungen	26	8	746	8
F5,7-9 übrige	15	5	439	5
Total	299	100	9'534	100

Tabelle 15 bietet einen Überblick über die Inanspruchnahme von Psychiatrieleistungen in den Jahren 2008 bis 2010. Auffallend ist der Rückgang der Fälle bei leicht höherem mittlerem Eintrittsalter verwiesen.

Tabelle 15 Überblick über die Inanspruchnahme an Psychiatrieleistungen 2008 – 2010

	2008	2009	2010
Fälle (absolut)	350	302	299
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage) ³⁴	44	45	45
Mittleres Eintrittsalter (Jahre) ³⁵	36	41	39

Im Jahr 2010 beanspruchten insgesamt 299 Glarner Patienten 9'534 Pflégetage in 9 Kantonen resp. 17 Psychiatriespitälern oder -abteilungen.

Abbildung 4 Glarner Patienten je Diagnosegruppe nach Kliniken 2010 (Top-10)

Legende zu Abb. 4

GL: (1) Kantonsspital Glarus; AG: ; AR: (2) Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden; GR: (3) KJP Graubünden; (4) Psychiatrische Dienste Graubünden; SG: (5) Kant. Psychiatrische Klinik; (6) Kant. Psychiatrische Dienste; TG: (7) Clienia Privatklinik Littenheid; ZH: (8) Privatklinik Hohenegg; (9) Clienia Schlössli AG; (10) Integrierte Psychiatrie:

Die psychiatrischen Leistungen der KSGL AG werden derzeit in der Medizinischen Statistik resp. der Krankenhausstatistik des BfS noch unter dem Bereich der Akutsomatik erfasst, was für den vorliegenden Bericht (Abb. 4) eine manuelle Bereinigung des Datensatzes 2010 erforderlich machte.

³⁴ MAHD (ohne Fälle der Psychiatrie KSGL AG, Glarus). Der spezielle Leistungsauftrag der Psychiatrie der KSGL AG im Bereich der «Krisenintervention» führt zu einer vergleichsweise tiefen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Würde man diese MAHD «GL» auf die gesamte psychiatrische Versorgung des Kantons anwenden, ergäbe dies ein wenig realistisches Bild über den zukünftigen Bedarf. Aus diesem Grund wird bei der MAHD ausschliesslich auf die ausserkantonalen Daten abgestützt.

³⁵ Mittleres Eintrittsalter (ohne Fälle der Psychiatrie KSGL AG, Glarus)

Als grosse Stärke der innerkantonalen Versorgung ist die gute, vertikale Vernetzung zwischen der Psychiatrie der KSGL AG und der örtlich nahe gelegenen psychotherapeutisch und psychologisch beratenden Beratungs- und Therapiestelle Sonnenhügel (BTS) zu erwähnen.

2.3 Bedarfsentwicklung 2020

Basierend auf der Nachfrage 2008 wurde im Versorgungsbericht der medizinische Bedarf 2020 unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen prognostiziert. Der Bedarf wurde sowohl anhand der Patientenzahlen als auch der Pflgetage dargestellt. Die Datengrundlage wurde im vorliegenden Strukturbericht auf die Nachfragestruktur 2010 hin angepasst, die Prozentwerte der Szenarienberechnung hingegen nicht verändert. Bei der Bedarfsentwicklung in der Psychiatrie spielt insbesondere das Angebot an Substitutionsmöglichkeiten wie beispielsweise ambulante oder tagesklinische, aufsuchende und präventive Psychiatrieleistungen eine massgebende Rolle. Wie bereits einleitend festgestellt, besteht gerade hinsichtlich der Substitutionsangebote in der Psychiatrie im Kanton Glarus eine erhebliche Unterversorgung. Zukünftige Entwicklungen sind auf dieser Grundlage schwer abschätzbar. Es wurden wiederum drei verschiedene Szenarien in der Beurteilung der Bedarfsentwicklung berücksichtigt. Hinsichtlich der per 2020 prognostizierten Glarner Nachfrage nach stationärer Psychiatrie ergibt sich ein leichter Rückgang auf 280 Fälle (Ausgangspunkt 2010: 299 Fälle). Hinsichtlich der Pflgetage muss unter Vorbehalt von geeigneten Substitutionsmöglichkeiten mit einem Rückgang auf 6'054 bis 3'870 Pflgetage ausgegangen werden.

3 Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie

3.1 Ambulant vor Stationär

Die Psychiatrie ist wie kein anderes medizinisches Fachgebiet von der Entwicklung der Gesellschaft, der Bildung, der Wirtschaft usw. abhängig. Die Strategie «ambulant vor stationär» sowie das Konzept der integrierten Versorgung haben in der Psychiatrie einen ausserordentlich hohen und wohl auch allgemein akzeptierten Stellenwert. Die psychische Stabilisierung von Patienten hängt stark von tragenden Sozialstrukturen und einer guten Vernetzung medizinischer, sozialbetreuender und behördlicher Anlaufstellen mit psychosozialen und (sozial)-psychiatrischen Angeboten sowie mit präventiv arbeitenden Institutionen ab. Innerhalb des erwähnten Gesundheitsleitbildes resp. der daraus abzuleitenden gesundheitspolitischen Gesamtstrategie des Kantons wird auch die psychiatrische Versorgung der Zukunft (bis 2030) zu thematisieren sein, insbesondere, weil die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen ungebremsst anzusteigen scheint.

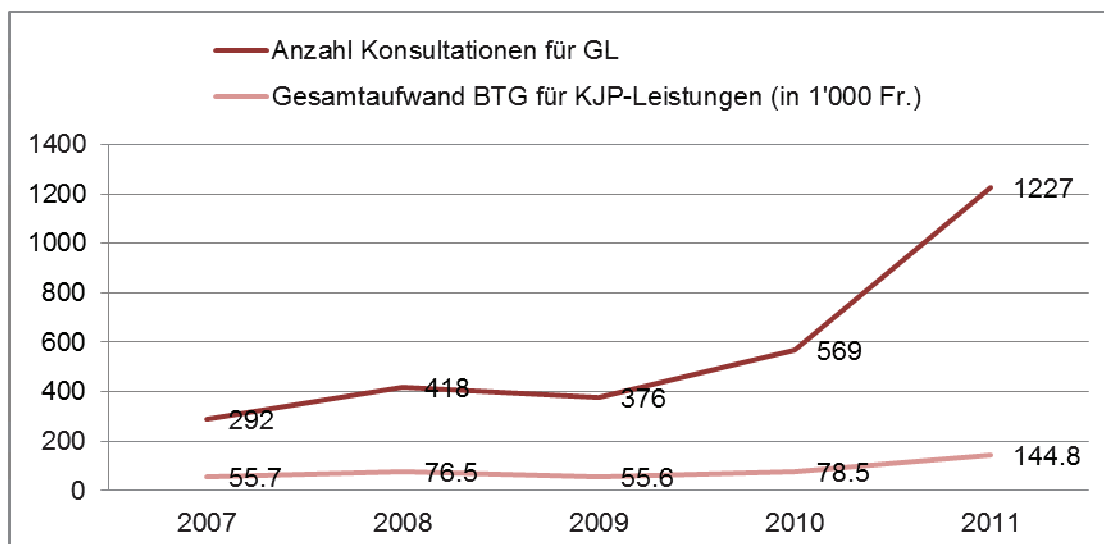
Der angebotsübergreifenden Triage kommt eine grosse Bedeutung zu, ebenso sind Kapazitätsverlagerungen von stationär zu ambulant in einem etappierten, koordinierten Prozess anzugehen. Sie haben über die Systemgrenze der Psychiatrie hinaus Auswirkungen auf Bereiche wie Familie, Schule, Justiz, Kinder-, Behinderten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und den Sozialbereich (Fürsorge). Den Primärversorgern (Haus- und Kinderärzte) sowie den privaten Anbietern ambulanter psychiatrischer Leistungen³⁶ kommt ein hoher Stellenwert zu. Sie sind durch ihre Kenntnis der familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patienten und durch ihre oft langdauernde Präsenz vor Ort besonders geeignet, längere und systemisch ausgerichtete Behandlungen zu leisten. Derzeit verfügt keine Institution über einen Auftrag als sozialpsychiatrische Dienstleisterin. Am ehesten könnte eine solche umfassendere Leistung derzeit von den öffentlich mitfinanzierten Institutionen KSGL AG allenfalls mit ihrem Kooperationspartner in der Psychiatrie und der BTS gemeinsam erbracht werden.

³⁶ Spitex-Organisationen, in Psychiatriepflege spez. Pflegefachpersonen, sozialpsychiatrische Dienstleistungen (im Sinne eines Psychiatrieansatzes, der koordinative und sozialberaterische Leistungen im Sinne eines wirkungsvollen Case Managements mit einschliesst)

3.2 Ausrichtung und Schwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton wird heute über eine Kooperation zwischen der innerkantonal tätigen Stiftung Beratungs- und Therapiestelle Glarnerland (BTG) (Trägerin der BTS) mit der Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Schwyz (KJP Schwyz) resp. deren kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst in Lachen (KJPD Lachen) sichergestellt. Gestützt auf den Leistungsauftrag des Regierungsrates des Kantons Glarus an die BTG beauftragt diese wiederum seit 2007 die Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Schwyz mit ambulanten psychiatrischen Leistungen für Glarner Kinder und Jugendliche resp. deren Familien. Die Gesamtzahl behandelter Patienten der Stiftung KJP Schwyz liegt mit 1'212 Personen im Jahr 2011 um 6 Prozent höher als 2010. Der Anteil der am KJPD-Stützpunkt in Lachen behandelten Glarner Patienten stieg derweilen seit 2007 um über 300 Prozent auf 1'227 Konsultationen an. Die BTG vergütet der KJP Schwyz jene Kosten an die kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden (i. S. einer Deckungspauschale / Konsultation; vgl. hierzu Abb. 5).

Abbildung 5 Übersicht Gesamtzahl Konsultationen und Vergütung KJPD Lachen



Des Weiteren ist ein Kinder- und Jugendpsychiater im Kanton selbständig tätig. Den Grundversorgern und insbesondere Kinderärzten kommt ebenfalls ein hoher Stellenwert zu. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist an dieser Stelle die teilweise aufsuchende Beratung der Mütter- und Väterberatung zu nennen, die Kinder bis zum fünften Lebensjahr und deren Eltern betreut.

3.3 Ausrichtung und Schwerpunkte der Erwachsenenpsychiatrie

Die Substitution kann nur gelingen, wenn Gesundheitsförderung und Prävention ebenso wie ambulante (und auch aufsuchende) Angebote verstärkt und Familien sowie das soziale Umfeld von psychiatrischen Patienten vermehrt unterstützt werden. Die psychiatrische Versorgung sollte insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung und die bestehende Unterversorgung stärker auf ambulante Behandlungen ausgerichtet werden. Wo immer möglich sind stationäre Patienten der ambulanten Behandlung und Reintegration zuzuführen.

3.4 Substitutionspotential in der Erwachsenenpsychiatrie

Der Kanton Thurgau definierte zur Prüfung des Substitutionspotentials in der Erwachsenenpsychiatrie³⁷ vier Patientengruppen, die in psychiatrischen Kliniken «fehlversorgt» sind und demgemäss in unterschiedlichem Ausmass von einer Neuausrichtung der Versorgung auf ambulante Behandlungen profitieren könnten. Mit anderen Worten handelt es sich um Aufenthalte, die mit geeigneten ambulanten Angeboten substituiert werden sollten. Der Kanton Thurgau verweist hierbei auf die in der untenstehenden Tabelle 16 aufgeführten Patientengruppen «mit komplexer psychosozialer Problemlage» (Spalte II.) und «Fehlindikationen» (Spalte IV.), auf die in zukünftigen Planungen ein besonderes Augenmerk zu richten ist. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass sich die Erkenntnisse des Kantons Thurgau auch auf die Situation im Kanton Glarus übertragen lassen.

Tabelle 16 Übersicht über substituierbare stationäre Aufenthalte

Behandlungshintergrund	I. Morbus bedingt	II. Komplexe psychosoziale Problemlage	III. Störungsspezifische stationäre Versorgung	IV. Fehlindikationen
<i>Kennzeichen</i>	Schwere der Erkrankung macht stationäre Behandlung notwendig; ambulante Behandlung ist mit bestehenden Angeboten nicht mehr möglich.	Zusätzliche komplexe psychosoziale Problemlagen, die teilweise auch von den eigentlich zuständigen Stellen nicht gelöst werden können, überfordern das Helfernetz ausserhalb der Klinik, verzögern die Behandlung und erschweren Platzierung.	Eine spezifische, meist störungsspezifische ausgerichtete stationäre Behandlung stellt einen echten Benefit dar oder ist die einzige Alternative (z. B. Forensische Psychiatrie).	Patient könnte eigentlich besser in einem nicht stationären Setting (oder gar nicht) behandelt werden.
<i>Prognose</i>	Insgesamt eher rückläufig durch med. Fortschritt (Behandlungsverkürzung, ambulant mehr möglich).	Insgesamt eher Zunahme durch: Wegfall beruflicher Nischen, Veränderung der familiären Strukturen, Migration, Psychiatrieaufenthalt ist kaum mehr aversiv.	Insgesamt eher Zunahme durch med. Fortschritt und Spezialisierung (analog somatischer Medizin).	Insgesamt eher rückläufig; Gesellschaft kritischer mit Psychiatrie; Belegungsdauern gehen zurück.
<i>Lösung</i>	Fachspezifische Weiterentwicklung im ambulanten Bereich fördern. Finanzierungsprobleme beseitigen.	– Bessere Vernetzung – Aufsuchende Angebote – Tageskliniken – Selektive Prävention – Empowerment-Initiativen – Langzeitbehandlung	Ggfs. fachspezifische Diskussion; bessere Kooperation zwischen den Institutionen	Triage verbessern. Benchmarking mit anderen Kliniken.

3.5 Integration, Langzeitkranke, forensische Psychiatrie

3.5.1 Integration

Mit den IV-Revisionen (4 und 5) erhalten Arbeitsplatzhaltung und berufliche Reintegration einen höheren Stellenwert. Eingliederung vor und trotz Rente sowie die Ausbildung und Begleitung von psychisch Behinderten in der freien Wirtschaft sind zu verwirklichen. Konzepte wie Arbeitsassistenz, Jobcoaching, Ausbildungscoaching und geschützte Arbeitsplätze liegen vor, entsprechende Angebote müssen verstärkt kommuniziert und genutzt werden. Analog zur aufsuchenden Psychiatrie als Unterstützung der Familien sollten Unternehmen versuchen psychiatrische Kompetenz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufzubauen. Dabei könnten insbesondere Themenbereiche wie Konfliktbewältigung, Psychohygiene für Kader und Angestellte, Umgang mit Stress, Work-Life-Balance, Umgang mit Kündigungen etc. gezielt angegangen werden.

³⁷ Kanton Thurgau Spitalplanung 2012, Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitalliste ab 1. Januar 2012, September 2011, Ziff. 10.8.3, S. 130.

Entsprechende Unterstützungsmassnahmen seitens des Kantons sind im Rahmen der Erarbeitung des Konzeptes Gesundheitsförderung und Prävention³⁸ zu prüfen.

3.5.2 Langzeitkranke

Für psychisch behinderte Langzeitpatienten sind patientenorientierte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Betroffen sind Patienten, die chronisch so schwer krank sind, dass eine umfassende Betreuung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nicht möglich ist. Für den Kanton Glarus ist aber höchstens von einem Bedarf von zwei bis drei Plätzen für die Behandlung von schwerst chronischen psychiatrischen Fällen auszugehen, die in geschlossenen Abteilungen mit signifikant höherem Personaleinsatz und permanenter ärztlicher Versorgung während 24 Stunden über mehr als 365 Tage betreut werden müssen. Der entsprechende Bedarf kann auch in Zukunft aus Ressourcen- und Infrastrukturgründen nur in Kooperation mit ausserkantonalen Anbietern gedeckt werden.

3.5.3 Forensische Psychiatrie

Psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter bedürfen fachkundiger Abklärung und Behandlung. Die stationäre Aufnahme kann jedoch nur bei ausserkantonalen, leicht oder hochgesicherten forensischen, mit entsprechendem Sicherheitsdispositiv ausgestatteten Leistungsanbietern sichergestellt werden. Es bestehen entsprechende Konkordate mit anderen Kantonen.

3.6 Finanzierungsmodell in der Psychiatrie

Die bisherigen Listenspitäler der stationären psychiatrischen Versorgung der Glarner Bevölkerung wurden für ihre Leistungen gestützt auf das KVG mit öffentlichen Betriebsbeiträgen entschädigt. Diese waren an die Verpflichtung geknüpft, Glarner Patienten jederzeit Aufnahme zu gewähren.

An die BTG entrichtet der Kanton einen jährlichen Globalbeitrag sowie einen Beitrag aus dem Alkoholzehntel an deren ungedeckte Kosten zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Letzterer beinhaltet

- ambulante Psychiatrie (in Zusammenarbeit mit der KSGL AG),
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (an KJP Schwyz delegiert),
- Familien-, Paar- und Sexualberatung inkl. der (bundesgesetzlich vorgeschriebenen) Schwangerschaftsberatungsstelle sowie
- Suchtberatung.

Da zurzeit kein entsprechendes Angebot innerhalb des Kantons zur Verfügung steht, werden im Sinne eines pragmatischen Modellansatzes zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung, den PDGR sowie den Psychiatrischen Diensten St. Gallen Süd (PDS) Deckungsbeiträge an tagesklinische Leistungen für Glarner Patienten entrichtet. Dies mit dem Ziel, zumindest teilweise eine Verschiebung von einer zuweilen nicht mehr indizierten stationären Behandlung hin zu einer integrativen tagesklinischen resp. ambulanten Behandlung von Langzeitpatienten herbeiführen zu können. Die KSGL AG hat den Auftrag, allein oder in Kooperation mit einem anderen Anbieter den Aufbau eines entsprechenden tagesklinischen Angebotes zu prüfen und ggfs. umzusetzen.

Die Intensivierung einer ambulanten psychiatrischen Versorgung wird nur durch die Mitfinanzierung des Kantons umsetzbar sein. Im Gegensatz zur Akutsomatik hat die psychiatrische Versorgung unzählige Schnittstellen zu Justiz, Erziehung und Fürsorge. Bei diesen Schnittstellenaufgaben handelt es sich häufig um «nicht KVG-pflichtige Leistungen». Die KVG-Tarife für intensive, interdisziplinäre ambulante psychiatrische Leistungen sind nicht kostendeckend. Als Finanzierungsmodell muss deshalb das ambulante und stationäre Angebot integral betrachtet werden. So werden Tagesklinikplätze analog den stationären Behandlungen mit grosser Wahrscheinlichkeit auch weiterhin durch den Kanton mitzufinanzieren sein.

³⁸ gestützt auf das Gesundheitsleitbild [Art. 3a] sowie Art. 11 des Gesundheitsgesetzes

Im Gegenzug dazu ist darauf einzuwirken, dass die stationäre Leistungsmenge langfristig stabilisiert werden kann, was zu Einsparungen in mehreren Bereichen führen kann.

3.7 Geltende stationäre Leistungsaufträge

Auf der aktuellen Spitalliste sind im Bereich der Psychiatrie das PZH sowie die PDGR aufgeführt. Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung besteht ein informelles Übereinkommen mit der Stiftung für Kinder und Jugendpsychiatrie Graubünden zur Behandlung von Glarner Kinder- und Jugendlichen in deren Jugendpsychiatrischer Station in Chur. Diese Station steht wiederum in enger insbesondere örtlicher Kooperation mit den PDGR resp. deren Klinik Waldhaus in Chur. Weitere Vereinbarungen in diesem Bereich existieren nicht.

3.8 Leistungsgruppen und Angebote in der Psychiatrie

Im Gegensatz zur Akutsomatik besteht in der Psychiatrie derzeit keine Einigkeit über eine (kosten)homogene Fallgruppierung der Leistungen. Grund dafür ist primär, dass patientenindividuelle Charakteristiken weit signifikanter das Behandlungssetting und die Aufenthaltsdauer beeinflussen als in der Akutsomatik oder der Rehabilitation. Jede (auch eine leistungsorientierte) Zuteilung hat daher die funktionale Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das heisst, in jeder Diagnosegruppe ist mit einem geplanten Wahleintritt, mit notwendiger Aufnahme und unterschiedlichen Therapiesettings wie integrativ-psychotherapeutischem Ansatz oder akutpsychiatrischer, pflegerischer Intervention zu rechnen.

Die einzige unbestrittene Abgrenzung besteht darin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie von derjenigen der Erwachsenenpsychiatrie zu unterscheiden. Überlappungen ergeben sich bei den 16- bis 18-Jährigen, welche je nach individuellem Entwicklungsstand eher einem Setting für Jugendliche oder für Erwachsene bedürfen und zudem bei den 10 bis 14jährigen Kindern resp. Jugendlichen. Aufgrund der unregelmässig anfallenden und sehr geringen Fallzahlen macht es wenig Sinn, entsprechende Leistungsaufträge für ausgewählte Leistungsgebiete in diesem Bereich zu erteilen. Die niedergelassenen Kinderärzte und der Kinderpsychiater ebenso wie der für den Kanton Glarus tätige KJPD Lachen kennen die Schwerpunkte der Angebote und die individuellen Zuweisungskriterien. Zur statistischen Abgrenzung werden Personen ab 18 Jahren der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie zugeordnet.

Die Zuteilung im Rahmen der Bedarfsplanung erfolgt aus obigen Gründen auf der Grundlage der zugrundeliegenden psychiatrischen Diagnose nach ICD (F0 – F99). Die Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie» stützt sich auf diese Systematik. Es erfolgt auch in der Psychiatrieplanung keine Zuteilung von definierten Fallmengen.

4 Kriterien und Instrumente der Spitalplanung

Bei der Beurteilung und Auswahl des mit der Spitalliste zu sichernden Angebotes haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Das BAG hat sich bis heute nicht dazu geäußert, wann eine Leistung effizient erbracht wird und welche Qualität der Leistungserbringung gefordert ist.

4.1 Qualität

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat im Rahmen der Zürcher Psychiatrieplanung 2012³⁹ Qualitätsanforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen.

³⁹ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Zürcher Psychiatrieplanung 2012. 2. Teil: Strukturbericht Psychiatrie. Dezember 2011.

4.2 Wirtschaftlichkeit

Übergeordnet und vorrangig wird die Gesamtwirtschaftlichkeit des Versorgungssystems über die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge und die Entwicklung entsprechender Substitutionsangebote (vgl. Kap. 3.1) zu steuern sein.

4.3 Mengensteuerung

Mit der neuen Spitalplanung soll (unverändert) eine bedarfsorientierte Versorgung der Glarner Bevölkerung sichergestellt werden; sie soll allgemein zugänglich sein. Der entsprechende Bedarf ist zu erheben und periodisch zu überprüfen. Mit der konsequenten Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung wird auf eine direkte Mengensteuerung (z. B. über Spitalbetten) in der Spitalliste verzichtet. Indirekt wird über die Anzahl vergebender Leistungsaufträge gesteuert.

Eine Rationierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn mit z. B. überdurchschnittlichen Wartefristen, Ausschlusskriterien für teure Behandlungen etc. kommt für den Kanton Glarus derzeit nicht in Frage. Die Spitalversorgung ist jedoch so zu gestalten, dass sie – unter den gegebenen Rahmenbedingungen des KVG zur freien Spitalwahl – für die Bevölkerung und den Kanton wirtschaftlich tragbar ist.

Die Mengenentwicklung ist zu monitorisieren, insbesondere zur Prüfung der Wirkung von eingeführten Substitutionsangeboten wie in Kap. 3.1 ausgeführt.

5 Evaluation

Obwohl die Glarner Spitalplanung 2012 im Bereich der Psychiatrie weitgehend analog zur Planung der Akutsomatik und der Rehabilitation erfolgt, kommen aufgrund der spezifischen Eigenschaften der Psychiatrie für die Evaluation teilweise andere Kriterien zum Tragen. So rücken strukturelle Voraussetzungen, Prozessstandardisierungen und Mindestfallzahlen vergleichsweise in den Hintergrund. Der Beitrag der Leistungserbringer zur Grundversorgung von betreuungsaufwändigen, schwer erkrankten Patienten sowie systematische und dokumentierte Qualitätsbemühungen gewinnen an Bedeutung.

5.1 Evaluationskriterien

Das KVG sieht bei der Evaluation der Leistungserbringer einerseits die Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit vor, andererseits die Gewährleistung der generellen Aufnahmepflicht. Zusätzlich sind gemäss KVV der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien bei der Evaluation der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

5.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

Neben den Voraussetzungen zum Erhalt einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung im Standortkanton muss jede Klinik für die Aufnahme auf die Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie» unabhängig ihres Leistungsspektrums generelle Qualitätsanforderungen erfüllen. Damit wird die notwendige Qualität der Behandlungen gesichert. Die Qualitätsanforderungen dieses Strukturberichts orientieren sich an den in Kapitel 4.1 erwähnten Anforderungen der Zürcher Psychiatrieplanung 2012. Die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in Bezug auf Personalstruktur, Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals wie auch das Vorhandensein bestimmter diagnostischer und therapeutischer Angebote sind für jeden Klinikstandort zu garantieren:

- *Aufnahmepflicht* im Rahmen des Leistungsauftrags für Glarner Patienten unabhängig von deren Versicherungsstatus gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG und der Kostendeckung im konkreten Fall;
- *Qualitätssicherungskonzept* unter Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität;

- das Vorliegen von *krankheits- bzw. störungsspezifischen Behandlungs- und Pflegekonzepten* sowie eines auf die Schnittstellen zu vor-, nach- und nebengelagerten Leistungserbringern ausgerichteten *Versorgungskonzeptes*;
- *das Erfüllen von Minimalanforderungen* betreffend Infrastruktur, Personalstruktur sowie Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten;
- *Definierter Behandlungsprozess je Klinikstandort*, der strukturierte und patientenbezogene Therapieplanung, Austrittsmanagement und ausführliche Behandlungsdokumentation beinhaltet;
- *Qualitätsverantwortliche und Verpflichtung zur Teilnahme* an den etablierten Qualitätsmessungen des ANQ;
- Critical Incident Reporting System (CIRS);
- *Durchführung vergleichbarer Patientenbefragungen* (Zufriedenheitsmessungen); transparente Berichterstattung der Ergebnisse;
- *Nachweis der Förderung von Aus- und Weiterbildung* von Gesundheitsfachpersonen.

Um die notwendige Qualität der Behandlung sicherstellen zu können, müssen die nachfolgend beschriebenen strukturellen Qualitätsanforderungen an jedem Standort erfüllt sein:

- *Facharzttitle in Psychiatrie und Psychotherapie und eine Festanstellung* für medizinische Leitung und Stellvertretung;
- *Multiprofessionelles Behandlungsteam*, das insbesondere aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, diplomiertem Krankenpflegepersonal, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten und Ergotherapeuten und/oder Heilpädagogen zu bestehen hat;
- *spitaleigenen Sozialdienst bzw. diplomierter Sozialarbeiter*;
- Durchführung *regelmässiger Supervision*;
- hinsichtlich der *Verfügbarkeit* des ärztlichen und pflegerischen Personals wird bei einem Listenspital vorausgesetzt, dass *der diensthabende Arzt jederzeit erreichbar* ist. Die *diagnostische und therapeutische Intervention* ist bei einer medizinischen Notwendigkeit in *30 Minuten erreichbar*, wobei eine *stete Präsenz im Haus nicht notwendig* ist. Gleichzeitig ist ein *fachärztlicher Hintergrunddienst* sicherzustellen. Für *akutsomatische Notfälle* liegt ein *Notfallkonzept* vor, das eine fachgerechte und adäquate Versorgung gewährleistet;
- *medizinische und psychologische Diagnostik* vor Ort;
- *Therapie und Beratung vor Ort* mit klinischer Psychotherapie, Ergo-, Gestaltungs- und Aktivierungstherapie wie Sozialberatung umfassen. Der Zugang zu einem Berufsberatungsangebot sollte gewährleistet sein.

5.1.2 Spezifische Qualitätsanforderungen

Aufgrund der besonderen Spezifika der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben psychiatrische Kliniken, die sich für diese Leistungsbereiche bewerben, zusätzlich spezielle Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Da der Kanton Glarus die Versorgung seiner Bevölkerung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen nur mit ausserkantonalen Spitalanbietern sicherstellen kann, wird an dieser Stelle auf die spezifischen Qualitätsanforderungen der kantonalen Spitalplanungen der Standortkantone der Listenspitäler verwiesen; sie haben für eine stationäre Leistungserbringung im Auftrag des Kantons Glarus ebenfalls verbindlichen Charakter.

5.1.3 Wirtschaftlichkeit

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kann in der Regel nur integral für die psychiatrische Klinik als Ganzes erfolgen. Davon unterscheidet sich die Kostenstruktur einer Psychiatrischen Abteilung, die in einem akutsomatischen Spitalbetrieb integriert ist (z. B. KSGL AG). Die Kosten werden primär durch die Personal- und Infrastrukturanforderungen bestimmt, welche wiederum vom leistungsspezifischen Angebot der Klinik abhängen. Die Angebote sind zwischen den Kliniken nicht vergleichbar. Faktoren, die für tiefere Kostenstrukturen sprechen, sind:

- Kliniken ohne umfassende institutionelle Grundversorgung;
- Keine externe Notfallversorgung;
- Keine permanente Aufnahmebereitschaft und Behandlungspflicht;
- Keine Fürsorgerischen Freiheitsentzüge, keine forensisch-psychiatrischen Angebote;
- Wenig/keine geschlossene Abteilung(en);

- Keine Krisenintervention;
- Patienten mit leichterem Schweregrad resp. Behandlungsbedürftigkeit und Vorhandensein der Krankheitseinsicht;
- Patienten mit geringerem Pflegebedarf;
- Eingeschränkte Rollstuhl- und Bettengängigkeit der Infrastruktur;
- Keine/wenige Isolierzimmer;
- Eingeschränkte medizinische Notrufanlage/geringere Sicherheitsanforderungen;
- Keine geschlossene Abteilung(en) mit Demenzgarten resp. Aussenhof.

Kliniken haben je nach Ausprägung oben genannter Einschränkungen signifikant tiefere Kosten auszuweisen. Die Zuteilung der zu vergebenden Leistungsaufträge erfolgt somit gestützt auf die bisherige Inanspruchnahme einerseits sowie die in den vorangehenden Unterkapiteln ausgeführten Qualitätsanforderungen.

5.1.4 Erreichbarkeit

Der Kanton Glarus verfügt für die stationäre psychiatrische Versorgung der Glarner Bevölkerung über eine langjährige, akzeptierte Zusammenarbeit mit dem PZH. Mit maximal neun psychiatrischen Plätzen vermochte das Kantonsspital Glarus bislang rund 50 Prozent der psychiatrischen Fälle selbst zu behandeln. Rund 18 Prozent der insgesamt rund 300 Fälle werden am PZH und weitere rund 16 Prozent in den Kliniken der PDGR (Klinik Waldhaus, Chur und Klinik Beverin, Cazis) behandelt.

In der Psychiatrie hat die rasche Erreichbarkeit eines Spitals im Notfall eine wesentlich geringere Bedeutung als in der akutsomatischen Medizin, was obige Zahlen bestätigen. Viel wichtiger ist die Erreichbarkeit hinsichtlich der möglichst raschen Integration psychiatrischer Patienten nach einer akuten Krise, der in den Behandlungsprozess einbezogenen Bezugspersonen sowie des angemessenen Austausches der involvierten Institutionen und Stellen. Eine ausreichende Vernetzung der Hilfsangebote kann nur gewährleistet werden, wenn die sich gegenseitig ergänzenden Institutionen auch in örtlicher Hinsicht in der Lage sind, einen angemessenen Austausch zu pflegen.

6 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot

6.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Dem Departement Finanzen und Gesundheit war es ein Anliegen, mit Blick auf die äusserst beschränkten personellen Ressourcen und die komplexe Planungssystematik ein möglichst einfaches «Einladungsverfahren» insbesondere bei den bisherigen Spitalpartnern durchzuführen. Zu diesem Zweck wurde ein zweiphasiges Bewerbungsverfahren gewählt:

In einer ersten Phase wurden intern die Patientenströme der Jahre 2008 bis 2010 analysiert. Die Psychiatrie des Kantonsspitals Glarus erbringt jährlich rund 50 Prozent aller stationären psychiatrischen Spitalbehandlungen für Glarner (Fallzahl GL: 2008 = 149; 2009 = 142, 2010 = 162), womit es als eine der Hauptanbieterinnen von Grundleistungen der Erwachsenenpsychiatrie und psychotherapie für den Kanton Glarus eine besondere Position einnimmt.

In einer zweiten Phase wurden diejenigen Leistungserbringer, die für die Erteilung eines Leistungsauftrags vorgesehen sind, eingeladen, sich zu bewerben. Da in vielen Kantonen die neuen Spitallisten ab 2012 bereits erlassen sind, ist eine wesentliche Voraussetzung um auf die Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie» aufgenommen zu werden, dass ein Spital —auf der geltenden Spitalliste des Standortkantons geführt wird.

Das Departement Finanzen und Gesundheit unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Da einige Bewerbungen noch verschiedene Fragen offen liessen, führte das Departement Finanzen und Gesundheit mit einigen Bewerbern Gespräche durch. Zudem wurden alle Bewerber eingeladen, ihre aktuellen oder bereits bekannten zukünftigen Tarife bekannt zu geben.

Der Regierungsrat erteilt in der Erwachsenenpsychiatrie grundsätzlich unbefristete Leistungsaufträge mit Ausnahme von Leistungsaufträgen für sehr spezialisierte Leistungsbereiche. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von dieser Regel abzuweichen und die Leistungsaufträge auf drei Jahre zu befristen. Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt der Kanton auf eine Erweiterung des Angebots; es wird zu gegebener Zeit zu prüfen sein, ob der Bedarf damit ausreichend gedeckt werden kann.

6.2 Prüfung der Anforderungen

In diesem Unterkapitel werden die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen geprüft. Danach werden die Aufnahmebereitschaft und die Erreichbarkeit validiert.

6.2.1 Qualitätsanforderungen

Aus Ressourcengründen wird in Bezug auf die Prüfung der Qualitätsanforderungen auf die bereits umfassend durchgeführten Arbeiten der jeweiligen Standortkantone abgestützt.

6.2.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die vereinbarten und (provisorisch) festgesetzten Tarife werden für einen groben Vergleich beigezogen. Es werden aber keine Entscheidungen für oder gegen einen Spitalanbieter ausschliesslich gestützt auf die Kosten- resp. Tarifdaten getroffen.

6.2.3 Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals die Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmebereitschaft. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Sämtliche Bewerber werden im Rahmen des Leistungsauftrags dazu verpflichtet, die Aufnahme aller Glarner Patienten in der festgelegten Leistungsgruppe unabhängig vom Versicherungsstatus zu garantieren.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit werden insbesondere die Vernetzungsmöglichkeiten zwischen den ausserkantonalen und den lokalen Leistungserbringern beurteilt. Das Bestehen oder die Förderung von solchen wird in der Gesamtbeurteilung entsprechenden Wert erhalten.

7 Vernehmlassungsergebnisse

Der Strukturbericht Teil «Rehabilitation» und «Psychiatrie» ebenso wie die Entwürfe der Glarner Spitallisten 2012 «Rehabilitation» und «Psychiatrie» wurden während rund sieben Wochen in eine breite Vernehmlassung bei den zuständigen Bundesebenen, den Leistungserbringern, verschiedenen Interessensvertretungen, Verbänden und den benachbarten Kantonen gegeben. Zudem wurde die Vorlage auf der Webseite des Kantons zum Herunterladen aufgeschaltet. 19 Stellungnahmen sowie sechs Verzichtsmittelungen trafen fristgerecht beim Departement ein. Nachfristen wurden aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit keine gewährt. Insgesamt wird der Strukturbericht, Teil «Rehabilitation» und «Psychiatrie» als analytisch fundiert und schlüssig beurteilt. Die Aussagen werden für gut dokumentiert und nachvollziehbar befunden. Im Übrigen konnten einige Änderungsanregungen aus der Vernehmlassung direkt in den vorliegenden Strukturbericht berücksichtigt werden.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich informierte anlässlich der Vernehmlassung, dass die ursprünglichen Qualitätsanforderungen in den «Spezifikationen der Leistungsaufträge der Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie» die Gegebenheiten der psychiatrischen Versorgung hinsichtlich der ärztlichen Verfügbarkeit nicht angemessen widerspiegeln und auch unnötige Kosten verursachen könnten. Die Gesundheitsdirektion schlägt dem Departement Finanzen und Gesundheit deshalb vor, diese Qualitätsanforderung im Glarner Strukturbericht entsprechend anzupassen. Die Anpassungen sind in die strukturellen Qualitätsanforderungen integriert worden. Gemäss neuer Formulierung hat der diensthabende Arzt tags- wie nachtsüber zumindest telefonisch erreichbar zu sein. Ist eine Intervention vor Ort notwendig, hat der Arzt innert 30 Minuten zu erscheinen.

Der diensthabende Arzt soll sich jederzeit mit einem Kaderarzt konsultativ beraten können. Da Patienten in vielen psychiatrischen Versorgungsbereichen hohe somatische Komorbiditäten aufweisen (z. B. Alterspsychiatrie), muss den somatischen Notfällen besonders Rechnung getragen werden. Deshalb wird für somatische Notfälle ein Notfallkonzept verlangt. Dabei muss eine fachgerechte und adäquate Versorgung von somatischen Notfällen jederzeit sichergestellt werden.

Die KSGL AG bestätigt in ihrer Stellungnahme, dass der Aufgabe des sozialpsychiatrischen Dienstes mit seinen Triage- und Koordinationsfunktionen über Systemgrenzen hinweg in der Psychiatrie sehr grosse Bedeutung zukommt. Diese Aufgaben seien aber zurzeit nicht (klar) verteilt. Der Aufbau eines solchen Angebotes des Case Managements sei zu schaffen (resp. die KSGL AG damit zu beauftragen), weil es die Patienten wieder rascher und effizienter in den Alltag zurückführen könnte. Doppelspurigkeiten könnten dabei reduziert werden. Die Prüfung eines solchen Auftrags ist nicht Gegenstand der vorliegenden stationären Spital- und Rehabilitationsplanung. Im Rahmen der Umsetzung des Leitbildes Gesundheit werden entsprechende Überlegungen vorzunehmen sein.

Die Glarner Ärztesgesellschaft beantragt die Aufnahme der Kinderstation Brüschrhalde des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich in Männedorf sowie der Klinik Sonnenhof in Ganterschwil auf die Spitalliste «Psychiatrie» des Kantons Glarus. Der Antrag wird damit begründet, dass ein grosszügiges, qualitativ hochstehendes und gut erreichbares familienfreundliches Angebot bereitzustellen ist, gerade weil die Fallzahlen von Glarner Kinder- und Jugendlichen, die einer stationären oder halbstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen, gering sind. Aufnahmeengpässe könnten auf diese Weise minimiert werden. Der Kinderstation Brüschrhalde des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich wurde mit Schreiben vom 8. Oktober 2012 die Möglichkeit gegeben, sich zu einem Listenplatz auf der Glarner Spitalliste vernehmen zu lassen. Leider liegt bis heute keine entsprechende Stellungnahme vor. Dem Antrag der Glarner Ärztesgesellschaft ist entgegenzuhalten, dass es sich im psychiatrischen Bereich und insbesondere im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich in der Regel um medizinisch indizierte stationäre Aufenthalte handelt, für die – mit Kostengutsprache des Kantonsarztes und gestützt auf Art. 41 Abs. 3 der Wohnkanton den Tarif des behandelnden Spitals zu übernehmen hat. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Spital- und Rehabilitationsplanung gemäss Art. 39 lediglich die Planung des stationären Bedarfes umfasst und nicht – wie irrtümlicherweise angenommen – auch jenen allfälliger Substitutionsleistungen (Tagesklinik, ambulante Leistungen).

8 Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie»

Gemäss Art. 58e KVV sind die für die Sicherung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste aufzuführen. Letztere umfasst somit alle Listenspitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Für jeden Leistungserbringer ist zudem das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen.

In Tabelle 21 (Anhang) findet sich die Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie». Darin werden 9 Leistungserbringer aufgeführt.

Insgesamt kann das in der neuen Spitalliste berücksichtigte Angebot den Bedarf der Glarner Bevölkerung an stationärer Psychiatrie, auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme bis 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung, decken. Die Spitalliste 2012 «Psychiatrie» wird am 1. Januar 2013 in Kraft treten.

E Anhang**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Basispaket als Grundlage für Leistungsaufträge.....	14
Abbildung 2	Glarner Patienten je Leistungsgruppen nach Kliniken 2010 (Top-12)	43
Abbildung 3	Entwicklung rehabilitative Fälle/Pflegetage an innerkantonalen Standorten	44
Abbildung 4	Glarner Patienten je Diagnosegruppe nach Kliniken 2010 (Top-10)	55
Abbildung 5	Übersicht Gesamtzahl Konsultationen und Vergütung KJPD Lachen	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über die Leistungsgruppen	14
Tabelle 2	Zu- und Abwanderung von Patienten in den / aus dem Kanton Glarus 2009	18
Tabelle 3	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereichen	20
Tabelle 4	Anforderungen an die Notfallstation (Version 2.0)	26
Tabelle 5	Intensivstations-Levels	26
Tabelle 6	Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv	28
Tabelle 7	Leistungsgruppen im Leistungsbereich Viszeralchirurgie.....	29
Tabelle 8	Überblick über die Leistungsgruppen Rehabilitation.....	37
Tabelle 9	Rehabilitationsleistungen im Jahr 2010 nach Leistungsgruppen	42
Tabelle 10	Überblick über die Inanspruchnahme an Rehabilitationsleistungen 2008 – 2010.....	42
Tabelle 11	Anforderungen an den Notfalldienst.....	48
Tabelle 12	Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Rehabilitationsleistungen	49
Tabelle 13	Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen	49
Tabelle 14	Psychiatrieleistungen im Jahr 2010 nach ICD-Diagnosen.....	54
Tabelle 15	Überblick über die Inanspruchnahme an Psychiatrieleistungen 2008 – 2010.....	55
Tabelle 16	Übersicht über substituierbare stationäre Aufenthalte	58
Tabelle 17	Glarner Patienten an Kliniken 2009	67
Tabelle 18	Leistungsgruppen inkl. Anforderungen gemäss Leistungsgruppenkonzept®	68
Tabelle 19	Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik»	69
Tabelle 20	Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation»	70
Tabelle 21	Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie»	71

Literaturverzeichnis

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. September 2011
 Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Zürcher Psychiatrieplanung 2012. 2. Teil: Strukturbericht
 Psychiatrie. Dezember 2011
 Kanton Thurgau. Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012. 20. September 2011

Tabelle 17 Glarner Patienten an Kliniken 2009⁴⁰

⁴⁰ Gemäss Spitalplanungs-Leistungsgruppen Version 2.0 der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Tabelle 17: Glarner Patienten an Kliniken 2009

		GL	ZH		SG		GR	SZ	TG	and- KL		
		Neurologie 222	Orthopädie 223	Strahlentherapie 224	Strahlentherapie 225	Strahlentherapie 226	Strahlentherapie 227	Strahlentherapie 228	Strahlentherapie 229	Strahlentherapie 230	Strahlentherapie 231	Strahlentherapie 232
Hautpaquet Chirurgie und Innere Medizin	SP Hautpaquet Chirurgie und Innere Medizin	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232
	DEBT Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	7	5	2	0	0	0	0	0	0	0	1
	DEBT 1 Dermatologische Onkologie	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	DEBT 2 Schwere Hauterkrankungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DEBT 3 Wundheilung	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hals-Nasen-Ohren	HN01 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	81	2	1	0	0	2	0	1	0	14	1
	HN01.1 Hals- und Gesichtschirurgie	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.1.1 Komplex Halschirurgie (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	20	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0
	HN01.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraneidring (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.2.2 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraneidring (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Otolaryngoplastik inkl. Stapesoperationen)	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraneidring	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN01.3.2 Cochlea Implantate (VHSM)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HN02 Schilddrüse und Nebenschilddrüsenchirurgie	11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurochirurgie	KIE1 Kieferchirurgie	7	1	2	0	0	2	2	0	0	0	0
	NC01 Neurochirurgie	3	0	9	0	0	0	1	0	0	2	0
	NC01.1 Spezialisierte Neurochirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEU1 Neurologie	13	7	0	0	0	0	1	0	3	1	0
	NEU2 Sekundäre Stützende Neubildung des Nervensystems	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEU2.1 Primäre Neubildung des Zentralnervensystems	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEU2.2 Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit, provisorisch)	68	1	6	0	0	0	0	0	1	2	1
	NEU2.3 Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit, provisorisch)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ophthalmologie	AUG1 Ophthalmologie	0	0	4	0	0	0	0	0	3	0	0
	AUG1.1 Strabismus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.2 Glaukom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.3 Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.4 Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.5 Glaukom	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.6 Katarakt	13	1	2	6	0	0	0	0	15	0	0
	AUG1.7 Glaskörper/Netzhautprobleme	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
	END1 Endokrinologie	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GA01 Gastroenterologie	124	2	2	0	0	0	1	1	0	2	0
Viszeralchirurgie	GA01.1 Spezialisierte Gastroenterologie	25	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0
	VIS1 Viszeralchirurgie	34	2	5	0	0	0	0	0	4	0	0
	VIS1.1 Grosse Pankreasresektomie	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	VIS1.2 Grosse Leberresektomie	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
	VIS1.3 Ösophagusresektomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	VIS1.5 Tiefe Rektumresektomie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HA01 Halschirurgie	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HA01.1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HA01.2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien	32	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gefäß	GEF1 Gefäßchirurgie	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.1 Gefäßchirurgie periphere Gefässe - peripher arteriell	6	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.2 Gefäßchirurgie intrakranielle Gefässe - arteriell und venös	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.3 Gefäßchirurgie Carotis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.4 Gefäßchirurgie an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.5 Gefäßchirurgie intrakranielle Gefässe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.6 Gefäßchirurgie an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.7 Gefäßchirurgie intrakranielle Gefässe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.8 Gefäßchirurgie an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GEF1.9 Gefäßchirurgie intrakranielle Gefässe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herz	HER1 Herzchirurgie	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefäßresektomie mit Herzlungmaschine (ohne Koronarresektomie)	1	0	13	3	0	1	2	2	0	0	0
	HER1.1.1 Koronarresektomie (CABG)	0	0	3	13	0	0	0	0	0	0	0
	HER1.1.2 Komplex kongenitale Herzchirurgie (inkl. Erw. mit Herzresektomie als Kind)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	KAR1 Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronarresektomie)	33	0	44	80	0	12	21	0	0	0	0
	KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialresektomie)	2	0	6	2	0	1	3	1	0	0	0
	KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)	0	0	5	2	0	3	4	0	0	0	0
	KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
	NEP1 Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Urologie	URO1 Urologie ohne Schwerpunktstellung (Operative Urologie)	167	2	9	0	0	0	0	1	5	2	0
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstellung (Operative Urologie)	33	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.3 Komplex Chirurgie der Niere (Tumorektomie und Nierentransplantation)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.4 Isolierte Adrenalectomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblaseersatzes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Delegation von Steinmaterial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie	PNE1 Pneumologie	80	0	0	3	0	0	0	4	0	1	0
	PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PNE1.2 Akkulturation zur oder Status nach Lungentransplantation	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	PNE1.3 Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik/Therapie bei Primärer Pulmonärer Hypertonie	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	PNE2 Polymyographie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thoraxchirurgie	THO1 Thoraxchirurgie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	THO1.1 Maligne Neoplasmen des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie und Pneumonektomie)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	THO1.2 Mediastinalresektomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	THO2 Thoraxchirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transplantationen Solider Organe	TPLT Transplantationen Solider Organe (VHSM)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	96	3	0	0	35	5	1	4	8	0	12
Orthopädie	BEW2 Orthopädie	45	2	2	1	5	2	0	1	0	3	1
	BEW3 Handchirurgie	3	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0
	BEW4 Arthrologie der Schulter und des Ellbogens	15	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	BEW5 Arthrologie des Knie	63	1	0	0	7	3	0	0	0	2	5
	BEW6 Rekonstruktion obere Extremität	46	2	0	0	4	0	3	0	4	0	0
	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	203	6	0	0	3	2	0	0	5	1	2
	BEW8 Wirbelsäulenchirurgie	55	1	1	0	10	2	2	0	1	4	0
	BEW9 Knochentumore	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	BEW10 Pleurochirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	BEW11 Replantationen	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rheumatologie	RHE1 Rheumatologie	36	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0
	RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0
	GYN1 Gynäkologie	119	2	0	0	0	2	3	0	0	2	4
Gynäkologie	GYN1.1 Maligne Neoplasmen der Vulva und Vagina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GYN1.2 Maligne Neoplasmen der Zervix	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GYN1.3 Maligne Neoplasmen des Corpus uteri	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GYN1.4 Maligne Neoplasmen des Ovarium	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GYN2 Maligne Neoplasmen der Mamma	31	0	3	0	0	3	0	0	2	4	0
	PLCT Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GER1 Geriatrie (inkl. Geriatrie (ab 34. SSV und ≥ 2000))	318	14	6	1	0	0	0	0	0	0	0
	GER1.1 Geriatrie (inkl. Geriatrie (ab 34. SSV und ≥ 2000))	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GER1.2 Spezialisierte Geriatrie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEO1 Neurologie (Level I, ab 34. SSV und ≥ 2000)	219	12	6	2	0	0	0	0	0	0	0
Neurologie	NEO1.1 Neurologie (Level II, ab 32. SSV und ≥ 1200)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEO1.2 Spezialisierte Neurologie (Level III)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ONK1 Onkologie	47	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0
Radio-Onkologie	RAO1 Radio-Onkologie	11	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	NUK1 Nuklearmedizin	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	UNF1 Unfallchirurgie-medizin (provisorisch)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Schwere Verletzungen	UNF1.1 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UNF2 Ausgedehnte Verbrennungen (VHSM)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	4455	269	123	71	46	40	60	22	18	118	70

Tabelle 18 **Leistungsgruppen inkl. Anforderungen gemäss Leistungsgruppenkonzept©**
(Version 2.0)

Tabelle 18: Leistungsgruppen inkl. Anforderungen gemäss Leistungsgruppenkonzept® (Version 2.0)

© Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Leistungs- bereiche	Leistungsgruppen		Basis- paket	Facharzt	Verfügbar- keit	Notfall- station	Intensiv- station	Verknüpfung		Tumor- board	Mindest- fallzahlen	Sonstige Anforderungen
	Kürzel	Bezeichnung		FMH Facharzt / Schwerpunkt				nur Inhouse	Inhouse oder in Kooperation			
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		Innere Medizin und Chirurgie	1	1	1					
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer		entsprechend Leistungsgruppe	2				BP			
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	BP	(Dermatologie und Venerologie)	1	2						
	DER1.1	Dermatologische Onkologie	BP	(Dermatologie und Venerologie)				ONK1		ja	10	
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	BP	(Dermatologie und Venerologie)	2	2	2					
	DER2	Wundpatienten	BPE/BP									Wundambulatorium
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2							
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1					
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		2			ja		
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1					
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	BP	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		1	NCH1				
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Oskuloplastik inkl. Stapesoperationen)	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1					
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	BP	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		1	NCH1				
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)	BP	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1					
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	BPE/BP	(Oto-Rhino-Laryngologie) (Chirurgie)	2		1		END1 + NUK1			
	KIE1	Kieferchirurgie	BPE/BP	(Kiefer- und Gesichtschirurgie) (Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie)	2		1			ja		
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie	BP	(Neurochirurgie)	2	2	2	RAD1 + NEU1 + HNO1		ja		
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	BP	Neurochirurgie	3	3	3	AUG1 + END1		ja	10	
Neurologie	NEU1	Neurologie	BP	(Neurologie)	2	2						
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	BP	Innere Medizin Neurologie Radio-Onkologie Medizinische Onkologie	2	2				ja		
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	BP	Neurologie Neurochirurgie	2	2		NEU1	NCH1 + RAD1	ja		
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	BP	Neurologie Innere Medizin mit Konsiliararzt Neurologie	2	2	1					Beizug eines Konsiliarztes FMH Neurologie bei medizinischer Notwendigkeit: - in der Akutphase (<12h) zur Triage - in der Postakutphase zur Abklärung einer Verlegung in eine Stroke Unit Lyse nur an Spitäler mit IS-Level 2
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit, provisorisch)	BP	Neurologie Neurochirurgie	3	3	2	NCH1 + GEF3 + RAD1				
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik		Neurologie	2			NEU4.1	NCH1.1		10	Bei der Diagnose eines nicht-epileptischen psychogenen Anfalls gehört eine psychiatrische Mituntersuchung und -beurteilung dazu. Möglichkeit zu unterbruchsfreiem Monitoring durch anwesendes fachlich geschultes Personal (elektrophysiologisch-technische Assistenten und kein Pflegepersonal) 24-Stunden direkt nebenan mit Videoüberwachung.
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung		Neurologie	2						10	
	AUG1	Ophthalmologie	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.1	Strabologie	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.2	Orbitaprobleme	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
Ophthalmologie	AUG1.3	Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.5	Glaukom	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.6	Katarakt	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme	BPE/BP	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2							
	END1	Endokrinologie	BP	(Endokrinologie / Diabetologie)	1	1	1					Ernährungs- und Diabetesberatung
	GAE1	Gastroenterologie	BP	(Gastroenterologie)	2	2	1		VIS1	ja		
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	BP	Gastroenterologie	2	2	2			ja		
	VIS1	Viszeralchirurgie	BP	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie)	2	2	1	GAE1		ja		
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	GAE1.1	VIS1.2 + END1	ja	10	
Viszeralchirurgie	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	GAE1.1	VIS1.1 + END1	ja	10	
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	3			ja	10	
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2		END1		50	Präoperative Abklärung, Nachkontrollen und Patientenüberwachung
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2			ja	10	
	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	BP	Hämatologie Medizinische Onkologie Innere Medizin Hämatologie Medizinische Onkologie	1	1	2	ONK1		ja		
Hämatologie	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	BP	Hämatologie Medizinische Onkologie	1	1	2	ONK1		ja	10	
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	BP	Hämatologie Medizinische Onkologie Innere Medizin Hämatologie Medizinische Onkologie	1	1	1	ONK1		ja		
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	BP	Hämatologie Medizinische Onkologie Innere Medizin Hämatologie Medizinische Onkologie	1	1	1			ja		
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	BP	(Medizinische Onkologie) (Hämatologie)	2	2	2				10	JACIE-Akkreditierung
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)	BP	Hämatologie Medizinische Onkologie	2	2	3					
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	BP	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie) (Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie)	2	2	1	ANG1 + RAD1			10	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	BP	(Angiologie) (Radiologie) (Kardiologie)	2	2	1	RAD1	GEF1			
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie	3	3	2	ANG2 + RAD1	HER1.1		10 (bzw. 20 mit ANG2)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	BP	Angiologie Radiologie Kardiologie	3	3	2	GEF2 + RAD1	HER1.1		10 (bzw. 20 mit GEF2)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis	BP	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie) (Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie)	2	2	2	NEU1 + RAD1	ANG3 + HER1.1		10 (bzw. 20 mit ANG3)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	BP	(Angiologie) (Radiologie) (Kardiologie)	2	2	2	GEF3 + NEU1 + RAD1	HER1.1		10 (bzw. 20 mit GEF3)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe	BP	Neurochirurgie	3	3	2	ANG4 + NCH1.1 + NEU1 + RAD1	HER1.1		10 (bzw. 20 mit ANG4)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe	BP	Radiologie inkl. Schwerpunkte - Invasive Neuroradiologie	3	3	2	GEF4 + NEU1 + RAD1			10 (bzw. 20 mit GEF4)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	BP	Radiologie	2	2	1					
	HER1	Einfache Herzchirurgie	BP	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	HER1.1				
Herz	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	BP	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	KAR1.1 + KAR1.1.1				
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	BP	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3				100	
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	BP	Herz- und thorakale Gefässchirurgie Kardiologie	3	3	3				10	
	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	BP	Kardiologie und Innere Medizin Herz- und thorakale Gefässchirurgie	2	2	2		KAR1.1 + KAR1.1.1			
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	BP	Kardiologie	3	3	2		HER1.1			
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	BP	Kardiologie	3	3	3	HER1.1			10	
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)	BP	Kardiologie	2	2	2		HER1.1			
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	BP	Kardiologie Herz- und thorakale Gefässchirurgie	2	2	2		HER1.1			Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie sind zu erfüllen. Das Aktivitätsregister ist zu führen und der GD bekannt zu geben. Wenn HER1.1 nicht Inhouse angeboten wird, ist ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept mit einem entsprechenden Leistungserbringer notwendig. Sicherstellung einer 24-Stunden Patientenbetreuung.
	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	BP	(Nephrologie) Intensivmedizin	2	2	2		VIS1 + GEF1 + ANG1 + RAD1			Ambulante Dialyse und Peritonealdialyse
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'	BPE/BP	(Urologie)	2		1			ja		
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1					
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1			ja	10	
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		2			ja	10	
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumorephrektomie und Nierenteilsektion)	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		2			ja	10	
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie)	2		2		END1			
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1					
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1					
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	BPE/BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1					
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von	BP	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	RAD1				
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	BP	(Pneumologie)	1	1	1		THO1.1	ja		Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	BP	Pneumologie	1	1	1					
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	BP	Pneumologie	2	2	2	TPL1				
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie	BP	Pneumologie	2	2	2	THO1			10	

	PNE2	Polysomnographie		Fähigkeitsausweis Schlafmedizin mit Facharzt Pneumologie oder Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie	1				Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	2	PNE1	
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	3		ja 30
	THO1.2	Mediastineingriffe	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	3		
Transplantationen	TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)	BP		3	3	3		
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1		
	BEW2	Orthopädie	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	2		1		
	BEW3	Handchirurgie	BPE/BP	(Handchirurgie)	2				Handchirurgisches Spezialambulatorium
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BEW1 oder BEW2 oder BEW3	
	BEW5	Arthroskopie des Knies	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BEW1 oder BEW2	
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BEW1 oder BEW2 oder BEW3	
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BEW1 oder BEW2	
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Neurochirurgie) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BEW1 oder BEW2 oder NCH1	RHE1
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Neurochirurgie) (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1		RHE1 10
	BEW9	Knochentumore	BPE/BP	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	2		1	BEW1 oder BEW2 oder NCH1 oder PLC1	ja 10
	BEW10	Plexuschirurgie	BPE/BP	(Handchirurgie) (Neurochirurgie)	2		1	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 oder NCH1	10 Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
	BEW11	Replantationen	BP	Handchirurgie	3	3	2	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 und NCH1	Handchirurgisches Spezialambulatorium, Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie	BPE/BP	(Rheumatologie) (Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation)	1		1		BEW8 + NEU1
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie	BP	Rheumatologie Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation	2	2	2	NEU1 + PNE1 + DER1 + BEW2 + ANG1 + GAE1 + KAR1	
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie	BPE/BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	2				
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	BPE/BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie) (Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien der Vulva und Vagina)	2		2		VIS1 ja
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix	BPE/BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie) (Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien der Cervix uteri)	2		2		VIS1 ja
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri	BPE/BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie) (Gynäkologie und Geburtshilfe mit Nachweis von 50 Lymphadenektomien bei pelvinen Neoplasien)	2		1		VIS1 ja
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars	BPE/BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie) (Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien des Ovars)	2		2		VIS1 ja
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	BPE/BP	(Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma)	2				ja
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	BP	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Gynäkologie und Geburtshilfe	2		2	GYN1	gynäkologische Endokrinologie/Psychiatrische Betreuung
Geburtshilfe	GEbH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)						GEb1 + NEO1	
	GEb1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	4	4	1	NEO1	Bei pränataler Hospitalisation Rücksprache mit NEO1.1.
	GEb1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	BP	Gynäkologie und Geburtshilfe	4	4	2	NEO1.1	Zielgrösse 1500
	GEb1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe	BP	Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - Geburtshilfe und feto-maternale Medizin	4	4	2	NEO1.1.1	
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)	BP	(Gynäkologie und Geburtshilfe) (Kinder- und Jugendmedizin)	2			GEb1	Weitere Anforderungen gem. Level I der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1	Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)	BP	Kinder- und Jugendmedizin inkl. Schwerpunkt Neonatalogie	3		1	GEb1.1	Weitere Anforderungen gem. Level IIB der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (Level III)	BP	Kinder- und Jugendmedizin inkl. Schwerpunkt Neonatalogie	3		2	GEb1.1.1	Weitere Anforderungen gem. Level III der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie	BP	(Medizinische Onkologie) (Innere Medizin)	2	2	1	RAO1 + NUK1	ja
	RAO1	Radio-Onkologie	BP	Radio-Onkologie / Strahlentherapie	2	2	2	ONK1	ja
	NUK1	Nuklearmedizin	BP	Nuklearmedizin			1	END1	ja BAG Strahlenschutzbedingungen
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie Handchirurgie Intensivmedizin Innere Medizin	2	2	2	VIS1 + BEW1	NEU1 + THO1
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	BP	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie Neurochirurgie	3	3	3	BEW1 + NCH1	
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	BP		3	3	3		
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin	BP	Kinder- und Jugendmedizin	2	2	2		Kinderklinik
	KINC	Kinderchirurgie	BPE/BP	Kinderchirurgie	2	2	2		Kinderklinik / Kinderanästhesie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie	BPE/BP		2	2	1		Kinderanästhesie (bei Kinder unter 6 Jahren) postoperativ während 24h innerhalb 30min einsatzbereit, entsprechender Leistungsauftrag der Erwachsenenmedizin
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum		Allgemeinmedizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie	1	1	1	BP	Kompetenzzentrum Akutgeriatrie
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum		Innere Medizin	1			BP	
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker		Innere Medizin (Psychiatrie)	1			BP	

Legende zu den einzelnen Spalten
Leistungsgruppen: Die Leistungsbereiche sind in Leistungsgruppen aufgeteilt. Die Leistungsgruppen in jedem Leistungsbereich sind hierarchisch durch die Kürzel der Leistungsgruppen verbunden. So bildet die Leistungsgruppe VIS1 die Basis für die übrigen Leistungsgruppen in der Viszeralchirurgie mit den Kürzeln VIS1.1-VIS1.5. Alle Leistungsgruppen sind auf Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungscodes (CHOP) sowie SwissDRG eindeutig definiert.
Basispaket: Im Bereich der Basisversorgung gibt es zwei Pakete, welche die Grundlage für alle Leistungsgruppen bilden. Das Basispaket (BP) umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche nicht zu den fachspezifischen Leistungsgruppen gehören. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket Elektiv (BPE) umfasst grundsätzlich Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt.
FMH Facharzt / Schwerpunkt: Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Fachärzte (FMH oder ausländischer äquivalenter Titel) vorgeschrieben. Es muss mindestens einer der genannten Fachärzte verfügbar sein. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und/oder Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patienten von diesen Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte die Behandlung zu delegieren. Bei bestimmten Leistungsgruppen sind auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich. Bei jeder Leistungsgruppe ist zudem definiert, in welcher Form die Fachärzte (FA) zur Verfügung stehen müssen. Wenn der FMH-Titel ohne Klammern steht, müssen die Fachärzte am Spital angestellt sein oder ihre Praxis im Spital haben. FMH-Titel in Klammern bedeutet, dass auch Belegärzte oder Konsiliarärzte möglich sind, sofern sie vertraglich mit dem Spital verbunden sind und eine eigene Praxis in der Nähe des Spitals führen.
Facharzt / Zeitliche Verfügbarkeit: Pro Leistungsgruppe ist eine bestimmte zeitliche Verfügbarkeit des entsprechenden Facharztes oder eines Arztes mit entsprechender Facharztqualifikation gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein:
1 = FA <1h erreichbar oder Patient <1h verlegt
2 = FA jederzeit erreichbar und Intervention <1h
3 = FA jederzeit erreichbar und Intervention <30min
4 = FA Geburtshilfe <10min im Spital
Notfallstation: Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe sind spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben:
1 = 7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz). 17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.
Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Innere Medizin (in 30 Minuten), Chirurgie (in 30 Minuten), Anästhesie (in 15 Minuten)
2 = 7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung. 17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.
Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Innere Medizin (in 30 Minuten), Chirurgie (in 30 Minuten), Anästhesie (in 15 Minuten)
3 = 24 Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung. Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus), Intensivmedizin (im Haus)
4 = 24-Stunden Geburtshilfe: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. Die Notfallsectio hat in < 15min zu erfolgen (d.h.vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit)). Hebammen: 24 Std. vor Ort
Intensivstation (IS): Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die IS erfordern, wird das Führen einer IS vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden.
1 = Intermediate Care (IMC): Richtlinien sind durch SGI in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden diese von der GD geprüft und gegebenenfalls angepasst und übernommen.
2 = Intensivstation (IS) lt. SGI: Die vom 1.11.2007 Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten.
3 = Intensivstation (IS) lt. SGI: Die vom 1.11.2007 Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten. Anzahl Pflgetage p.a. ≥2'600 / Anzahl Beatmungstage p.a. ≥1'000
Verknüpfung Inhouse: Viele Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dies sicherzustellen müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, am gleichen Standort erbracht werden, d.h. diese Leistungen sind verknüpft. Falls ein Spital beispielsweise die Leistungen der Viszeralchirurgie anbieten will, so muss es ebenfalls die gastroenterologischen Leistungen anbieten.
Verknüpfung Inhouse oder in Kooperation: Andere Leistungen wie beispielsweise die interventionelle Radiologie ist für gewisse Leistungsgruppen ebenfalls nötig, jedoch müssen diese nicht zwingend am gleichen Spital durchgeführt werden. Aus organisatorischen Gründen kann in diesem Fall eine Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer sinnvoll sein. Die Kooperationspartner müssen einen entsprechenden Leistungsauftrag haben.
Tumorboard: Bei Leistungen an Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, Onkologen, Internisten, Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden.
Mindestfallzahlen: Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl (MFZ) von 10 Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant sondern stationär erbracht werden. Zusätzlich werden für drei Behandlungen (bariatrische Chirurgie, Koronarchirurgie, maligne Neoplasien der Lunge) höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland existieren. Die GD wird in den nächsten Jahren ihre Erfahrungen aus der Anwendung mit den eher niedrigen Mindestfallzahlen analysieren. Basierend auf diesen Erfahrungen wird geprüft, ob die bestehenden Mindestfallzahlen erhöht sowie weitere Mindestfallzahlen eingeführt werden.
Sonstige Anforderungen: Bei bestimmten Behandlungen müssen zusätzliche, leistungsgruppenspezifische Anforderungen wie z.B. Ernährungs- und Diabetesberatung, Sprechstunde und Vor- oder Nachsorge erbracht werden.

Querschnittsbereiche: Diese betreffen verschiedene Leistungsgruppen und sind für ein besonderes Patientensegment definiert.

Tabelle 19 Glarner Spitalliste 2012 «Akutsomatik», gültig ab 1.1.2012

Tabelle 19: Glarner Spitalliste 2012 «Akutomatik», gültig ab 1.1.2012

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Kürzel	Bezeichnung	Leistungserbringer	Kantonsspital Glarus	Kantonsspital Graubünden	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsklinik Zürich	Städt. Spital Triemli	Uniklinik Balgrist	Schulthess Klinik	Luzerner Kantonsspital	Schweiz. Epilepsie-Zentrum	Schweizer Paraplegiker Zentrum	Klinik Hirslanden	Klinik im Park	Kinderhospital Zürich
Basispaket	BP		Basispaket Chirurgie und Innere Medizin														
	BPE		Basispaket für elektive Leistungserbringer														
Dermatologie	DER1		Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)														
	DER1.1		Dermatologische Onkologie														
	DER1.2		Schwere Hauterkrankungen														
	DER2		Wundpatienten														
Hals-Nasen-Ohren	HNO1		Hals- und Gesichtschirurgie														
	HNO1.1		Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)														
	HNO1.2		Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen														
	HNO1.2.1		Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung														
	HNO1.3		Mittelohrchirurgie														
	HNO1.3.1		Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung														
	HNO1.3.2		Cochlea Implantate (IVHSM)														
	HNO2		Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie														
	KIE1		Kieferchirurgie														
Neurochirurgie	NCH1		Neurochirurgie														
	NCH1.1		Spezialisierte Neurochirurgie														
Neurologie	NEU1		Neurologie														
	NEU2		Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems														
	NEU2.1		Primäre Neubildung des ZNS (ohne Palliativpatienten)														
	NEU3		Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)														
	NEU3.1		Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit) (2)														
	NEU4		Epileptologie: Komplex Diagnostik														
	NEU4.1		Epileptologie: Komplex-Behandlung														
Ophtalmologie	AUG1		Ophthalmologie														
	AUG1.1		Strabologie														
	AUG1.2		Orbitprobleme														
	AUG1.3		Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme														
	AUG1.4		Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)														
	AUG1.5		Glaukom														
	AUG1.6		Katarakt														
	AUG1.7		Glaskörper/Netzhautprobleme														
Endokrinologie	END1		Endokrinologie														
Gastroenterologie	GAE1		Gastroenterologie														
	GAE1.1		Spezialisierte Gastroenterologie														
Viszeralchirurgie	VIS1		Viszeralchirurgie														
	VIS1.1		Grosse Pankreasresektionen														
	VIS1.2		Grosse Lebereingriffe														
	VIS1.3		Oesophaguschirurgie														
	VIS1.4		Bariatrische Chirurgie														
	VIS1.5		Tiefe Rektumeingriffe														
Hämatologie	HAE1		Aggressive Lymphome und akute Leukämien														
	HAE1.1		Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien														
	HAE2		Indolente Lymphome und chronische Leukämien														
	HAE3		Myeloproliferative Erkrankungen / Myelodysplastische Syndrome														
	HAE4		Autologe Blutstammzelltransplantation														
	HAE5		Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)														
Gefässe	GEF1		Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)														
	ANG1		Interventionen periphere Gefässe (arteriell)														
	GEF2		Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe														
	ANG2		Interventionen intraabdominale Gefässe														
	GEF3		Gefässchirurgie Carotis														
	ANG3		Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe														
	GEF4		Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe														
	ANG4		Interventionen intrakranielle Gefässe														
	RAO1		Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)														
Herz	HER1		Einfache Herzchirurgie														
	HER1.1		Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herz-Lungenmaschine														
	HER1.1.1		Koronarchirurgie (CABG)														
	HER1.1.2		Komplexe kongenitale Herzchirurgie														
	KAR1		Kardiologie (inkl. Schrittmacher)														
	KAR1.1		Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)														
	KAR1.1.1		Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)														
	KAR1.2		Elektrophysiologie (Ablationen)														
	KAR1.3		Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / CRT														
Nephrologie	NEP1		Nephrologie (Nierenversagen)														
Urologie	URO1		Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'														
	URO1.1		Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'														
	URO1.1.1		Radikale Prostatektomie														
	URO1.1.2		Radikale Zystektomie														
	URO1.1.3		Komplexe Chirurgie der Niere														
	URO1.1.4		Isolierte Adrenalectomie														
	URO1.1.5		Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang														
	URO1.1.6		Plastische Rekonstruktion der Urethra														
	URO1.1.7		Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters														
	URO1.1.8		Perkut. Nephrostomie mit Desintegration von Steinmat.														
Pneumologie	PNE1		Pneumologie														
	PNE1.1		Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie														
	PNE1.2		Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation														
	PNE1.3		Cystische Fibrose u. Primäre Pulmonale Hypertonie (kompl. Diagn.)														
	PNE2		Polysomnographie														
Thoraxchirurgie	THO1		Thoraxchirurgie														
	THO1.1		Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)														
	THO1.2		Mediastinaleingriffe														
Transplantationen	TPL1		Transplantationen solider Organe (IVHSM)														
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1		Chirurgie Bewegungsapparat														
	BEW2		Orthopädie														
	BEW3		Handchirurgie														
	BEW4		Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens														
	BEW5		Arthroskopie des Knies														
	BEW6		Rekonstruktion obere Extremität														
	BEW7		Rekonstruktion untere Extremität														
	BEW8		Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW8.1		Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW9		Knochentumore														
	BEW10		Plexuschirurgie														
	BEW11		Replantationen														
Rheumatologie	RHE1		Rheumatologie														
	RHE2		Interdisziplinäre Rheumatologie														
Gynäkologie	GYN1		Gynäkologie														
	GYN1.1		Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina														
	GYN1.2		Maligne Neoplasien der Zervix														
	GYN1.3		Maligne Neoplasien des Corpus uteri														
	GYN1.4		Maligne Neoplasien des Ovars														
	GYN2		Maligne Neoplasien der Mamma														
	PLC1		Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität														
Geburtshilfe	GEBH		Geburtshäuser (ab 37. SSW)														
	GEB1		Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)														
	GEB1.1		Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)														
	GEB1.1.1		Spezialisierte Geburtshilfe														
Neugeborene	NEO1		Grundversorgung Neugeborene (ab 34. SSW und >= 2000g)														
	NEO1.1		Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)														
	NEO1.1.1		Spezialisierte Neonatalogie (Level III)														
(Radio-)Onkologie	ONK1		Onkologie														
	RAO1		Radio-Onkologie														
	NUK1		Nuklearmedizin														
Schwere Verletzungen	UNF1		Unfallchirurgie (Polytrauma)														
	UNF1.1		Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)														
	UNF2		Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)														
Querschnittsbereiche	KIMM		Kindermedizin														
	KINC		Kinderchirurgie														
	KINB		Basis-Kinderchirurgie														
	GER		Akutgeriatrie Kompetenzzentrum														
	PAL		Palliative Care Kompetenzzentrum														
	AVA		Akutsonische Versorgung Abhängigkeitskranker														

(a) Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Kindermedizin und -chirurgie erfolgt in Kooperation mit dem Kinderspital Zürich.

(b) Im Rahmen der Leistungsaufträge können Patienten ab 12 Jahren behandelt werden.

(c) Als elektive Klinik dürfen einzelne Eingriffe aus dem Basispaket erbracht werden. Die vollständige Liste der Leistungen ist auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich.

Legende

Tabelle 20 Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation», gültig ab 1.1.2013

Tabelle 20: Glarner Spitalliste 2012 «Rehabilitation» (gültig ab 1. Januar 2013)

Bezeichnung Leistungserbringer (Rechtsträger)	Erwachsene							Kinder und Jugendliche		Frührehabilitation ¹	Geriatrische Rehabilitation ¹
	Muskuloskeletal	Neurologisch	Querschnittslähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch-Onkologisch	Psychosomatischesozialmedizinisch	Neurologisch inkl. Neuro-orthopädisch	Allgemein pädiatrisch		
AG ZH GL RehaClinic ²				³⁾							
AG Rehaklinik Bellikon ⁴ (SUVA)											
SG Rehabilitationszentrum Valens (Stiftung Kliniken Valens)											
GR Rehabilitationszentrum Seewis (Kurbetrieb Seewis AG)											
Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenklinik Wald und Clavadel)											
LU Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Privatklinik Schweizer Paraplegiker-Zentrum)											
ZH Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)											
Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenklinik Wald und Clavadel)											
Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)											

Legende:

Alle Leistungsaufträge werden auf drei Jahre bis am 31. Dezember 2015 befristet erteilt

¹ Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungs-aufträge in dieser weiterführenden Rehabilitation

² Die Triage der an RehaClinic zugewiesenen Patienten erfolgt zentral in Bad Zurzach

³ Der Leistungsauftrag beschränkt sich auf die angiologische Rehabilitation

⁴ Die Leistungsaufträge der Rehaklinik Bellikon beschränken sich auf eine mit santésuisse vereinbarte Indikationsliste für Patienten mit mittleren bis schweren Gesundheitsfolgen (Vertrag zwischen Rehaklinik Bellikon und santésuisse vom 29. August 2008)

Tabelle 21 Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie», gültig ab 1.1.2013

Tabelle 21: Glarner Spitalliste 2012 «Psychiatrie» (gültig ab 1. Januar 2013)

	Kinder-/Jugend- psychiatrie (0-17 J.)	Erwachsenenpsychiatrie (>18 J.)								
		alle Diagnosen	F0 Organische Störungen	F10 Alkohol	F11-19 Drogen	F2 Schizophrenie	F3 affektive Störungen	F4 neurotische Störungen	F6 Persönlich- keitsstörungen	F5 7-9 übrige
Allgemeinpsychiatrie										
GL Psychiatrische Abteilung des Kantonsspitals Glarus (Kantonsspital Glarus AG)										
AR Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, Herisau										
GR Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur & Cazis (Kanton Graubünden)										
ZH Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich (Kanton Zürich)										
Kinder und Jugendpsychiatrie										
TG Clenia Littenheid (Clenia AG)										
ZH Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)										
GR Kinder- und Jugendpsychiatrie, Chur (Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Graubünden)										
Spezialisierte Angebote										
ZG Klinik Meissenberg, Oberwil (Bad Schinznach AG)										
ZH Universitätsspital Zürich, Zentrum für Essstörungen (Kanton Zürich)										

Legende:

-  Leistungsauftrag unbefristet
-  Leistungsauftrag befristet bis 31.12.2015

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
abs.	Absolut
AK	Ausserkantonale (z. B. Patienten, Fälle, Behandlungen)
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.
Angiologie	Die Angiologie beschäftigt sich mit Gefässerkrankungen.
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern codiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen.
Assessment	Umfassende Bestimmung über die Situation und Rehabilitationspotenzial/-prognose des Patienten mit Verwendung spezifischer standardisierter Testverfahren. Durch ein interdisziplinäres Team wird eine vollständige Abklärung der körperlichen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen Ressourcen vorgenommen und ein Plan für die Therapie und Nachbetreuung des Patienten erstellt.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird. Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog. Der CHOP beinhaltet über 4'000 medizinische Prozeduren.
Case Mix (Index) (CMI)	Fallschwere-Index, d.h. durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle, dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle).

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Critical Incident Reporting System (CIRS)	Berichtssystem für kritische Zwischenfälle, Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit, vor allem in Spitälern
CRT	Steht für Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die Länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
EG KVG	Einführungsgesetz vom 7. Mai 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Endokrinologie	Die Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen und den hormonbildenden Organen.
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).
Ergebnisqualität	Messgrösse der Qualität vor allem in Spitälern und Kliniken, wobei das Ergebnis der Behandlung oder Pflege im Vordergrund steht.
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10'000 Einwohner ausgewiesen).
Extremliedger	Langliedger, die über 365 Pflgetage hinaus kontinuierlich stationär behandelt werden.
(Stationärer) Fall	Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als „Patienten“ und „Behandlungen“ bezeichnet. 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.
Fallgewicht	Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight [CW]). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Im Jahr 2008 war im Kanton Glarus die Fallgewichts-Version 6.0 relevant.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
GAA	Abkürzung für Groupes pour l'Analyse de l'Activité. Ist eine Möglichkeit, DRG zu gruppieren. ¹
G-APDRG	Deutsches System der Fallpauschalen
Gastroenterologie	Die Gastroenterologie befasst sich mit Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
GDK-Ost	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein
GEF Bern	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
gemeinwirtschaftliche Leistungen	Leistungen eines Spitals, die nicht als leistungsorientierte Fallkosten abgerechnet werden können.
German-DRG	Die Bezeichnung steht für das deutsche DRG-System (G-DRG) (vgl. DRG)
Gesundheitsgesetz	Gesetz vom 6. Mai 2007 über das Gesundheitswesen (GS VIII A/1/1)
GIS	Geografisches Informationssystem
Glarner Wohnbevölkerung	Der Begriff „Glarner Wohnbevölkerung“ steht dafür, dass alle Einwohner innerhalb des Kantons Glarus berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort im Kanton Glarus ist, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonale) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Kanton Glarus behandelten ausserkantonalen Patienten werden nicht berücksichtigt.
Grouper	Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigen Fallgewicht zuweist.

¹ vgl. Chale, Jean-Jacques et al. Les GAA/APDRG-CH – Groupes pour l'Analyse de l'Activité – Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Hauptbereiche	Die 27 Leistungsbereiche in der Akutsomatik werden zu fünf Hauptgruppen zusammengefasst. Die fünf Hauptgruppen sind gegliedert in: • Nervensystem & Sinnesorgane • Innere Organe • Bewegungsapparat • Gynäkologie & Geburtshilfe • Übrige
Hauptszenario (Hauptsz.)	Hauptszenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung.
Hospitalisationsrate (HR)	Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit. Im Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner ausgewiesen.
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HTP (1 oder 2)	High Trim Point (1 oder 2) steht für obere Grenzverweildauer (oGVWD), welche pro DRG statistisch im jeweiligen länderspezifischen Grouper festgelegt/definiert wird.
ICD-10	Internationale Codier-Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision). Die ICD-10-Codes sind eine Codierung gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss. ICD-10-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.
ICD	Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Sie dient zur Klassifizierung der Folgeerscheinungen von Behandlungen und beschreibt Phänomene wie „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Das ICF-Modell bietet die Möglichkeit, deren verschiedene Dimensionen und Bereiche sowie ihre Zusammenhänge abzubilden. So werden „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ als eine komplexe Beziehung zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.
Integrierte Versorgung	Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
k. A.	Keine Angaben
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.09.1995 (Systematische Sammlung des Bundes [SR] 832.112.31)
KOSIS	Kommunales Statistisches Informationssystem (Prognosesoftware) zur Bevölkerungsprognose
Kostenträger	Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.
Kuration	bedeutet Pflege, Behandlung oder auch Heilung.
Kurhaus/Kuranstalt	Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.
Kurzaufenthalter	Kurzaufenthalter (Ausweis L) sind ausländische Staatsangehörige, die sich befristet, in der Regel für weniger als ein Jahr, für einen bestimmten Aufenthaltswitz mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten. Als Kurzaufenthalte werden auch Au Pair-Anstellungen und Aufenthalte als Stagiaire betrachtet. ²
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)

² vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/ausl/presentation.Document.116848.pdf

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
Langlieger	Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP (vgl. HTP). Häufig werden solche Patienten auch als Outlier bezeichnet.
Laparoskopische Chirurgie	Die laparoskopische Chirurgie ist ein Teilgebiet der Chirurgie, bei der mit Hilfe eines optischen Instruments Eingriffe innerhalb der Bauchhöhle vorgenommen werden. Sie wird dem Komplex minimal-invasive Chirurgie (MIC) zugeordnet. ³
Leistungsbereiche	Für die Prognosen wurden die DRG, angelehnt an die GAA-Systematik (vgl. GAA), in 27 Leistungsbereiche gruppiert. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den Fachgebieten. Im Rehabilitationsbereich wurden die den rehabilitations-relevanten Grunderkrankungen zugrundeliegenden ICD-Hauptdiagnosen sieben Leistungsbereiche zugewiesen.
Liegeklasse	Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Listenspital	Spital, das auf einer Liste eines Kantons erscheint
Maximalszenario (Max.)	Im Maximalszenario wurden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf 2020 führen.
MDC	Major Diagnostic Category / Hauptkategorien im DRG-System
Mindestfallzahlen	Bei Erkrankungen oder Operationen minimale Anzahl von behandelten Erkrankten
Minimalszenario (Min.)	Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf 2020 führen.
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Berechnet sich aus allen Pflegetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Mitternachtszensus	Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).

³ vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Laparoskopische_Chirurgie

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
multimorbid	Mehrfache Erkrankungen beim gleichen Patienten
Multiprofessionelle Entlassungspfade	Entlassung zu mehreren professionellen Gesundheitsfachleuten
Nephrologie	Die Nephrologie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere, sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören der Bluthochdruck, die Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes zum Fachgebiet.
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.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Ophtalmologie	Beinhaltet die Erkrankungen und Funktionsstörungen des Sehorgans und des Sehsinnes und deren medizinischer Behandlung.
Outcome	Endergebnis einer Behandlung am Schluss des Spitalaufenthaltes
Palliative Care	Die Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
Palliativ Care-Einheit	Eine Spitaleinheit, die sich der Palliativ-Pflege annimmt.
Perzentil (prc)	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Bei einem 35. Perzentil heisst das, dass unterhalb dieses Wertes 35 Prozent aller Fälle der Verteilung liegen.
Pneumologie	Die Pneumologie (Synonyme: Pneumonologie, Pulmonologie, Pulmologie) ist die Lehre, welche sich mit Lungenerkrankungen beschäftigt.
Pflegetage (PT)	Die Summe der in einem Spital während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Progredienz	das Fortschreiten einer Krankheit (progressiver Krankheitsverlauf) bzw. eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands.
Prozessqualität	Messgrösse der Qualität vor allem in Spitälern und Kliniken, wobei der Prozess der durchgeführten Massnahmen im Vordergrund steht.
Radioonkologie	(Radiotherapie) Der Begriff steht im Zusammenhang mit radiotherapeutischen Massnahmen vorwiegend für onkologische Patienten (Strahlentherapie, Strahlenheilkunde).

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
	Radioonkologie ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt.
Referenztarif	Tarif der im kantonseigenen Spital gilt
Rehabilitation/Reha	Beinhaltet medizinische, erzieherische, schulische und fürsorgliche Massnahmen, welche der bestmöglichen Selbständigkeit und (Wieder-) Eingliederung jener Personen dienen, die in ihrer Gesundheit von Geburt auf oder durch die Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit beeinträchtigt sind. Je nach Art der Krankheit oder Behinderung sind spezialisierte Rehabilitationsmassnahmen erforderlich.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn – als Folge einer Schädigung – bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme erforderliche somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit).
Rehabilitationspotenzial/-prognose	Grundsätzlich besteht ein Rehabilitationspotenzial immer dann, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich tatsächlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit. Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmassnahme in einem notwendigen Zeitraum auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschliesslich psychosozialer Faktoren).
rev.	revidiert
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
SIKURS	SIKURS ist eine Prognosesoftware.
SPG	Steht für Swiss Payment Group und ist eine schweizspezifische Erweiterung der APDRG (vgl. APDRG) um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung tragen zu können, wurden die APDRG um spezielle Fallgruppen (SPG) ergänzt.

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Spitalhygiene und Infektiologie	Die Spitalhygiene überwacht in den Spitälern die Hygiene in sämtlichen Bereichen eines Spitals und verhindert dadurch die Übertragung von Infektionen.
Spitalverordnung	Verordnung vom 18. August 2010 über das Kantonsspital (GS VIII A/211/1)
Sonstige Behandlungen	Unter sonstige Behandlungen fallen v. a. nachfolgende Behandlungsfälle: Überwachungen aufgrund eines Eingriffes, Verletzungen, Allergische Reaktionen, Vergiftungen, Behandlungskomplikationen, Kongenitale Anomalien, die den Gesundheitszustand beeinflussen.
Sozialmed.	Sozialmedizinisch
Strukturqualität	Messgrösse der Qualität vor allem in Spitälern und Kliniken, wobei die Struktur der Massnahmen entscheidend ist.
SwissDRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.
TarMed	Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.
Teilhabe	bedeutet nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2001 das «Einbezogenessein in eine Lebenssituation». «Behinderung» bedeutet nach dieser Definition neben der medizinisch diagnostizierbaren «Schädigung» eine «Beeinträchtigung der Teilhabe als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren». Letztere ist nicht vollständig objektivierbar.
Thoraxchirurgie	Als Thoraxchirurgie werden die operativen Eingriffe im Brustkorb, insbesondere an der Lunge, bezeichnet.
Verlegungen und Todesfälle	Im Leistungsbereich Verlegungen und Todesfälle werden die Fälle zusammengefasst, die innerhalb 24 Stunden nach Spitaleintritt verlegt wurden, verstorben sind oder nicht im DRG-System klassierbar waren.
Vertragsspital (-spitäler)	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
Viszeralchirurgie	Die Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauchorgane, das heisst des gesamten Verdauungstraktes. Weiterhin zählen die operative Behandlung der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und die Behandlung des Leistenbruchs zur Viszeralchirurgie.
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 03.07.2002 (SR 832.104)

Abkürzung/Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
WHO	World Health Organisation beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Wochenaufenthalter	Wochenaufenthalter sind Personen, die an den Arbeitstagen am Arbeitsort übernachten und die arbeitsfreie Zeit (in der Regel Wochenenden) regelmässig an einem andern Ort (sog. Familien- oder Freizeitort) verbringen. In der Schweiz darf ein Wochenaufenthalter nur während der Woche am Arbeitsort wohnen. Er ist verpflichtet, während den Wochenenden an seinen Wohnsitz zurückzukehren, das heisst dorthin, wo sein Heimatschein deponiert ist.⁴
Wohnbevölkerung	Vgl. Glarner Wohnbevölkerung

⁴ vgl. www.banken-test.ch/de/lexikon/wochenaufenthalter.htm