ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg
T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09
www.fr.ch/dsas

Spitalplanungsbericht 2015

Elektronische Veröffentlichung www.fr.ch/gesa

Februar 2015

Inhaltsverzeichnis

Struktur des Berichts ... 4
A. Übersicht über die Spitalplanung des Kantons Freiburg ... 5
1. Entwicklung (Geschichte) der Freiburger Spitalplanung ... 5
2. KVG-Revision ... 6
3. Entwurf der Spitalplanung 2015 ... 7
4. Koordination mit den anderen Kantonen ... 9
B. Akutsomatik ... 10
1. Leistungsgruppen ... 10
1.1 Definition der Leistungsgruppen: Ziel und Erarbeitung ... 10
1.2 Übersicht über die Leistungsgruppen ... 10
2. Bedarfsanalyse in der Akutsomatik ... 15
2.1 Verwendetes theoretisches Modell und Faktoren, die die Bedarfsentwicklung beeinflussen 15
2.2 Bedarf an Akutsomatik am Zeithorizont 2020 ... 19
3. Beurteilungskriterien ... 21
3.1 Generelle Anforderungen ... 22
3.2 Spezifische Anforderungen ... 25
4. Ausschreibungsverfahren ... 32
4.1 Auswertung der Angebote ... 33
4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf ... 42
C. Spezialisierte Palliative Care ... 46
1. Leistungen und Bedarfsanalyse ... 46
2. Beurteilungskriterien ... 47
2.1 Generelle Anforderungen ... 47
2.2 Spezifische Anforderungen ... 47
3. Beurteilung der Angebote ... 48
3.1 Einhaltung der Anforderungen ... 48
3.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf ... 48
D. Rehabilitation ... 49
1. Leistungsgruppen ... 49
1.1 Polyvalente geriatrische Rehabilitation ... 49
1.2 Muskuloskelettale Rehabilitation ... 50
1.3 Internistische und onkologische Rehabilitation ... 50
1.4 Kardiovaskuläre Rehabilitation ... 50
1.5 Neurologische Rehabilitation ... 50
1.6 Pulmonale Rehabilitation ... 50

1.7 Paraplegiologische Rehabilitation ... 50
1.8 Psychosomatische Rehabilitation ... 50
2. Bedarfsanalyse in der Rehabilitation ... 51
2.1 Datengrundlage und Einflussfaktoren ... 51
2.2 Bedarf an Rehabilitation am Zeithorizont 2020 ... 52
3. Beurteilungskriterien ... 53
3.1 Generelle Anforderungen ... 53
3.2 Spezifische Anforderungen ... 54
4. Beurteilung der Angebote ... 55
4.1 Einhaltung der Anforderungen ... 56
4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf ... 58
E. Psychiatrie ... 60
1. Leistungsgruppen ... 60
2. Bedarfsanalyse in der Psychiatrie ... 61
2.1 Datengrundlage und Einflussfaktoren ... 61
2.2 Bedarf an Psychiatrie am Zeithorizont 2020 ... 62
3. Beurteilungskriterien ... 62
3.1 Generelle Anforderungen ... 62
3.2 Spezifische Anforderungen ... 63
4. Beurteilung der Angebote ... 64
4.1 Einhaltung der Anforderungen ... 64
4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf ... 67
F. Ausblick ... 69
1. Vernehmlassung und Genehmigung der Spitalliste 2015 ... 69
2. Kontrolle der Leistungsaufträge ... 69
3. Die Spitalplanung: eine «rollende» Planung ... 69
G. Anhänge ... 71
1. Übersicht spezifische Anforderungen in der Akutsomatik ... 71
2. Anforderungen für die Intensivstation Level 1 ... 74
3. Übersicht über die für die Akutsomatik eingereichten Angebote ... 76
4. Zuteilung der verschiedenen Leistungsgruppen ... 77
5. Literaturverzeichnis ... 80
6. Glossar und Verzeichnisse ... 81
6.1 Glossar und Abkürzungen ... 81
6.2 Tabellenverzeichnis ... 83
6.3 Abbildungsverzeichnis ... 83

Struktur des Berichts

Der Spitalplanungsbericht 2015 ist folgendermassen strukturiert:

Kapitel A vermittelt einen Überblick über die Spitalplanung.

Kapitel B ist der Akutsomatik gewidmet, Kapitel C der Palliative Care, Kapitel D der Rehabilitation und Kapitel E der Psychiatrie.

In jedem Kapitel präsentiert der Bericht der Reihe nach die Leistungsgruppen für jeden Bereich, die Bedarfsprognosen für das Jahr 2020 und die Beurteilungskriterien der einzelnen Leistungen. Danach folgt die Analyse des Ausschreibungsprozesses, die Beurteilung der Angebote der Spitäler und die Spitalliste 2015.

A. Übersicht über die Spitalplanung des Kantons Freiburg

1. Entwicklung (Geschichte) der Freiburger Spitalplanung

Zur Spitalplanung sind im Kanton Freiburg in den letzten 25 Jahren schon zahlreiche Überlegungen angestellt und Berichte verfasst worden. Genannt seien zum Beispiel der Bericht vom Dezember 1983 «Analyse und Vorschläge für eine spital- und sozialmedizinische Planung des Kantons Freiburg», der Bericht vom 14. März 1989 «Mediplan 89 – Aufbau des Spitalnetzes», der Bericht vom 26. November 1990 «Zusatzbericht zum dritten Kapitel der spitalmedizinischen Gesamtplanung Mediplan 89», der Bericht von August 1997 über die «Spitalplanung des Staatsrats des Kantons Freiburg» und schliesslich der Bericht vom 9. Juli 2004 «Bericht der Arbeitsgruppe Künftiges Leistungsangebot des Spitals des Seebezirks in Meyriez». Und der jüngste der Reihe, der Bericht vom 31. März 2008, «Spitalplanung des Kantons Freiburg». Die Spitalplanung 2008 bildete Gegenstand einer Beschwerde vor Bundesgericht; dieses bestätigte im Mai 2011 die Freiburger Spitalliste.

Die in den verschiedenen Berichten enthaltenen Vorschläge und ihre Konkretisierungen trugen in grossem Ausmass dazu bei, die Freiburger Spitallandschaft in einem Tempo zu verändern, das sich seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung am 1. Januar 1996 noch beschleunigt hat.

Wo früher 1 Kantonsspital, 6 Bezirksspitäler und 3 Privatkliniken waren, gibt es heute im Kanton 1 freiburger spital mit mehreren Standorten (HFR), 1 interkantonales Spital (HIB) und 2 Privatkliniken. In der Psychiatrie wurde das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) geschaffen, das die stationären Tätigkeiten des stationären Behandlungszentrums Marsens und die ambulanten Dienste unter demselben Dach vereint.

Der Kanton Freiburg hat sich nachhaltig um die Neuorganisation seiner Spitalstrukturen bemüht. Die Veröffentlichung der Spitalliste 1998, dem Instrument für die Konkretisierung der Spitalplanung, das den Spitälern formell Leistungsaufträge und Bettenkapazitäten zuteilt, wurde mit Beschwerde beim Bundesrat angefochten, der die Einwände der Versicherer dann teilweise gutgeheissen hat: Mit Entscheid vom 15. Mai 2002 (Beschwerde gegen die Planung 1997 und die Spitalliste 1998) forderte der Bundesrat den Staatsrat auf, seine Spitalplanungsziele unter dem Aspekt der Bettenkapazitäten zu revidieren und die Spitalliste durch den Eintrag der Leistungsaufträge zu ergänzen, die die Planung den Spitälern zuteilen muss.

Die Planung 2008 war die Antwort auf den Entscheid des Bundesrates betreffend die Planung 1997.

Der vorliegende Spitalplanungsbericht reiht sich mithin in den obenerwähnten allgemeinen Kontext ein und will insbesondere den Anforderungen des Bundesrats, den Empfehlungen der GDK, der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und insbesondere der Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung entsprechen.

2. KVG-Revision

Das Kernstück der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist der Übergang von der Finanzierung des Spitalbetriebs als solchem auf die Vergütung der erbrachten Leistungen. Mit anderen Worten geht es nicht mehr darum, Kosten zurückzuerstatten, sondern einen Preis für eine bestimmte Leistung zu bezahlen. Seit 2012 müssen alle Spitäler der Akutsomatik, die auf einer Spitalliste stehen, nach Leistungspauschalen (DRG) entschädigt werden. Früher konnten die Spitäler jede medizinische Intervention und jeden Tag eines Spitalaufenthalts in Rechnung stellen; heute werden die Spitäler auf der Basis von standardisierten Fällen pauschal entschädigt. Ausserdem ermutigt die Teilrevision die freie Wahl der Patientinnen und Patienten unter allen inner- und ausserkantonalen Listenspitälern und hat für alle Listenspitäler die Pflicht eingeführt, im Rahmen ihres Leistungsauftrags jede Patientin und jeden Patienten aufzunehmen, die oder der den Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals hat.

Diese neue Regelung zwingt die Kantone, ihre Spitallisten und Spitalplanungen zu revidieren und sowohl die öffentlichen als auch die privaten Spitäler einzutragen. Wie bisher sind die Kantone gehalten, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und – mithilfe der Planung – die Qualität der Leistungen zu fördern und die Zunahme der Gesundheitskosten zu dämpfen. Die Planung orientiert sich nicht mehr nach der Kapazität der Einrichtungen (Bettenzahlen), sondern nach den erbrachten Leistungen. Ausserdem muss die Spitalplanung die Einrichtungen, die auf der Spitalliste eingetragen sein möchten, unter dem Aspekt der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen beurteilen.

Konkret müssen die Vorschläge zur Aufnahme auf die Spitalliste künftig anhand der neuen, vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien begründet werden, insbesondere hinsichtlich:

> des Bedarfs der Bevölkerung auf der Basis von statistisch ausgewiesenen Daten und Vergleichen;
> des Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der vom Kanton erlassenen Liste aufgeführt sind;
> des Angebots, das durch die Eintragung von Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist, abzüglich des Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Liste eingetragen sind;
> der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (Effizienz der Leistungserbringung, Rechtfertigung der erforderlichen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien);
> des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
> der Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages.

Für die Akutsomatik wird eine leistungsorientierte Planung verordnet. Hierfür muss die Planung auf einem präzisen Katalog von Leistungen beruhen, die auf der Spitalliste und den Leistungsaufträgen aufgeführt sein müssen. Gemäss den Erklärungen des Bundesrates[1] setzt eine leistungsorientierte Planung Vergleiche voraus, vor allem im Bereich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Weiter hat das Bundesverwaltungsgericht[2] bestätigt,

[1] Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995. Änderung vom 1. Januar 2009. Änderungen und Kommentar, S. 7.
[2] Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 7. Juni 2012 (C-325/2010), Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) gegen den Regierungsrat des Kantons Bern.

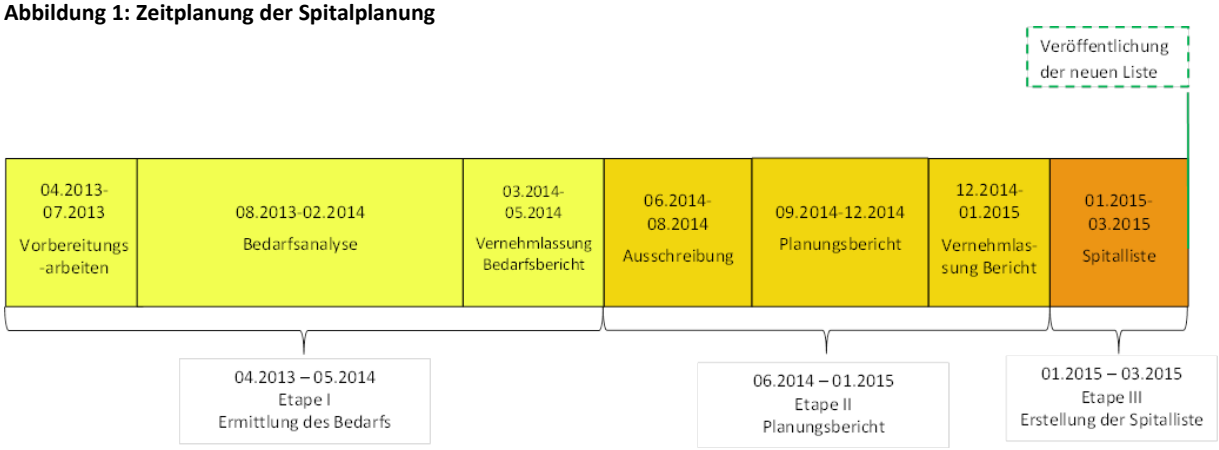
dass Prognosen über die künftige Entwicklung des Bedarfs gemacht werden müssen. Diese Prognosen müssen nach Leistungsbereichen und auf der Grundlage der demografischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung erstellt werden.

3. Entwurf der Spitalplanung 2015

Infolge der KVG-Revision müssen die Kantone ihre Spitalplanung bis am 1. Januar 2015 revidieren, damit sie mit den neuen Kriterien übereinstimmt.

Die Arbeiten für die Spitalplanung 2015 wurden in drei Etappen unterteilt: die Ermittlung des Bedarfs der Freiburger Bevölkerung an stationärer Versorgung, die Erstellung des Spitalplanungsberichts und schliesslich die Erstellung der Spitalliste und die Erteilung der Leistungsaufträge an die Einrichtungen.

Abbildung 1: Zeitplanung der Spitalplanung



1. Etappe: Ermittlung des Bedarfs

Die erste Etappe der Spitalplanung 2015 wurde mit der Veröffentlichung des Berichtes über die Bedarfsanalyse[3] im ersten Semester 2014 abgeschlossen. Das Ziel des Berichtes über die Bedarfsanalyse ist die Beurteilung des Bedarfs der Kantonsbevölkerung an KVG-relevanten stationären Leistungen in Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie und Palliative Care unabhängig vom Behandlungsort. Zu diesem Zweck wurde von der aktuellen Nachfrage der Freiburger Bevölkerung an stationärer Versorgung ausgegangen, um die künftigen Bedürfnisse am Zeithorizont 2020 zu bestimmen. Dabei wurden Einflussfaktoren wie die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung berücksichtigt. Gestützt auf die Nachfrage der Bevölkerung nach stationären Leistungen kann in einem zweiten Schritt das notwendige und dieser Nachfrage entsprechende Leistungsangebot definiert werden.

[3] Der Bericht ist einsehbar unter http://www.fr.ch/ssp/de/pub/spitaeler/spitalplanung.htm.

2. Etappe: Planungsbericht

Die zweite Etappe des Planungsprozesses umfasste die auf denselben Kriterien beruhende Evaluation der Spitäler, die in Frage kommen, um den Bedarf der Bevölkerung abzudecken, die Analyse der verschiedenen Spitallistenvarianten und die Vorbereitung der Leistungsaufträge für das Jahr 2015.

Bei der Definition der künftigen Leistungsaufträge stützte sich der Kanton auf das Konzept der Spitalplanungsleistungsgruppen, das der Kanton Zürich in Zusammenarbeit mit dem Kanton Bern entwickelt hat und von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfohlen wird. So wurden etwa hundert medizinisch und wirtschaftlich relevante Leistungsgruppen definiert, die namentlich auf den Diagnose- und Operationscodes basieren. Mit diesem Konzept können die Leistungsgruppen **medizinisch begründeten Anforderungen** unterstellt werden, wie zum Beispiel die Kombination von Leistungsgruppen, die eine umfassende Betreuung der Patientin oder des Patienten ermöglichen, das Vorhandensein von unterstützenden Disziplinen (Intensivpflege, Notfallstation usw.), die Beachtung von Mindestfallzahlen (kritische Masse), erforderliche Mittel usw. Diese Bedingungen gelten als Mindestanforderungen für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und die Leistungsqualität.

Die Leistungsgruppen und ihre besonderen Anforderungen bildeten den Ausgangspunkt für das Ausschreibungsverfahren, das am 13. Juni 2014 gestartet wurde. Die Spitäler wurden eingeladen, ihre Angebote für die verschiedenen Leistungsgruppen bzw. für eine Eintragung auf die Spitalliste bis am 31. August 2014 einzureichen. Für die Leistungen der spezialisierten Palliative Care, der Rehabilitation und der Psychiatrie war das Verfahren dasselbe. Nach der Analyse aller fristgerecht eingegangenen Angebote wurde ein Vorschlag ausgearbeitet, der die Liste der künftigen Listenspitäler bzw. die Zuteilung der Leistungsaufträge ab 2015 umfasst.

Die Ergebnisse dieser Analysen werden in diesem Bericht vorgestellt und die Leistungsaufträge sind auf der Spitalliste aufgeführt.

3. Etappe: Erstellung der Spitalliste

Im Kanton Freiburg **obliegt** die Festsetzung der **Spitalliste** für die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung **dem Staatsrat** auf Vorbescheid der Kommission für Gesundheitsplanung. Nach der Abänderung von Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe a des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999 (SGF 821.0.1) durch das Gesetz vom 9. Oktober 2013 über den Gegenentwurf zur Gesetzesinitiative «Für bürgernahe Spitäler» unterbreitet der Staatsrat dem Grossen Rat einen Bericht zur Konsultation, bevor er die Spitalplanung beschliesst. Angesichts der einzuhaltenden Fristen soll dieser Bericht in der Märzsession 2015 vorgelegt werden, und der Staatsrat sollte die neue Spitalliste somit Ende März 2015 verabschieden können. In der Zwischenzeit gilt für die Leistungsaufträge die Spitalliste 2012.

Die Spitalliste 2015 wird eine relative Stabilität in den Leistungsaufträgen garantieren, insbesondere um die notwendigen Investitionen, und dadurch die Qualität und die Sicherheit der Versorgung zu gewährleisten. Allerdings muss die zuständige Behörde die Möglichkeit

haben, die Spitalliste abzuändern, damit sie dem reellen Bedarf der Freiburger Bevölkerung entspricht.

4. Koordination mit den anderen Kantonen

Die Spitalplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons, der die Planung erstellt (Art. 58a KVV). Die vorliegende Planung betrifft denn auch die Freiburger Bevölkerung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Planung 2015 des Kantons Freiburg den Patientinnen und Patienten und Spitalplanungen anderer Kantone nicht Rechnung trägt. Im Gegenteil: In diesem Kontext haben zahlreiche Austausche mit anderen Kantonen stattgefunden. Der Kanton Freiburg nimmt an verschiedenen interkantonalen Arbeitsgruppen teil, die sich mit den Fragen der Spitalplanung auseinandersetzen. Ausserdem wurden mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und mit dem Walliser Gesundheitsobservatorium vor allem für die Bedarfsanalyse engere Formen der Zusammenarbeit eingegangen.

Artikel 39 Absatz 2 KVG und 58d KVV verlangen, dass die Kantone ihre Planungen untereinander koordinieren. Insbesondere müssen sie die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen sowie die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. Die Gesundheitsdirektionen der Kantone Bern und Waadt, die Nachbarkantone des Kantons Freiburg, wurden somit eingeladen, sich über den Bericht zur Bedarfsanalyse und über die Spitalplanung auszusprechen. Ausserdem fanden mit diesen Kantonen direkte Kontakte statt, um bestimmte Punkte zu diskutieren, etwa das *hôpital intercantonal de la Broye* (HIB) Waadt-Freiburg, wo bei der Zuteilung des Leistungsauftrags der freiburgische und der waadtländische Bedarf zu berücksichtigen ist.

B. Akutsomatik

Das KVG und seine Verordnungen definieren nicht, was genau unter «Akutsomatik» zu verstehen ist. Im vorliegenden Bericht umfasst dieser Begriff die stationäre Behandlung von akuten Krankheiten und von Unfällen. Die Akutphase ist der begrenzte Zeitraum (30–60 Tage) während einer akuten Krankheit oder nach einem Unfall, verbunden mit einer medizinischen Indikation, die eine ärztliche Diagnose sowie eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erfordert. Akute Perioden können auch während einer chronischen Krankheit auftreten.[4]

1. Leistungsgruppen

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifischer. Um die Zuteilung von Aufträgen über spezifische Leistungen zu erleichtern, hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich mit der Unterstützung von über 100 Fachärztinnen und Fachärzten und in Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ein Konzept von Leistungsgruppen für die Akutsomatik erarbeitet (Spitalplanungsleistungsgruppen, SPLG), das von der GDK empfohlen wird.

1.1 Definition der Leistungsgruppen: Ziel und Erarbeitung

Damit die Leistungsgruppen den idealen Rahmen der künftigen Leistungsaufträge bilden können, müssen sie medizinisch sinnvolle Einheiten bilden; medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, müssen somit in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein. Die Komplexität der Leistungen wird ebenfalls berücksichtigt; in den Gruppen sind somit nur Interventionen mit vergleichbarem Komplexitätsgrad zusammengefasst, so dass sich die Bedingungen für die Zuteilung eines Leistungsauftrags für alle betreffenden Leistungen eigenen können. Die klare Definition der Leistungsgruppen ist eine Voraussetzung für die Erarbeitung von kontrollierbaren Leistungsaufträgen. Alle Leistungsgruppen sind gestützt auf Diagnosecodes (ICD), Operationscodes (CHOP) oder SwissDRG-Codes eindeutig definiert.

Alle Fälle wurden mit einem Algorithmus eindeutig einer Leistungsgruppe zugeteilt; die Zuteilung erfolgte anhand der CHOP- und ICD-Codierung, vereinzelt auch anhand der DRG-Codierung. Bei Fällen, die wegen ihrer Codierung mehreren Leistungsgruppen hätten zugeteilt werden können, erfolgte die Zuteilung anhand einer im Algorithmus festgelegten Hierarchie der Leistungsgruppen. Der Algorithmus des Programms, das die Zusammenfassung der Leistungen ermöglicht (der Grouper), wird entsprechend der verwendeten ICD-, CHOP- und DRG-Versionen aktualisiert. Die Definitionen und die Dokumentation der aktuellen Version sind auf der Internetseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich verfügbar.[5]

1.2 Übersicht über die Leistungsgruppen

Zwei Leistungspakete, das Basispaket (BP) und das Basispaket elektiv (BPE), bilden die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BPE ist dagegen die Grundlage für

---

[4] Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Spitex Verband Schweiz, Forum stationäre Altersarbeit Schweiz: Finanzierung der Pflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer. Bern / Zürich, 2004. S. 18.
[5] www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/leistungsgruppen.html#a-content.

Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und nicht über eine Notfallstation verfügen. Ohne ein BP oder ein BPE kann keine spezialisierte Leistung erbracht werden.

Das BP umfasst alle Leistungen der Grundversorgung in allen Leistungsbereichen. Im Spitalalltag werden diese Leistungen in der Regel von Fachärztinnen und -ärzten für innere Medizin und Chirurgie erbracht, ohne Beizug von anderen Fachärztinnen und Fachärzten.

Das BP ist nicht nur für alle Spitäler obligatorisch, die über eine Notfallstation verfügen; es ist auch eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und -patienten. Da diese oft mit unklaren Beschwerten ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatientinnen und -patienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst nur die Leistungen der Basisversorgung aus denjenigen «elektiven Leistungsbereichen», in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z. B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das BPE alle urologischen «Basisleistungen». Ausserdem können Spitäler mit dem BPE einige klar definierte Basiseingriffe der Viszeralchirurgie und der Gefässe vornehmen, zum Beispiel Hernien und Krampfadern.

Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie.

Die Tabelle hiernach gibt einen Überblick über alle Leistungsgruppen:

Tabelle 1: Leistungsgruppen der Akutsomatik

Basispaket		
Basispaket	BP	Basispaket
Basispaket elektiv	BPE	Basispaket elektiv
Nervensystem und Sinnesorgane		
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatientinnen und -patienten
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 Schädelbasischirurgie)
	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
	KIE1	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
	NCH2	Spinale Neurochirurgie
	NCH3	Periphere Neurochirurgie
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatientinnen und -patienten)
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
	AUG1.4	Katarakt
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme
Innere Organe		
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
	VIS1.5	Tiefe Rektumchirurgie (IVHSM)

Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hochaggressive 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 (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
	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
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe
	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 Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunkttitel '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 Adrenalektomie
	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	Zystische Fibrose
	PNE2	Polysomnographie
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
	THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen	TPL1	Herztransplantation (IVHSM)
	TPL2	Lungentransplantation (IVHSM)
	TPL3	Lebertransplantation (IVHSM
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM)
	TPL5	Nierentransplantation (IVHSM)
	TPL6	Darmtransplantation
	TPL7	Milztransplantation
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 und 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 >= 2000g)
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000 g)
	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250 g)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000 g)
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000 g)

Andere

(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

Kindermedizin	KINM	Kindermedizin
Kinderchirurgie	KINC	Kinderchirurgie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie
Geriatrie	GER	Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

2. Bedarfsanalyse in der Akutsomatik

Dieses Kapitel ist der Ermittlung des künftigen Bedarfs der Freiburger Bevölkerung an stationären akutsomatischen Leistungen und dem dafür gewählten Vorgehen gewidmet. Diese Abklärung bildete Gegenstand eines abschliessenden Berichts[6], der im Juni 2014 veröffentlicht wurde, weshalb an dieser Stelle nicht alle Einzelheiten dargelegt werden.

Nach einer kurzen Beschreibung des theoretischen Modells und der verwendeten Methode wird der vergangene und gegenwärtige Bedarf der Freiburger Bevölkerung an stationären akutsomatischen Leistungen vorgestellt, gefolgt von den Bedarfsprognosen in der Akutsomatik per 2020.

2.1 Verwendetes theoretisches Modell und Faktoren, die die Bedarfsentwicklung beeinflussen

Die Bedarfsanalyse begann mit der Auswahl der Daten, mit denen sich die für die Spitalplanung massgebenden Fälle ermitteln lassen. Hierfür wurden die Daten der medizinischen Statistik der Spitäler des Jahres 2010 verwendet – d. h. entsprechend den Empfehlungen der GDK[7] ausschliesslich die jüngsten verfügbaren Daten (stationäre Fälle, die in Freiburg und ausserkantonal behandelt wurden), für die das Modell der Einflussfaktoren verfügbar war.

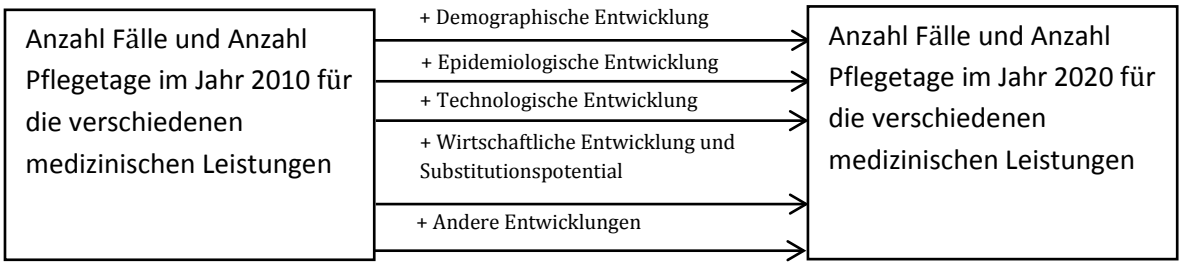
Es ist zu erwähnen, dass die medizinische Codierung im Jahr 2010 für die Spitäler, und namentlich für die Freiburger Spitäler, keine Priorität war, weil die Rückerstattung der Leistungen noch nicht an den Eingriff und an die präzise medizinische Behandlung gebunden war. Die Daten von 2010 waren daher noch nicht in allen Bereichen sehr präzise; dieser Zustand verbessert sich allerdings von Jahr zu Jahr.

Um den Versorgungsbedarf am Zeithorizont 2020 zu prognostizieren, wurden die Daten von 2010 mit einem Bedarfsanalysemodell verglichen, das von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelt wurde. Dieses Modell geht davon aus, dass die Bedarfsentwicklung von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Diese Faktoren sind:

> die demografische Entwicklung (Wachstum und Alterung der Bevölkerung);
> die medizintechnische Entwicklung (neue Therapie- und Diagnosetechniken);
> die epidemiologische Entwicklung (Krankheitsinzidenz);
> das Substitutionspotenzial stationär–ambulant und die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

[6] Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015, Fribourg, 2014 (http://www.fr.ch/ssp/de/pub/spitaeler/spitalplanung.htm).
[7] Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf), Bern, 2009, Seite 3.

Abbildung 2: Faktoren, die die Bedarfsentwicklung beeinflussen



Die demografische Entwicklung (Wachstum und Alterung der Bevölkerung) ist der Faktor, der die Entwicklung des Bedarfs am stärksten beeinflusst. Ebenfalls massgebend sind die wirtschaftlichen und epidemiologischen Faktoren sowie die medizintechnische Entwicklung.

2.1.1 Demografischer Faktor

Der demografische Faktor hat einen erheblichen Einfluss auf die Bedarfsprognosen in allen Bereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie).

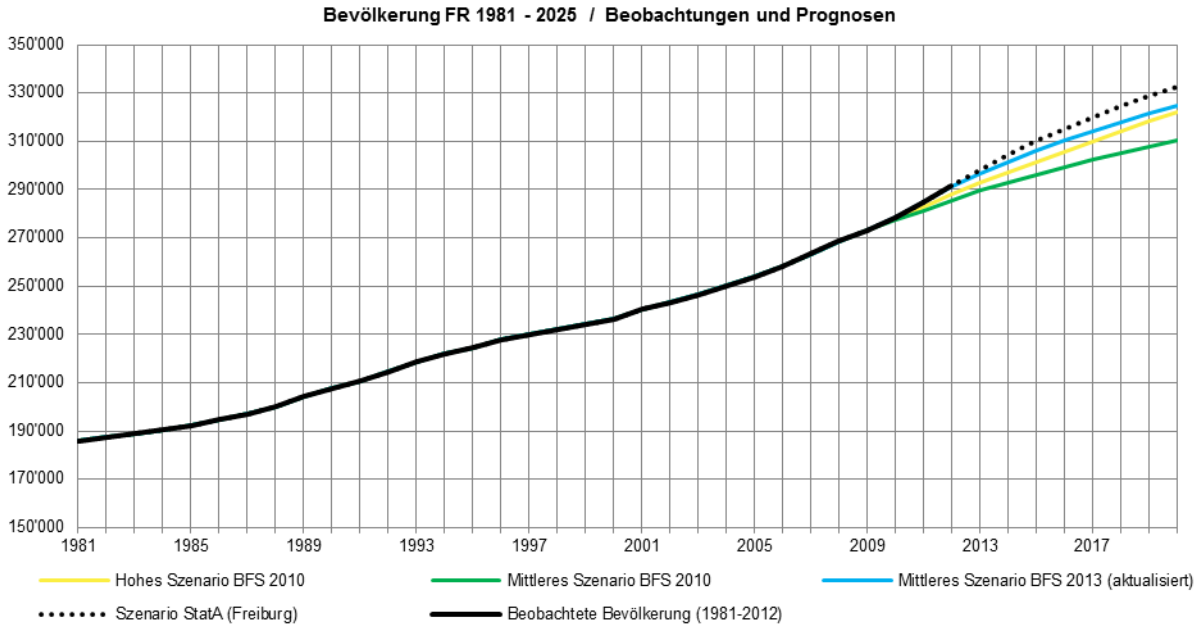
Zwischen 1981 und 2012 ist die Bevölkerung des Kantons Freiburg von 185 546 auf 291 395 Einwohnerinnen und Einwohner angestiegen, was einem Wachstum von 57 % entspricht.

Die steigende Lebenserwartung, eine relativ geringe Geburtenrate und eine Zuwanderung, die nicht ausreicht, um die ersten beiden Faktoren auszugleichen, führen zu einer Alterung der Freiburger Bevölkerung. Dies hat zur Folge, dass die Anteile der höheren Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung kontinuierlich zunehmen: Die Altersgruppe der 65–79-Jährigen ist von 9,6 % im Jahr 2000 auf 10,7 % im Jahr 2010 angestiegen, diejenige der 80-Jährigen und älter von 3,3 % auf 3,7 %. Die Alterung der Bevölkerung hat einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Bedarfs an stationären Leistungen im Kanton Freiburg.

Das BFS hat für die gesamte Schweiz wie auch für die einzelnen Kantone demografische Szenarien entwickelt. Das mittlere Szenario des BFS (grüne Linie, Abb. 3) wird oft als Referenzszenario verwendet. In den letzten Jahren ist die Bevölkerung im Kanton Freiburg stärker angestiegen (reelle Zahlen) als im mittleren Szenario des BFS prognostiziert wurde (prognostizierte Zahlen), weil der Wanderungssaldo unterschätzt wurde.

Die folgende Grafik zeigt die reelle Entwicklung der Freiburger Bevölkerung zwischen 1981 und 2012. Es handelt sich also um die beobachtete Bevölkerung (schwarze Linie). In der Grafik werden ausserdem vier demografische Szenarien dargestellt: Die grüne Linie entspricht dem mittleren Szenario des BFS von 2010 und die gelbe Linie dem hohen Szenario des BFS von 2010; die gestrichelte schwarze Linie entspricht einem vom Amt für Statistik des Kantons Freiburg entwickelten Szenario, und die blaue Linie entspricht dem mittleren Szenario des BFS in der revidierten Fassung von 2013. Für die Prognose des Versorgungsbedarfs am Zeithorizont 2020 wurde schliesslich das letztgenannte Szenario verwendet. Dieses Szenario sieht für die Jahre 2012 bis 2020 vor, dass die Freiburger Bevölkerung weiter wachsen wird: Zwischen 2010 und 2020 soll die Kantonsbevölkerung um 16,6 % bzw. von 278 500 auf 324 800 Einwohnerinnen und Einwohner ansteigen.

Abbildung 3: Bevölkerung FR 1981 - 2020 / Beobachtungen und Prognosen



Quellen: StatA, BFS

2.1.2. Andere Einflussfaktoren

Nicht nur die demografische Entwicklung hat einen Einfluss auf den künftigen Bedarf an stationären Leistungen, sondern noch weitere Faktoren. Grundsätzlich haben diese Faktoren einen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate (oder auf die Anzahl Fälle, die in einer gegebenen Bevölkerung hospitalisiert werden) und auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Hiernach werden diese Faktoren für jeden Spitalbereich (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) analysiert und die festgehaltenen Hypothesen im Einzelnen erläutert.

Es ist zu erwähnen, dass der Kanton Zürich bei der Ausarbeitung seiner Hypothesen eng mit universitären Institutionen zusammengearbeitet hat, die für ihre Fachkenntnisse in öffentlicher Gesundheit anerkannt sind. Es ist anzunehmen, dass die Entwicklung des Gesundheitsbedarfs der Zürcher Bevölkerung denselben Einflüssen unterliegt wie die Bedarfsentwicklung der Freiburger Bevölkerung bzw. wie die Bedarfsentwicklung der gesamten Schweizer Bevölkerung.

2.1.2.1 Epidemiologische Entwicklung

Der epidemiologische Faktor hat einen moderaten Einfluss auf die Bedarfsprognosen.

Im Bericht des Kantons Zürich basieren die Hypothesen der epidemiologischen Entwicklung auf einer Literaturrecherche einer Expertengruppe des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Es wird eine Zunahme der Anzahl Fälle erwartet, namentlich betreffend kardiovaskuläre Krankheiten und Krebs.

2.1.2.2 Medizintechnische Entwicklung

Der Faktor der medizintechnischen Entwicklung hat einen moderaten Einfluss auf die Bedarfsprognosen.

Im Bericht des Kantons Zürich basieren die Hypothesen der medizintechnischen Entwicklung auf einer Literaturrecherche und einer schriftlichen Expertenbefragung des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW).[8]

Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wird namentlich in den folgenden Bereichen eine Zunahme der Anzahl Fälle erwartet:

> kardiovaskuläre Erkrankungen (aufgrund der Entwicklung bestimmter Techniken wie das Legen intraventrikulärer Defibrillatoren, Resynchronisationstherapien bei Herzinsuffizienz oder Behandlungen von endovaskulären Aneurysmen);
> Orthopädie (insbesondere ein Anstieg von Operationen für Revisionen von Hüft- und Kniegelenkprothesen);
> Verdauungskrankheiten (insbesondere ein Anstieg der Operationen durch Laparoskopie); und);
> Onkologie / Radioonkologie (im Zusammenhang mit der Entwicklung von Behandlungen für neue Indikationsbereiche).

2.1.2.3 Substitutionspotenzial stationär–ambulant

Der Faktor des Substitutionspotenzials stationär–ambulant hat einen bedeutenden Einfluss auf die Bedarfsprognosen.

Im Bericht des Kantons Zürich wurden Spitalbehandlungen identifiziert, die potenziell ambulant durchführbar sind. Die meisten dieser Fälle betreffen Spitalaufenthalte von weniger als drei Tagen und vor allem bestimmte Bereiche wie die Ophthalmologie und die Onkologie/Radioonkologie.

Für den Kanton Freiburg wurden die Hypothesen des Hauptszenarios des Zürcher Berichts vollumfänglich übernommen, wonach 50 % der Leistungen, die als substituierbar identifiziert wurden, vom stationären in den ambulanten Rahmen verlagert werden.[9]

2.1.2.4 Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (DAD)

Der Faktor der DAD hat einen bedeutenden Einfluss auf die Bedarfsprognosen.

In den letzten 20 Jahren nahm die DAD in zahlreichen OECD-Ländern ab, so auch in der Schweiz und im Kanton Freiburg. Im internationalen Vergleich ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz jedoch noch relativ hoch. Es ist wahrscheinlich, dass die DAD in den kommenden Jahren weiter sinken wird – insbesondere im Zusammenhang mit der Benutzung der SwissDRG.

---

[8] Dieses Gutachten ist verfügbar unter: www.gd.zh.ch/versorgungsbericht.
[9] http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik/archiv_projekt_spitalplanun_2012/versorgungsbericht.html.

Die auch im Kanton Freiburg festgestellte Abnahme der DAD sollte sich in den kommenden Jahren fortsetzen. Es ist klar, dass sich die DAD der verschiedenen Leistungen nur bis zu einem gewissen Grad komprimieren lässt. Es ist aber sehr schwierig oder gar unmöglich, diese Grenzen der Komprimierbarkeit für die Zukunft zu prognostizieren, weil sie hauptsächlich von der Entwicklung der Versorgungspraxis und der Verfügbarkeit personeller und technologischer Mittel abhängen – Faktoren, die auf zehn Jahre schwierig vorauszusehen sind.

Das Ausmass dieser Verkürzung ist ungewiss; es wird aber angenommen, dass der Kanton Freiburg bis 2020 das 40. Perzentil der landesweiten DAD (Wert 2010) erreichen wird. Dieses Ziel, das man sich auch im Kanton Zürich gesetzt hat, soll nur erreicht werden, wenn die DAD einer Behandlung höher ist als im schweizerischen Durchschnitt. Für Leistungen, deren DAD tiefer ist, wird keine Korrektur vorgenommen.

Um die Entwicklung der ausgewählten Parameter zu verfolgen, sind ein Monitoring der künftigen Spitaltätigkeit sowie bei Bedarf Aktualisierungen der in diesem Kapitel vorgestellten Entwicklungsfaktoren vorgesehen; gestützt darauf soll die Prognose des Spitalbedarfs regelmässig aktualisiert werden.

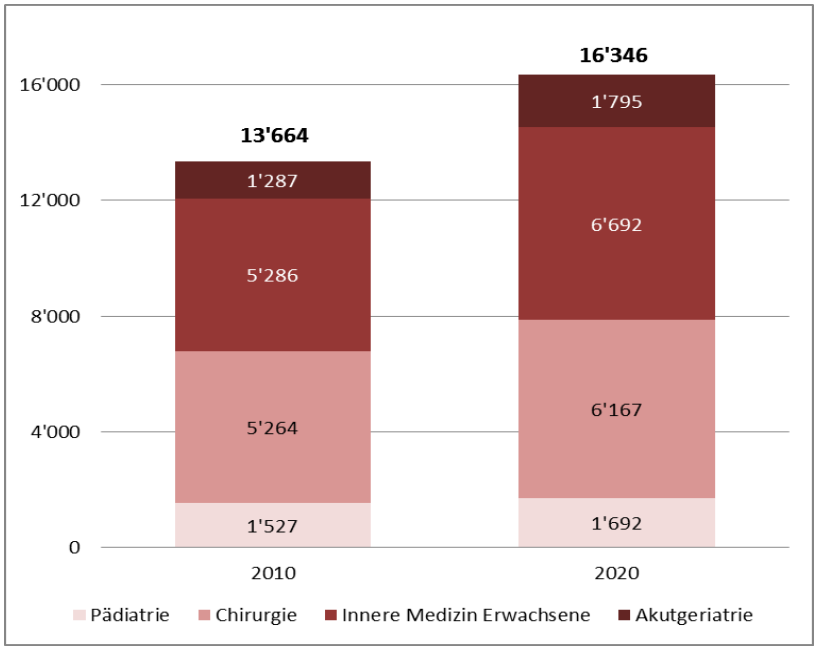
2.2 Bedarf an Akutsomatik am Zeithorizont 2020

In der Bedarfsanalyse für die Spitalplanung von Juni 2014[10] wurden die Leistungen ermittelt, für die die Freiburger Bevölkerung im Jahr 2010 auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stationär behandelt wurde (jüngste, vollständige offizielle statistische Grundlage), und wurde prognostiziert, wie sich der KVG-relevante Bedarf (ohne die anderen Sozialversicherungen und ohne die Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz) bis 2020 entwickeln wird. Die Prognosen 2020 berücksichtigen die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung sowie das Substitutionspotenzial stationär–ambulant. Für die Prognosen wurde in Bezug auf die demografische Entwicklung auf das mittlere Szenario des BFS in der revidierten Fassung von 2013 abgestellt.

Auf dieser Grundlage sollte sich die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für Leistungen des Basispakets der Akutsomatik folgendermassen entwickeln:

[10] Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015, Freiburg, 2014.

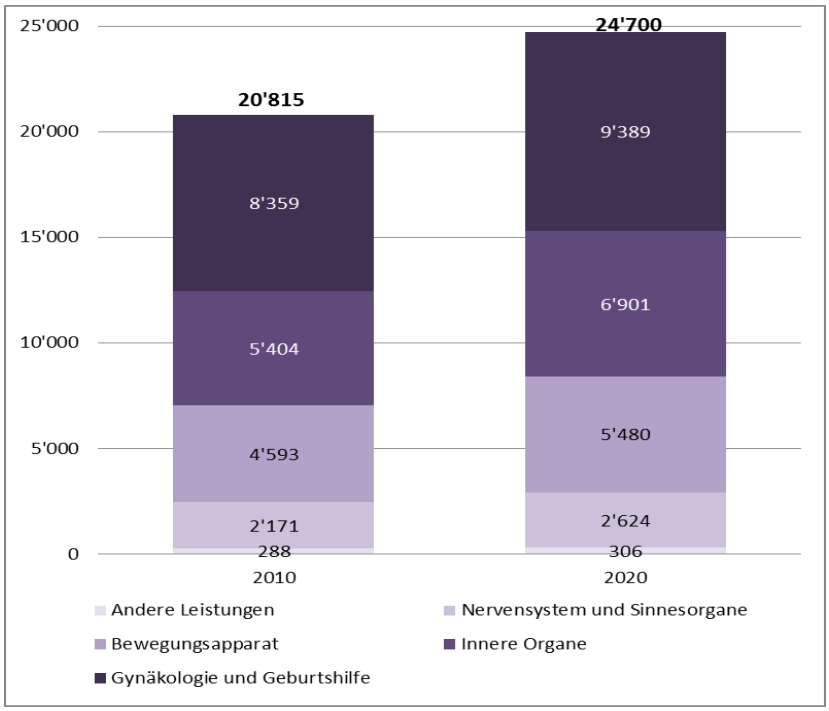
Abbildung 4: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten im Basispaket der Akutsomatik 2010 und 2020



Die Anzahl Spitalaufenthalte für Leistungen des Basispakets nimmt per 2020 global um 20 % zu.

Die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für spezialisierte Leistungen der Akutsomatik sollte sich folgendermassen entwickeln:

Abbildung 5: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für spezialisierte Leistungen 2010 und 2020



Die Anzahl Spitalaufenthalte für spezialisierte Leistungen nimmt per 2020 global um 19 % zu.

Die erwähnten Zahlen berücksichtigen alle Spitalaufenthalte von im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, unabhängig davon, ob die Behandlung im oder ausserhalb des Kantons stattfindet. Gemäss Artikel 58b KVV ist das Angebot, das in anderen ausserkantonalen Spitälern beansprucht wird (freie Wahl), vom Angebot abzuziehen, das durch die auf der Freiburger Spitalliste aufgeführten Einrichtungen gesichert wird. Auf der Basis der zur Verfügung stehenden Zahlen ist ein solcher Abzug allerdings nicht möglich. Tatsächlich haben die universitären Einrichtungen Teilaufträge für bestimmte, genau definierte Leistungen, doch wurden diese Aufträge nicht nach derselben Logik erteilt, nach welcher der Bedarf ermittelt wurde. Aus diesem Grund wurde in allen Leistungsgruppen ein globaler Abzug von 18 % vorgenommen. Dabei stützte man sich auf den Anteil der ausserkantonalen Spitalaufenthalte, die im Jahr 2010 bezahlt wurden, weil medizinische Gründe eine ausserkantonale Behandlung rechtfertigten, und berücksichtigte eine Progression von 2 % bei den innerkantonalen Spitalaufenthalten.

3. Beurteilungskriterien

Die Kriterien, auf denen die Spitalplanung beruht, ergeben sich aus Gesetz und Rechtsprechung und gelten gleichermassen für alle Leistungserbringer. Das KVG nennt ausdrücklich die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Artikel 41a Absatz 1 KVG sieht für Listenspitäler ausserdem eine Aufnahmepflicht vor: «Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht)».

Zu diesen Kriterien kommt gemäss KVV der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages hinzu. Artikel 58b Absatz 5 KVV präzisiert ausserdem Folgendes: «Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

a. die Effizienz der Leistungserbringung;
b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.»

Allerdings sind die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien wenig konkret und lassen den Kantonen Handlungsspielraum. Der Bundesrat hat vor allem unterlassen, seine Evaluationskriterien zu konkretisieren und direkt nutzbare Kriterien zu definieren. Somit obliegt es den Kantonen, die Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen überprüft werden können.

Die Anforderungen, die im Rahmen der Freiburger Spitalplanung angewendet werden, beruhen auf den Empfehlungen der GDK und ihre Anwendung richtet sich nach dem, was sich in anderen Kantonen tut. Man unterscheidet generelle Anforderungen, die auf alle Einrichtungen ungeachtet ihres jeweiligen Leistungsspektrums anwendbar sind, und spezifische Anforderungen, die für die einzelnen Leistungsgruppen gelten.

3.1 Generelle Anforderungen

Jede Einrichtung, die auf die Spitalliste eingetragen werden möchte, muss die generellen Anforderungen von Artikel 39 Absatz 1 KVG erfüllen und gemäss Artikel 41a KVG im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten für alle KVG-Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg unabhängig von ihrer Versicherungsklasse eine Aufnahmebereitschaft gewährleisten (Aufnahmepflicht). Ausserdem müssen die Finanzierungsvorschriften des Gesetzes vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser eingehalten werden.

In Bezug auf die nützliche Frist, innert der eine Einrichtung eine Leistung erbringen können muss, wird auf den Begriff der Nähe abgestellt. So werden für ein gleiches medizinisches Angebot, insbesondere für Basisleistungen, diejenigen Einrichtungen bevorzugt, die für die Freiburger Bevölkerung einfacher und rascher zugänglich sind.

3.1.1 Qualitätsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss unter anderem die Qualität der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen berücksichtigen. Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe b KVG verpflichtet die Kantone, bei der Prüfung der Qualität insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu beachten. Der Bundesrat hat bisher keine Kriterien oder Daten definiert, mit denen die Einrichtungen hinsichtlich der Qualität miteinander verglichen werden könnten; die Kantone verfügen daher in Bezug auf dieses Kriterium über einen breiten Ermessensspielraum.

Schon heute erbringen die Spitäler der Freiburger Spitalliste qualitativ gute Leistungen. Deshalb genügt es, wenn Standards definiert werden, denen alle Einrichtungen unabhängig von ihrem Leistungsauftrag zu genügen haben.

Qualitätssicherungskonzept: Gemäss Artikel 77 KVV müssen die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erlassen. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Jedes Listenspital verfügt über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept und kann es auf Anfrage der Direktion für Gesundheit und Soziales vorlegen. Die Qualitätsziele betreffen die Qualität der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse. Das Konzept informiert über die Art und Weise, wie die Qualität kontrolliert wird, sowie über die Anpassung und Änderung des Qualitätssicherungskonzepts infolge der Kontrollen.

Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen: Im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ nehmen die Spitäler regelmässig an Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie teil. Die Einrichtungen übermitteln die Ergebnisse der Qualitätsmessungen jährlich in einem Bericht an die Direktion für Gesundheit und Soziales und beteiligen sich an der Analyse. Bei der Berichterstattung berücksichtigen sie die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität»).

Critical Incident Reporting System (CIRS): In jedem Listenspital wird für die ganze Einrichtung ein interdisziplinäres und berufsübergreifendes *Critical Incident Reporting System* eingeführt. Der Zweck dieses Systems für die systematische Erfassung von kritischen Ereignissen ist, den Angestellten die Möglichkeit zu geben, im Schutze der Vertraulichkeit und Anonymität kritische Ereignisse zu melden, die sich in ihrem Arbeitsumfeld ereignet haben. Alle Angestellten sind im CIRS ausgebildet (mindestens darüber informiert) und haben Zugang dazu. Die CIRS-Einträge werden analysiert und das Verbesserungspotential wird dargelegt, die Spitalleitung erhält die Information in anonymisierter Form und die erforderlichen Änderungen werden umgesetzt. Die Geburtshäuser sind landesweit von dieser Verpflichtung ausgenommen, namentlich weil die Anonymität nicht gewährleistet werden kann.

Austritts- und Verlegungsprotokolle: Das Ziel der Protokolle über den Austritt und/oder die Verlegung der Patientinnen und Patienten ist, diese Prozesse zu systematisieren und den Patientinnen oder Patienten im stationären oder ambulanten Rahmen die Behandlungskontinuität zu gewährleisten, ohne institutionelle Grenzen.

Schulung in Reanimation: Die Schulung in Reanimation ermöglicht dem Personal, in lebensbedrohlichen Notfallsituationen angemessen zu reagieren. Das Personal erhält im Rahmen des Einführungstages einen Reanimationskurs (Theorie und Praxis). Die Information über die Organisation und das Funktionieren des Alarmierungssystems bei einer Reanimation ist Teil dieser Ausbildung. Die Teilnahme an den Reanimationsübungen wird in einem Protokoll vermerkt.

Hygiene-/Infektiologiekonzept: Eine interdisziplinäre Hygienekommission ist im Spital etabliert (die Sitzungsprotokolle sind verfügbar und die Folgerungen und konkret vorgeschlagenen Massnahmen werden der Spitalleitung übermittelt). Ausserdem gibt es ein schriftliches Spitalhygienekonzept und ein schriftliches Konzept über den Gebrauch von

Antibiotika namentlich zu präventiven Zwecken. Ein System zur Überwachung von nosokomialen Infektionen und der Entwicklung von Resistenzen gegenüber Antibiotika ist eingerichtet. Die Mitarbeitenden sind für die Umsetzung des Spitalhygienekonzepts geschult.

Patienteninformation: Die Listenspitäler müssen den Patientinnen und Patienten alle Informationen über ihre stationäre Behandlung und über die Nachbehandlung insbesondere nach dem Austritt zur Verfügung stellen.

Publikation des Qualitätsberichts H+: Die Spitäler haben jährlich die Möglichkeit, einen Qualitätsbericht nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz zu erstellen. Mit der Publikation dieses Berichts im Standardformat sind die Leserlichkeit und die Transparenz hinsichtlich bestimmter Qualitätsindikatoren gewährleistet. Die Leistungserbringer des Kantons Freiburg stellen der Direktion für Gesundheit und Soziales jedes Jahr zwei Exemplare dieses Berichts zu.

3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss unter anderem die Wirtschaftlichkeit der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen berücksichtigen. Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe a KVV verpflichtet die Kantone, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Der Bundesrat hat bisher keine Kriterien oder Daten definiert, mit denen die Einrichtungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit untereinander verglichen werden könnten.

Im Rahmen der Zuteilung der Leistungsaufträge muss der Kanton die Wirtschaftlichkeit anhand der auf Bundesebene definierten Kriterien prüfen, in der Regel durch den Vergleich mit anderen Leistungserbringern. Auf dieser Grundlage hat der Kanton Freiburg folgende Wirtschaftlichkeitsfaktoren aufgestellt, um die finanzielle Situation der Spitäler im Einklang mit der kantonalen und eidgenössischen Gesetzgebung zu prüfen:

- genügende Garantien für die Beständigkeit und die Bonität liefern;
- die vom Kanton anerkannten Buchhaltungsprinzipien einhalten;
- dem Amt für Gesundheit jährlich Bericht über die eigene finanzielle Situation erstatten;
- jährlich die Wirtschaftlichkeit der eigenen Leistungen nachweisen;
- jährlich das Investitionsbudget liefern;
- eine gute Codierqualität bieten und innert einer Frist abrechnen, die ein Umlaufvermögen gewährleistet;
- Bericht über die Entwicklung der eigenen KVG-Leistungskosten in den letzten 5 Jahren und über die diesbezüglichen Prognosen für die kommenden 5 Jahre erstatten;
- die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen für die Vergabe von Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträgen einhalten.

Bei der Zuteilung der Leistungsaufträge im Rahmen des Erlasses der Spitalliste sind die Kantone verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen der verschiedenen Anbieter zu vergleichen. Diese Anforderung wurde durch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. Juli 2013 betreffend die Zuteilung von Leistungsaufträgen im Rahmen der Spitalplanung 2012 durch den Kanton Aargau bekräftigt. Das Urteil präzisiert das Verfahren und die Daten der Leistungskostenprüfung etwas. In einem ersten Schritt müssen die Leistungen des Spitals und die Kosten pro Leistung bestimmt werden. In einem zweiten Schritt werden diese

Leistungen und Kosten mit einem oder mehreren anderen Spitälern (Referenzspitäler) verglichen. Das zu überprüfende Spital sowie die Referenzspitäler müssen bei der Berechnung der Kosten von identischen Berechnungsgrundlagen ausgehen.

Der Kanton Freiburg hat die Wirtschaftlichkeit der auf seinem Territorium befindlichen Spitäler gemäss den eben erwähnten Vorgaben analysiert.

3.2 Spezifische Anforderungen

Je nach den Leistungsgruppen, die eine Einrichtung anbieten möchte, hat sie spezifische Anforderungen zu erfüllen, die von der Art der Leistung abhängen. Auf diese Anforderungen wird in den folgenden Punkten 3.2.1 bis 3.2.8 kurz eingegangen.

3.2.1 Fachärztin/Facharzt und Verfügbarkeit

Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte (Inhaber/in eines FMH-Titels oder eines gleichwertigen ausländischen Titels) vorgeschrieben. Es muss mindestens eine der genannten Fachärztinnen oder einer der genannten Fachärzte verfügbar sein. In den internistischen Gebieten zum Beispiel sind dies Internistinnen/Internisten und/oder Fachärztinnen/-ärzte nach Massgabe der medizinischen Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärztinnen und Fachärzte, die Behandlung zu delegieren. So können sie für bestimmte Leistungsgruppen auch Belegärztinnen/-ärzte oder Konsiliarärztinnen/-ärzte einsetzen. Die Art des Anstellungsverhältnisses ist für jede Leistungsgruppe anzugeben.

Ausserdem ist auch die erwartete Verfügbarkeit der Fachärztinnen/Fachärzte oder der Ärztinnen/Ärzte, die über die geeignete Qualifikation verfügen, für jede Leistungsgruppe genau zu definieren. Nach Massgabe der Dringlichkeit der Intervention werden vier Stufen der Verfügbarkeit unterschieden. Die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein.

Die folgende Tabelle zeigt die Definition der Verfügbarkeiten für jede Stufe auf:

Tabelle 2: Definition der Facharzt-Verfügbarkeit

Level 1	FA erreichbar in <60 Min. oder Verlegung	Die Fachärztinnen/Fachärzte* (Konsiliarärztinnen und -ärzte) sind innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin/der Patient wird in das nächstgelegene Spital verlegt, das die betreffende Leistungsgruppe innert derselben Frist anbietet.
Level 2	FA Intervention <60 Min.	Die Fachärztinnen/Fachärzte* der betreffenden Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch die Fachärztin oder den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30 Min.	Die Fachärztinnen/Fachärzte* der betreffenden Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (nur Geburtshilfe)	FA Intervention <15 Min.	Für die Geburtshilfe ist eine 24-stündige Verfügbarkeit notwendig: Die Geburtshilfe wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten) geführt.

*Fachärztin/Facharzt oder Ärztin/Arzt mit entsprechender Facharztqualifikation

3.2.2. Notfallstation

Für Leistungsgruppen, in denen es oft zu Notfallbehandlungen kommt, ist das Führen einer Notfallstation obligatorisch. Dabei werden die Anforderungen an Notfallstationen nach Massgabe der Frist, innert welcher die erforderliche Behandlung für jede Gruppe durchzuführen ist, in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe gelten besondere Anforderungen. Leistungsaufträge über bestimmte spezialisierte Leistungen setzen das Führen einer Notfallstation voraus.

Tabelle 3: Anforderungen an Notfallstationen

	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung (vor Ort)	**8-17 Uhr Mo-Fr:** Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz). **17-8 Uhr Mo-Fr & 24/24 an Wochenenden und Feiertagen:** Assistenzärztinnen/-ärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	**8-17 Uhr Mo-Fr:** Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innert fünf Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). **17-8 Uhr Mo-Fr & 24/24 an Wochenenden und Feiertagen:** Assistenzärztinnen/-ärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	**8-23 Uhr Mo-Fr:** Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innert fünf Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). **23-8 Uhr Mo-Fr & 24/24 an Wochenenden und Feiertagen:** Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innert fünf Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharztausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innert 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innert 30 Minuten zur Verfügung.	**24/24:** Eine Ärztin/ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe innert 15 Minuten vor Ort zur Verfügung. Die Notfallsectio hat in weniger als 30 Minuten zu erfolgen (d. h. vom Entscheid bis zur Entbindung).
Am Spital zwingend notwendige Fachdiszi-plinen	Beizug von Fachärztinnen und -ärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Innere Medizin (in 30 Minuten)* - Chirurgie (in 30 Minuten)* - Anästhesie (in 15 Minuten)		Beizug von Fachärztinnen und -ärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärztinnen/-ärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Hebammen 24 Std. vor Ort

* Ständige Anwesenheit im Haus nicht erforderlich.

3.2.3. Intensivstation

Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patientinnen und Patienten auf die Intensivstation (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.

Tabelle 4: Anforderungen an Intensivstationen

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) gemäss SGI	Level 3 Intensivstation (IS) gemäss SGI
Basisrichtlinien	Gemäss besonderen Anforderungen in Anhang 2	Die Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) vom 1. November 2007 sind einzuhalten (http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinien-is.html).	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflegetage und Anzahl Beatmungstage gemäss den Kriterien der FMH für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: - Anzahl Pflegetage p.a. ≥ 2600 - Anzahl Beatmungstage p.a. ≥ 1000

3.2.4. Verknüpfungen, verknüpfte Leistungen

In vielen Fällen ist für die Behandlung der Patientin oder des Patienten fachübergreifendes medizinisches Wissen erforderlich. 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.

Andere Leistungen wie beispielsweise die interventionelle Radiologie sind aus medizinischer Sicht zwar eng mit bestimmten Leistungsgruppen verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort angeboten werden. In diesem Fall kann eine interne Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer oder eine externe Kooperation (in Subunternehmerschaft) sinnvoll sein, unter dem Vorbehalt, dass die Kooperationspartner einen entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons haben. In diesem Fall muss der Direktion für Gesundheit und Soziales eine formelle Vereinbarung zugestellt werden, in der die folgenden Punkte geregelt sind:

> Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der spitalübergreifenden Schnittstellen;
> die Ansprechpartner und Beteiligten sind benannt und klar bezeichnet;
> der inhaltliche Umfang und die Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;

> die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
> medizinische Dokumentation: Dem zugewiesenen Spital sind die vorgängig definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

3.2.5 Tumorboard

Bei Leistungen an Karzinompatientinnen und -patienten ist in der Regel ein interdisziplinäres Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, Onkologen, Internisten, Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jeder Karzinompatientin und jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden. Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital geführt werden.

Dabei sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

> Jede Tumorpatientin und jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
> An den Sitzungen wird die Situation jeder Tumorpatientin und jedes Tumorpatienten präsentiert, unabhängig von der Schwere des Tumors.
> Die für das Tumorboard genannten Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärztinnen und Fachärzte besteht.
> Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Patientenakte übernommen.

3.2.6 Mindestfallzahlen

Der Kanton kann als Bedingung für die Zuteilung bestimmter Leistungen Mindestfallzahlen im Sinne von Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe c KVV festsetzen. Allerdings sind die Grundlagen für die Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vollumfänglich erarbeitet. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenige oder keine empirische Evidenz. Die wissenschaftliche Literatur dazu ist aber im Wachsen begriffen. Zudem gibt es zwar viele Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität zeigen, hingegen lässt sich bei vielen Behandlungen kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird.

Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall stationär erbracht werden. Höhere Mindestfallzahlen sind für die Koronarchirurgie und für maligne Neoplasien des Atmungssystems vorgeschrieben, weil bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland existieren.

3.2.7. Weitere Anforderungen

Für bestimmte Behandlungen müssen zusätzliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllt werden wie zum Beispiel die Anforderung einer Stroke Unit für die Behandlung von zerebrovaskulären Störungen, eine Ernährungs- und Diabetesberatung für endokrinologische Patientinnen und Patienten, die Erfüllung der SMOB-Kriterien bzw. die SMOB-Zertifizierung als Primär- bzw. Referenzzentrum für die Behandlung bariatrischer Patientinnen und Patienten, eine JACIE-Akkreditierung für autologe Blutstammzelltransplantationen, eine interdisziplinäre Indikationskonferenz für alle Patientinnen und Patienten der Gefässchirurgie und der Angiologie usw. Die Gesamtheit der weiteren Anforderungen sind in Anhang 1 aufgeführt.

3.2.8. Hochspezialisierte Medizin

Bestimmte Leistungsgruppen gehören zur hochspezialisierten Medizin (HSM) und fallen unter die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Sie sind mit dem Vermerk «IVHSM» gekennzeichnet. Entscheidungen gemäss IVHSM haben gegenüber der Freiburger Spitalliste Vorrang. Bei Revisionen wird die kantonale Spitalplanung entsprechend angepasst. In der Tat sieht Artikel 9 IVHSM vor: «Ab dem Zeitpunkt der erfolgten Bestimmung eines Bereiches der hochspezialisierten Medizin und seiner Zuteilung durch das HSM-Beschlussorgan an mit der Erbringung der betreffenden Leistung beauftragte Zentren gelten abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben.»

3.2.9 Anforderungen für die Gruppen transversaler Leistungen

Verschiedene medizinische Leistungen können nicht nach dem betroffenen Organ definiert werden, weil sie leistungsübergreifenden Charakter haben. Für diese Leistungen gibt es das Basispaket, das Basispaket elektiv, die Pädiatrie, die Kinderchirurgie und die Akutgeriatrie. Hiernach werden die Anforderungen an diese Leistungsgruppen dargestellt.

3.2.9.1 Anforderungen für die Basispakete

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Mit der verwendeten Methode wurden zwei 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. Das BPE ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und nicht über eine Notfallstation verfügen.

Das *Basispaket* (BP) umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen oder Fachärzten erbracht.

Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und -patienten. Da diese 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 Notfallpatientinnen und -patienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende

Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spitäler, die das Basispaket anbieten möchten, müssen auch die folgenden Anforderungen erfüllen:

> Medizinische Abteilung geleitet durch Fachärztin/Facharzt Innere Medizin
> Chirurgische Abteilung geleitet durch Fachärztin/Facharzt Chirurgie
> Anästhesie
> Notfallstation Level 1
> Intensivstation Level 1
> Laborbetrieb 365 Tage, 24 Stunden
> Radiologie 365 Tage, 24 Stunden; CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzärztin oder -arzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzärztin/-arzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Fachärztin/Facharzt
> Infektiologie und Psychiatrie in Kooperation
> Palliative-Care-Basisversorgung

Die Palliative-Care-Basisversorgung setzt bei den Fachpersonen (ärztliches und pflegerisches Personal) voraus, dass sie bei relativ stabilen Patientinnen und Patienten den üblichen Bedürfnissen in Bezug auf Schmerztherapie und andere Symptome evolutiver Krankheiten entsprechen können. Die Palliative-Care-Basisversorgung kann durch spitalinterne Teams bestehend aus Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen mit entsprechender Ausbildung sichergestellt werden. Die Kaderärztinnen und -ärzte müssen über einen FMH-Facharzttitel innere Medizin mit einer Zusatzausbildung in Palliative Care und mindestens 50 % des diplomierten Pflegefachpersonals muss über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung und über Fachkenntnisse in Palliative Care verfügen. Die Palliative-Care Basisversorgung muss präventive und rehabilitative Massnahmen, Schmerztherapie, Physiotherapie und psychosoziale Betreuung umfassen. Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte und die Spitex sind bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten über die Weiterbetreuung zu informieren. Für sterbende Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen muss das Spital Einerzimmer zur Verfügung haben.

Das *Basispaket elektiv* (PBE) ist ein Teil des BP und umfasst nur Basisversorgungs-Leistungen aus denjenigen «elektiven Leistungsbereichen», in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z. B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das BPE alle urologischen «Basisleistungen». Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem 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 eine Ärztin oder ein Arzt (z. B. Internist/in, Anästhesist/in) rund um die Uhr verfügbar. Spitäler, die das Basispaket elektiv anbieten möchten, müssen die folgenden Anforderungen erfüllen:

> Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
> Laborbetrieb 7–17 Uhr
> Die Überweisung von spitalinternen Notfällen in ein Spital mit umfassender Versorgung muss sichergestellt sein

> Infektiologie in Kooperation

3.2.9.2 Anforderungen für die Pädiatrie und Kinderchirurgie

Für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden spezifische Leistungsaufträge in Pädiatrie und Kinderchirurgie erteilt. Die Behandlungen erfolgen grundsätzlich in einer Kinderklinik.

Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten.

Im Einzelnen muss eine Kinderklinik folgendermassen organisiert sein:

> Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie bzw. Kinderchirurgie
> Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
> Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
> Unterbringungsmöglichkeiten für Bezugspersonen
> Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag

In Bezug auf die Leistungsgruppe **Pädiatrie** sind stationäre pädiatrische Patientinnen und Patienten unter 16 Jahren grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln. Die Pädiatrie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt FMH Kinder- und Jugendmedizin geleitet.

In Bezug auf die **Kinderchirurgie** sind stationäre chirurgische Patientinnen und Patienten unter 16 Jahren grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln. Die Kinderchirurgie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt FMH Kinderchirurgie geleitet. Bei Kindern unter sechs Jahren muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein.[11]

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

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie z. B. unkomplizierte Appendizitis, einfache Frakturen, Tonsillenhyperplasie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst.[12] Für einen Leistungsauftrag in Basis-Kinderchirurgie muss bei Kindern unter 6 Jahren eine Kinderanästhesie gewährleistet sein, und das Spital muss über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen verfügen.

---

[11] Eine Anästhesie bei Kindern unter 6 Jahren muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inkl. dazugehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (s. Standards und Empfehlungen der SGKA / SGAR 2004). Die Kinderanästhesie muss bei Komplikationen postoperativ während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein.

[12] Diese Liste ist auf der Website der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in der Rubrik Spitalplanung aufgeschaltet: http://www.gd.zh.ch/leistungsgruppen.

3.2.9.3 Anforderungen für die Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patientinnen oder Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden.

In einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie wird der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen, akut erkrankten alten und meist multimorbiden Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld besonders Rechnung getragen. Gemäss der Definition, die im Rahmen der Bedarfsanalyse gewählt wurde, besteht diese Patientenpopulation aus multimorbiden Personen von 75 Jahren oder mehr und einer Aufenthaltsdauer von über 7 Tagen.

Um einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie zu erhalten, muss eine Einrichtung die folgenden Mindestanforderungen erfüllen:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich «Klinische Geriatrie» erforderlich);
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität);
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen);
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele;
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal;
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der 4 Therapiebereiche Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie;
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

4. Ausschreibungsverfahren

Die Zuteilung der Leistungsaufträge ist von der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen ausgenommen. Trotzdem wurde beschlossen, ein analoges Verfahren vorzusehen, in dem Transparenz, Gleichbehandlung und Wettbewerb gewahrt werden. Die Anforderungen, die die Einrichtungen erfüllen müssen, um in die Freiburger Spitalliste aufgenommen zu werden, wurden in leistungsgruppenspezifischen Angebotsdateien aufgeführt (für die Akutsomatik, die spezialisierte Palliative Care, die Rehabilitation und die Psychiatrie), die für alle Anbieter identisch sind.

Zwischen dem 13. Juni und dem 31. August 2014 konnten sich die Einrichtungen für eine oder mehrere Leistungen ihrer Wahl bewerben. Die Ausschreibung wurde im Amtsblatt und

auf der Website des Amtes für Gesundheit angekündigt. Die inner- und ausserkantonalen öffentlichen und privaten Spitäler konnten an der Ausschreibung teilnehmen und für eine oder mehrere Leistungsgruppen ihrer Wahl ein Angebot einreichen.

Die Einrichtungen der Spitalliste 2012 wurden über die öffentliche Ausschreibung direkt informiert.

4.1 Auswertung der Angebote

Das Amt für Gesundheit hat von den Einrichtungen, die ab 2015 akutsomatische Leistungen anbieten möchten, 10 Angebote erhalten. Es handelt sich um die folgenden Einrichtungen:

> freiburger spital (HFR)
> Daler-Spital
> *Clinique générale*
> *Hôpital intercantonal de la Broye* (HIB)
> *Le Petit Prince* (Geburtshaus)
> *Hôpital neuchâtelois* (HNE)
> Klinik Bethesda Tschugg
> Universitätsspital Bern (Inselspital)
> *Centre hospitalier universitaire vaudois* (CHUV)
> *Hôpitaux Universitaires de Genève* (HUG)

Acht Angebote stammen von Einrichtungen, die bereits auf der Freiburger Spitalliste 2012 für die Akutsomatik stehen. Die Klinik Bethesda Tschugg stand für Leistungen der Rehabilitation bereits auf der Spitalliste, während das HNE noch nie auf einer Freiburger Spitalliste gestanden hat. Anhang 3 enthält eine Übersicht über die Angebote.

4.1.1 Einhaltung der generellen Anforderungen

Alle Angebote wurden auf ihre Vollständigkeit überprüft. Bei den meisten Angeboten mussten ergänzende Informationen eingeholt werden.

Zu den generellen Anforderungen gehört die Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG, wonach die Listenspitäler alle im Standortkanton wohnhaften Personen aufnehmen müssen. Alle Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, haben bestätigt, alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Versicherungsklasse aufnehmen und behandeln zu wollen.

Alle Anbieter haben ausserdem bestätigt, die Finanzierungsbestimmungen gemäss dem Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser einhalten zu wollen.

4.1.1.1 Qualitätsanforderungen

Die Überprüfung der Qualitätsanforderungen hat ergeben, dass die Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, diesen Anforderung bereits mehr als genügen.

Alle Einrichtungen sind dem nationalen Qualitätsvertrag beigetreten. Die Indikatoren und ihre Analyse sind im Rahmen der jährlichen Leistungsaufträge der Einrichtungen vorgesehen. In Zukunft könnte das Erreichen des Zielwerts erwartet werden.

HFR und *Le Petit Prince* müssen noch ein Qualitätssicherungskonzept verfassen, das alle im Bereich der Qualität bereits eingerichteten Massnahmen umfasst; sie werden die Konzepte innert sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Planung fertigstellen.

HIB, *Clinique générale* und Daler-Spital werden im Jahr 2016 ihren ersten Qualitätsbericht nach der Vorlage von H+ verfassen; der Bericht wird das Jahr 2015 betreffen. Die anderen Einrichtungen erfüllen diese Qualitätsanforderung bereits.

4.1.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Gemäss den neuen Planungskriterien muss der Kanton die Effizienz der Leistungsanbieter beurteilen. Die Anforderungen wurden hinsichtlich der Übermittlung von Buchhaltungsunterlagen, Kostenbeherrschung usw. in drei Schritten beurteilt: Beurteilung der eingereichten Unterlagen, Analyse der Fallkosten und Vergleich der Fallkostenentwicklung über mehrere Jahre.

Nach KVG müssen die Kantone die Wirtschaftlichkeit der Spitalleistungen im Rahmen des Tarifgenehmigungsverfahrens überprüfen. Bezüglich der ausserkantonalen Spitäler, die ein Angebot eingereicht haben, stützt sich der Kanton Freiburg auf die Wirtschaftlichkeitsanalysen, die die Standortkantone dieser Einrichtungen im Rahmen der Tarifgenehmigungsverfahren durchgeführt haben: Wenn der Standortkanton den Tarif eines Spitals genehmigt hat, dann stuft der Kanton Freiburg das betreffende Spital als wirtschaftlich ein. Dies ist namentlich der Fall für das HNE. Bezüglich der Universitätsspitäler sind die Tarifgenehmigungs- oder -festlegungsverfahren mit bestimmten Versicherern noch in Gang. Allerdings haben die betreffenden Standortkantone, sowohl was das CHUV als auch was das Inselspital angeht, ihre Wirtschaftlichkeit bestätigt. Was die HUG angeht, sind die Genehmigungsverfahren für die *Baserates* in Gang, die seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verhandelt werden, und der Kanton hat sich noch nicht endgültig über ihre Wirtschaftlichkeit ausgesprochen. Für die Zwecke der Planung schätzt der Kanton Freiburg auf der Grundlage der verfügbaren Informationen aber, dass die HUG nicht für nichtwirtschaftlich befunden werden können, weil ihre Tarife zwischen denen des Inselspitals und des CHUV liegen, die beide von ihrem jeweiligen Standortkanton als wirtschaftlich eingestuft werden.

Beurteilung der eingereichten Unterlagen

Im Ausschreibungsverfahren mussten die Anbieter die Erfüllung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen nachweisen, indem sie vorab detaillierte Unterlagen einreichen mussten, namentlich eine Buchhaltung, Berichte und Investitionsbudgets (vgl. das Kapitel Wirtschaftlichkeitsanforderungen).

Jedes eingereichte Dokument wurde sorgfältig geprüft, beurteilt und mit denen der anderen Einrichtungen verglichen. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn die verlangten Schlüsselelemente aus dem Dokument ersichtlich sind. Die Nichterfüllung bestimmter Anforderungen hat nicht automatisch die Nichterfüllung des ganzen Wirtschaftlichkeitskriteriums zur Folge.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse in Bezug auf die Beurteilung der eingereichten Unterlagen dargestellt. Ein dunkelgrünes Feld bedeutet, dass die Einrichtung die Anforderung erfüllt. Ein hellgrünes Feld bedeutet, dass die Anforderung teilweise erfüllt wird.

Tabelle 5: Beurteilung der zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit eingereichten Unterlagen für jede freiburgische Einrichtung

	HFR	HIB	Clinique générale	Hôpital Daler	Le Petit Prince
Die Einrichtung erbringt ausreichende Garantien für dessen Weiterbestehen und Bonität.					
Die Einrichtung respektiert die vom Kanton anerkannten Buchungsprinzipien.					
Die Einrichtung übermittlet jährlich der GesA seine finanzielle Situation.					
Die Einrichtung zeigt jährlich die Wirtschaftlichkeit siener Leistungen auf.					
Die Einrichtung liefert järlich des Investitionsbudget wie auch eine vollständige Auflistung der getätigten Inverstitionen.					
Die Einrichtung übermittelt eine gute Kodierqualität und fakturiert in einem Zeitraum, der sein Umlaufvermögen gewährleistet					
Die Einrichtung übermittelt seine Kostenentwicklung (Kosten pro KVG-Leistung) der letzten 5 und der kommenden 5 Jahre?					
Die Einrichtung respektiert die Gesetzesbestimmungen über das öffentliche Beschaffungswesen zur Vergabe von öffentlichen Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträgen.					
Wirtschafltiche Anforderungen					

Bestimmte Unterlagen konnten dem GesA (Amt für Gesundheit) nicht innert der Angebotseinreichungsfrist übermittelt werden.

Der endgültige Codierbericht 2013 des HFR wird dem GesA bis anfangs 2015 übermittelt.

Dasselbe gilt für den Codierbericht 2013 des HIB.

Gemäss der Revisionsstelle müssen die Codierung durch die *Clinique Générale* und die ihr zugrundeliegende Dokumentation verbessert werden.

Das Daler-Spital hat alle Dokumente übermittelt, die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erforderlich sind.

Aufgrund seiner Grösse wird das Geburtshaus *Le Petit Prince* eine Revision der Codierung nur für eine mehrere Jahre umfassende Periode durchführen (3–4 Jahre).

Was die Liste der Investitionen über 250 000 Franken für das Jahr 2015 angeht, konnten bestimmte Einrichtungen das Dokument nicht innert der Angebotseinreichungsfrist übermitteln, weil es noch vom Verwaltungsrat genehmigt werden musste.

Insgesamt haben die Spitäler praktisch alle verlangten Dokumente eingereicht oder werden dies noch tun. Keines der beurteilten Kriterien lässt den Schluss zu, dass eine der geprüften Einrichtungen ihre Leistungen unwirtschaftlich erbringt.

Vergleich der Fallkosten
Die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers wird in erster Linie gestützt auf Kostendaten beurteilt. Ein Vergleich der Kosten pro gewichteter Fall ist zweckmässig, weil die Unterschiede im Zusammenhang mit der Art der Patientenpopulation (schwerer Fall, leichter Fall) berücksichtigt werden. Mit der Einführung der Swiss DRG wird nun jeder Spitalaufenthalt in eine Pathologiegruppe eingeordnet und mit einer Pauschale auf der Grundlage von definierten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlung und Schweregrad abgegolten. Dieses Abgeltungssystem begünstigt die Rationalisierung der Investitionen, eine bessere Kostenbeherrschung und ermöglicht faire Vergleiche zwischen den Spitälern.

Als Grundlage für die Kostenvergleiche verlangte der Kanton die Übermittlung einer analytischen Buchhaltung 2013 (ITAR-K oder andere anerkannte Modelle).

Die vom Kanton gewählte Kostenvergleichsmethode basiert grösstenteils auf den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Um eine optimale Vergleichbarkeit zu garantieren, müssen Kosten, die bei KVG-relevanten stationären Leistungen nicht anrechenbar sind, abgezogen werden. Ausserdem werden diejenigen Kosten nicht berücksichtigt, die separat vergütet werden oder zu Verzerrungen in den Vergleichen führen würden (die z. B. eine Einrichtung, die mehr ausbildet als eine andere, schlechter stellen würden). Somit wurden folgende Kosten von den gesamten Betriebskosten des Spitals abgezogen:

- die Anlagenutzungskosten;
- die Kosten der Leistungen an Dritte und der ambulanten Leistungen;
- die Kosten der zusätzlichen Vergütungen (Dialysen, Koagulationsfaktoren usw.);
- die Kosten der Notfallstation;
- die Kosten der universitären Lehre und Forschung;
- die Honorare der Ärztinnen und Ärzte in der Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung);
- die Kosten für die Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung).

Die verbleibenden, d. h. für die Planung anerkannten Kosten, wurden durch den Case Mix (gesamter Schweregrad der von einem Spital abgerechneten Fälle) geteilt, und ergaben so die Kosten pro gewichteter Fall. Dieses Verfahren wurde auf jedes freiburgische Spital angewendet.

Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Spitäler wurden die durchschnittlichen Kosten pro gewichteter Fall aller ausgewerteten Spitäler 2013 genommen. Allerdings rührt die Differenz zwischen den Kosten pro gewichteter Fall der einzelnen Spitäler und den Durchschnittskosten nicht notwendigerweise von einer schlechten Wirtschaftlichkeit her. Sie kann auch auf Unterschiede in der Kostenabgrenzung, spitaleigene Merkmale, zusätzliche Aufwendungen oder eine unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenpopulation zurückzuführen sein. In der SwissDRG-Struktur wird die Tatsache, dass einige Einrichtungen die erforderliche medizinisch-technische Ausrüstung und das Personal 7 Tage die Woche rund um die Uhr für Eingriffe zur Verfügung haben, nicht vollständig auf den Casemix-Index übertragen (Case Mix geteilt durch die Anzahl Fälle, was dem mittleren Schweregrad des Spitals entspricht). Die Folge sind unterschiedliche Kosten zwischen den Spitälern. Aus diesen Gründen wird ein Spital nur dann als unwirtschaftlich bewertet, wenn seine Kosten pro gewichteter Fall deutlich

über den Durchschnittskosten aller ausgewerteten Spitäler liegen, d. h. über einer Sicherheitsmarge von 15 % (wie es der Kanton Zürich tut).

Das HIB, die *Clinique Générale* und das Daler-Spital liegen unterhalb des Durchschnitts. Die Kosten des HFR liegen über dem Durchschnitt, aber unterhalb der 15 %-Marge. Es ist zu erwähnen, dass angesichts der sehr tiefen Fallzahl und seiner im Vergleich zu den anderen akutsomatischen Einrichtungen sehr kleinen Struktur das Geburtshaus *Le petit Prince* nicht in diesen Vergleich einfliesst.

Aus den Vergleichen zwischen den Einrichtungen lässt sich nicht schliessen, dass einer der Anbieter unwirtschaftliche Leistungen erbringt, wenn man die Toleranzmarge berücksichtigt, die 15 % über dem Fallkostendurchschnitt angelegt ist.

Vergleich der durchschnittlichen Fallkostenentwicklung pro Jahr

Ein weiterer Indikator, den der Kanton gewählt hat, um die Wirtschaftlichkeit der von einem Spital erbrachten Leistungen zu beurteilen, ist die Entwicklung der Fallkosten. Zu diesem Zweck mussten die Anbieter eine Darstellung der Entwicklung ihrer Kosten (Kosten pro KVG-Fall) in den vergangenen fünf Jahren und der entsprechenden Prognosen für die kommenden fünf Jahre, d. h. insgesamt von 2009 bis 2018, einreichen.

Die Vergleichbarkeit der Kosten für die Zeiträume 2009–2011 und 2012–2018 ist weder für ein und dieselbe noch für verschiedene Einrichtungen untereinander gegeben, weil die Freiburger Privatkliniken vor 2012 keine Leistungsaufträge erhielten; daher wird auf eine Kommentierung der Zahlen für die Jahre vor 2012 verzichtet.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung bzw. derselben Tarifstruktur (SwissDRG) für alle Spitäler der Schweiz sind Vergleiche zwischen verschiedenen Jahren für eine selbe Einrichtung oder für Einrichtungen untereinander aussagekräftiger geworden. Was den Planer interessiert, ist daher die Entwicklung der künftigen Kosten. Alle Freiburger Spitäler, mit Ausnahme des Daler-Spitals, prognostizieren für die kommenden Jahre eine Stabilität oder gar eine Abnahme ihrer Fallkosten. Trotz des leichten jährlichen Anstiegs der Fallkosten um 0,4951 %, der zwischen 2013 und 2018 prognostiziert wird, wird das Daler-Spital weiterhin die günstigste Einrichtung des Kantons sein.

4.1.2 Einhaltung der spezifischen Anforderungen

In den folgenden Tabellen sind die Leistungsgruppen aufgeführt, für die die fünf nichtuniversitären Spitäler ein Angebot eingereicht haben, die Leistungsgruppen, für die sie die Anforderungen erfüllen oder nicht, und die Kriterien, die sie nicht erfüllen. In der Phase der Analyse der Angebote wurden bei bestimmten Einrichtungen ergänzende Erklärungen eingeholt. In diesem Rahmen wurden mehrere Angebote für bestimmte Leistungsgruppen zurückgezogen. Dies erklärt mögliche Unterschiede zwischen den folgenden Tabellen und der Gesamtübersicht der Angebote für die Akutsomatik in Anhang 3.

freiburger spital (HFR)

Tabelle 6: Angebote des HFR mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen

	Bewerbung	Erfüllte Anforderungen	Nicht erfüllte Anforderungen	Erklärungen
Dermatologie	DER1; DER1.1; DER1.2; DER2	DER1; DER1.2; DER2	DER1.1	Mindestfallzahl nicht erreicht
Hals-Nasen-Ohren	HNO1; HNO1.1; HNO1.1.1; HNO1.2; HNO1.2.1; HNO1.3; HNO2; KIE1	HNO1; HNO1.1; HNO1.1.1; HNO1.2; HNO1.2.1; HNO1.3; HNO2; KIE1	-	
Neurochirurgie	NCH1; NCH1.1; NCH2; NCH3	NCH1; NCH1.1; NCH2; NCH3	-	
Neurologie	NEU1; NEU2; NEU2.1; NEU3; NEU4; NEU4.1	NEU1; NEU2; NEU2.1; NEU3; NEU4; NEU4.1	-	
Ophthalmologie	AUG1; AUG1.1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5	AUG1; AUG1.1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5	-	
Endokrinologie	END1	END1	-	
Gastroenterologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Visceralchirurgie	VIS1; VIS1.1; VIS1.3; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1.1; VIS1.3	Mindestfallzahl nicht erreicht
Hämatologie	HAE1; HAE1.1; HAE2; HAE3	HAE1; HAE2; HAE3	HAE1.1	Mindestfallzahl nicht erreicht
Gefässe	GEF1; ANG1; GEF2; ANG2; GEF3; ANG3; RAD1	GEF1; ANG1; RAD1	GEF2; ANG2; GEF3; ANG3	Keine HER1.1 in Kooperation
Herz	HER1; HER1.1; HER1.1.1; HER1.1.3; HER1.1.4; HER1.1.5; KAR1; KAR1.1; KAR1.1.1; KAR1.2; KAR1.3	KAR1	HER1; HER1.1; HER1.1.1; HER1.1.3; HER1.1.4; HER1.1.5 KAR1.1; KAR1.2; KAR1.3; KAR1.1.1	Kein Facharzt für Herz und thorakale Gefässchirurgie. Keine HER1.1 in Kooperation Keine KAR1.1 intern
Nephrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1; URO1.1; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3	Mindestfallzahl nicht erreicht
Pneumologie	PNE1; PNE1.1; PNE1.3; PNE2	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	PNE2	Keine SGSSC Zertifizierung (Schlaflabor)
Thoraxchirurgie	THO1; THO1.1; THO1.2	THO1; THO1.1; THO1.2	-	
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1	-	
Rheumatologie	RHE1; RHE2	RHE1; RHE2	-	
Gynäkologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2; PLC1	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2; PLC1	-	
Geburthilfe	GEB1; GEB1.1	GEB1; GEB1.1	-	
Neugeborene	NEO1; NEO1.1	NEO1; NEO1.1	-	
(Radio-) Onkologie	ONK1; RAO1; NUK1	ONK1; RAO1; NUK1	-	
Schwere Verletzungen	UNF1; UNF1.1	UNF1; UNF1.1	-	
Querschnittsbereiche	KINM; KINC; KINB; GER	KINM; KINC; KINB; GER	-	

Daler-Spital

Tabelle 7: Angebote des Daler-Spitals mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen

	Bewerbung	Erfüllte Anforderungen	Nicht erfüllte Anforderungen	Erklärungen
Dermatologie	DER1; DER1.1	DER1	DER1.1	Mindestfallzahl nicht erreicht
Hals-Nasen-Ohren	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2; KIE1	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; KIE1	HNO2	Keine NUK1 in Kooperation
Endokrinologie	END1	END1	-	
Gastroenterologie	GAE1; GAE1.1	GAE1	GAE1.1	Nicht der verlangte Level der Intensivpflegestation
Visceralchirurgie	VIS1; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1; VIS1.4	VIS1.4.1; VIS1.5	Nicht der verlangte Level der Intensivpflegestation Mandat provisoire de la CIMHS.
Gefässe	ANG1; RAD1	RAD1	ANG1	Keine GEF1 in Kooperation
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	*URO1.1.2*; URO1.1.3; URO1.1.4	*Mindestfallzahl nicht erreicht* Nicht der verlangte Level der Intensivpflegestation
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1; BEW3; BEW5	BEW1; BEW3; BEW5	-	
Gynäkologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN2	GYN1.1; GYN1.2; GYN1.4	Nicht der verlangte Level der Intensivpflegestation Zu weing Fälle
Geburthilfe	GEB1	GEB1	-	
Neugeborene	NEO1	NEO1	-	
(Radio-)Onkologie	ONK1		ONK1	Keine RAO1 in Kooperation
Querschnittsbereiche	KINB	KINB		

Clinique générale

Tabelle 8: Angebote der *Clinique générale* mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen

	Bewerbung	Erfüllte Anforderungen	Nicht erfüllte Anforderungen	Erklärungen
Dermatologie	DER2	DER2	-	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3;	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3;	-	
Neurochirurgie	NCH2; NCH3	NCH2; NCH3	-	
Gastroenterologie	GAE1	-	GAE1	Kein Basispacket (BP) Nicht der verlangte Level der Notfallstation Kein Tumorboard
Visceralchirurgie	VIS1		VIS1	Kein Basispacket (BP) Nicht der verlangte Level der Notfallstation Kein Tumorboard
Gefässe	GEF1; ANG1; RAD1	-	GEF1; ANG1; RAD1	Kein Basispacket (BP) Nicht der verlangte Level der Notfallstation
Urologie	URO1	-	URO1	Kein Tumorboard
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1; BEW10	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8	BEW8.1; *BEW10*	Mindestfallzahl nicht erreicht. Kein Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
Rheumatologie	RHE1	RHE1	-	
Gynäkologie	GYN1; GYN1.3; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN2	-	
Querschnittsbereiche	KINB	KINB		

Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)

Tabelle 9: Angebote des HIB mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen

	Bewerbung	Erfüllte Anforderungen	Nicht erfüllte Anforderungen	Erklärungen
Dermatologie	DER1; DER2	DER1; DER2	-	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2;	-	
Neurologie	NEU1; NEU2; NEU3;	NEU1; NEU2; NEU3;		
Endokrinologie	END1	END1	-	
Gastroenterologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Visceralchirurgie	VIS1; VIS1.4;	VIS1; VIS1.4;	-	
Hämatologie	HAE2; HAE3	HAE2; HAE3	-	
Gefässe	RAD1	RAD1	-	
Herz	KAR1; KAR1.3	KAR1;	KAR1.3	Keine HER1.1 in Kooperation
Nephrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.5; URO1.1.7;	URO1; URO1.1; URO1.1.5; URO1.1.7;	URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3	Mindestfallzahl nicht erreicht
Pneumologie	PNE1; PNE1.1	PNE1; PNE1.1	-	
Thoraxchirurgie	THO1	-	THO1	Kein Facharzt für Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie Zu weing Fälle
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW3	Kein Facharzt für Handchirurgie
Rheumatologie	RHE1	-	RHE1	Keine BEW8 in Kooperation
Gynäkologie	GYN1; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	-	
Geburthilfe	GEBH; GEB1	GEBH; GEB1	-	
Neugeborene	NEO1	NEO1	-	
(Radio-) Onkologie	ONK1		ONK1	Keine RAO1 in Kooperation
Schwere Verletzungen	UNF1	UNF1	-	
Querschnittsbereiche	KINM; KINC; KINB; GER	KINM; KINC; KINB	GER	Kein Facharzt für Allgemeinmedizin inkl. Schwerpunk Geriatrie oder für Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie

Hôpital neuchâtelois (HNE)

Tabelle 10: Angebote des *hôpital neuchâtelois* mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen

	Bewerbung	Erfüllte Anforderungen	Nicht erfüllte Anforderungen	Erklärungen
Dermatologie	DER2	DER2	-	
Hals-Nasen-Ohren	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	-	
Neurochirurgie	NCH2; NCH3	NCH2; NCH3	-	
Neurologie	NEU1; NEU3	NEU1; NEU3	-	
Endokrinologie	END1	END1	-	
Gastroenterologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Visceralchirurgie	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	-	
Hämatologie	HAE3	HAE3	-	
Gefässe	GEF1; GEF2; GEF3; RAD1	GEF3; RAD1	GEF1; GEF2	Keine ANG1 und ANG2 in Kooperation
Herz	KAR1; KAR1.3	KAR1; KAR1.3	-	
Nephrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5	-	
Pneumologie	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	-	
Thoraxchirurgie	THO1	THO1	-	
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	-	
Gynäkologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	-	
Geburthilfe	GEB1; GEB1.1; GEB1.1.1	GEB1; GEB1.1	GEB1.1.1	Keine NEO1.1.1 intern
Neugeborene	NEO1; NEO1.1	NEO1; NEO1.1		
Querschnittsbereiche	KINM; KINB	KINM; KINB		

Ausserdem hat *Le Petit Prince* ein Angebot für die Leistungsgruppe GEBH (Geburtshäuser [ab 37. SSW]) eingereicht. Um diesen Leistungsauftrag zu erhalten, muss es über eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit einer Einrichtung verfügen, die die Leistungsgruppen GEB1 und NEO1 oder die Grundversorgung in Geburtshilfe ab der 34. Woche und die Grundversorgung für Neugeborene mit einem Gestationsalter ab 34 Wochen anbietet. Im Moment verfügt das Geburtshaus über keine solche Vereinbarung.

Die *Klinik Bethesda in Tschugg* verfügt seit Kurzem über einen Leistungsauftrag in Akutsomatik für die Leistungsgruppen NEU4 und NEU 4.1 (Epileptologie: Komplex-Diagnostik und Komplex-Behandlung), den ihr der Kanton Bern erteilt hat. Die Klinik erfüllt die spezifischen Anforderungen für diese Leistungsgruppen.

Die *Universitätsspitäler Bern, Lausanne und Genf* konnten ihre Angebote in einer vereinfachten Fassung einreichen, weil die Leistungsaufträge dieser Einrichtungen und die Einhaltung der verschiedenen leistungsspezifischen Anforderungen schon von ihrem Standortkanton überprüft werden. Eine Übersicht der Leistungsgruppen, für die das Universitätsspital Bern (Inselspital), das *Centre hospitalier universitaire vaudois* und die *Hôpitaux Universitaires de Genève* Angebote eingereicht haben, befindet sich im Anhang 3.

4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf

Das Verfahren der Zuteilung der Leistungsgruppen an die verschiedenen Einrichtungen kann folgendermassen beschrieben werden:

> Im Prinzip müssen die Einrichtungen die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen einhalten. Abweichungen von dieser Regel sind möglich; diesfalls wird in den folgenden Abschnitten jeweils eine Erklärung gegeben.
> Die nichtuniversitären Spitäler erhalten die Leistungen prioritär (Grundsatz der Subsidiarität).
> Da die Spitalliste den Bedarf der Freiburger Bevölkerung decken muss, abzüglich des Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Liste aufgeführt sind, wurden die Einrichtungen nach Massgabe des Volumens gewählt, das sie übernehmen können, so dass die Summe der einzelnen Volumen den Gesamtbedarf deckt.
> Wenn zur Vermeidung einer «Überdeckung» zwischen mehreren nichtuniversitären Einrichtungen gewählt werden muss, ist das Kriterium der Nähe für den Entscheid massgeblich; in diesem Sinn werden die Freiburger Einrichtungen bevorzugt.
> In Fällen, in denen der Bedarf der Freiburger Bevölkerung nicht beurteilt werden konnte, wurde die Leistungsgruppe allen Einrichtungen zugeteilt, die die Anforderungen erfüllen.
> Haben mehrere Universitätsspitäler für dieselbe Leistungsgruppe Angebote eingereicht, erfolgt die Zuteilung ohne Selektion unter ihnen.

Die Liste aller Leistungsgruppen, die den verschiedenen Einrichtungen zugeteilt worden sind, befindet sich im Anhang 4. Im folgenden Kommentar werden die Leistungsaufträge, die jeder Einrichtung zugeteilt worden sind, kurz erklärt.

freiburger spital
Dem HFR sind alle Leistungsgruppen zugeteilt worden, deren Anforderungen es erfüllt.

Das HFR erhält auch einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER1.1 Dermatologische Onkologie, obwohl die Mindestfallzahl im Jahr 2013 nicht erreicht wurde. Das Ziel ist, diese Fälle, die gegenwärtig zu einem grossen Teil ausserkantonal behandelt werden, in den Kanton zu holen. Dem HFR wird auch die Leistungsgruppe HAE1.1 Hochaggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie zugeteilt. Die Analyse der Tätigkeit 2013 und 2014 (bis anfangs Oktober) zeigt, dass das HFR mehr als 10 Fälle pro Jahr behandelt, auch wenn der Gesamtbedarf der Freiburger Bevölkerung in dieser Kategorie am Zeithorizont 2020 auf 9 geschätzt wird. Ein Codierfehler im Jahr 2010 (Bezugsjahr für die Bedarfsanalyse) hat mit Sicherheit eine Unterschätzung des Bedarfs zur Folge gehabt. Gelingt es dem HFR in den nächsten 3 Jahren allerdings nicht, die Mindestfallzahl zu erreichen, werden ihm diese Leistungsgruppen entzogen werden.

Für die Leistungsgruppen VIS1.1 Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM) und VIS1.3 Oesophaguschirurgie (IVHSM) hat das HFR die Mindestfallzahl ebenfalls nicht erreicht. Diese zwei Leistungsgruppen wurden dem HFR im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) zugeteilt. Der kantonale Auftrag widerspiegelt hier nur diese interkantonale Zuteilung.

Die Leistungsgruppen GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe, ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe, GEF3 Gefässchirurgie Carotis und ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe setzen voraus, dass die Einrichtung auch einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine erhält oder über eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit einer anderen Einrichtung verfügt, die einen Leistungsauftrag für HER1.1 hat. Da der Leistungsauftrag für diese Leistungsgruppe in Zukunft dem HFR erteilt werden wird, erfüllt die Einrichtung von nun an dieses Kriterium.

Das HFR hat für mehrere Leistungsgruppen der Herzchirurgie ein Angebot eingereicht. Das HFR will sich in diesem Bereich weiterentwickeln. Um dieses Projekt zu unterstützen, das im Lauf des Jahres 2015 in Zusammenarbeit mit dem CHUV eingerichtet werden soll, werden diese verschiedenen Leistungsgruppen dem HFR zugeteilt werden. Allerdings geht es nicht darum, im HFR ein herzchirurgisches Zentrum mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung einzurichten, sondern die Übernahme von programmierten Eingriffen zu ermöglichen.

Mit der Zuteilung dieser Leistungsgruppen an das HFR erfüllt die Einrichtung auch die Voraussetzungen für die Zuteilung der Leistungsgruppen KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe), KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe), KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen) und KAR 1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT).

Für die Leistungen der URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, URO1.1.2 Radikale Zystektomie und URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere hat das HFR 2013 die geforderte Mindestfallzahl nicht erreicht. Diese Leistungen sind heute auf drei Freiburger Einrichtungen verteilt (HFR, Daler-Spital und HIB). Indem man diese Leistungen auf das HFR und auf das Daler-Spital konzentriert, wird die Mindestfallzahl erreicht werden können. Die Entwicklung dieser Leistungen wird jedoch genau verfolgt werden; gelingt es dem HFR in den nächsten 3 Jahren nicht, die Mindestfallzahl zu erreichen, werden ihm diese Leistungsgruppen entzogen werden.

Bezüglich der Leistungsgruppe PNE2 Polysomnographie ist das HFR dabei, sein Dossier für die Zertifizierung als Schlafzentrum durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) vorzubereiten. Im Hinblick darauf wird ihm der Auftrag für diese Leistungsgruppe erteilt. Gelingt es dem HFR allerdings nicht, 2015 die Zertifizierung zu erhalten, wird ihm der Leistungsauftrag entzogen werden können.

Schliesslich soll in Übereinstimmung mit der Planung vom 31. März 2008 im HFR Freiburg – Kantonsspital eine Krisenstation mit acht Betten geschaffen werden. Diese Station wird sich um Patientinnen und Patienten kümmern, die der raschen medizinischen Versorgung eines somatischen Problems psychischer Ursache bedürfen, z. B. bei Suizidversuchen und Anpassungsstörungen. Die Einrichtung dieser Station soll in Zusammenarbeit mit dem FNPG erfolgen.

Daler-Spital
Dem Daler-Spital sind alle Leistungsgruppen zugeteilt worden, deren Anforderungen es erfüllt.

Das Daler-Spital erhält einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER1.1 Dermatologische Onkologie, obwohl die Mindestfallzahl im Jahr 2013 nicht erreicht wurde. Das Ziel ist, diese Leistungen innerkantonal anzubieten, während sie gegenwärtig zu einem grossen Teil ausserkantonal erbracht werden. Gelingt es dem Daler-Spital in den nächsten 3 Jahren allerdings nicht, die Mindestfallzahl in dieser Leistungsgruppe zu erreichen, wird ihm dieser Leistungsauftrag entzogen werden.

Der Leistungsauftrag in HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie wird dem Daler-Spital erteilt, obwohl eine formelle Zusammenarbeitsvereinbarung für die NUK1 Nuklearmedizin fehlt. Das Daler-Spital wird diese Vereinbarung im Lauf des Jahres 2015 mit dem HFR abschliessen.

Trotz Fehlens einer formellen Vereinbarung für die GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe wird dem Daler-Spital der Leistungsauftrag in ANG1 Interventionen periphere Gefässe erteilt; das Daler-Spital verpflichtet sich, diese Vereinbarung im Lauf des Jahres 2015 mit dem HFR abzuschliessen.

Die Leistungsgruppe URO 1.1.2 Radikale Zystektomie wird dem Daler-Spital zugeteilt, obwohl eine Intensivstation Level 2 fehlt und im Jahr 2013 die Mindestfallzahl nicht erreicht wurde. Gleiches gilt für die Leistungsgruppe URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere, für die ebenfalls eine Intensivstation Level 2 vorgeschrieben ist. Es wurde festgestellt, dass die Mindestfallzahl im Jahr 2014 erreicht werden wird. Was das Fehlen einer Intensivstation Level 2 angeht, wird diese Lücke durch eine generellere Zusammenarbeit mit dem HFR im Bereich der Urologie ausgeglichen. Man ist dabei, diese Zusammenarbeit, die namentlich aufgrund der in beiden Einrichtungen tätigen Chirurgen sehr eng ist, im Rahmen einer spezifischen Ergänzung zur Vereinbarung über die Zusammenarbeitsabsicht, die zwischen den beiden Einrichtungen bereits existiert, formell zu regeln.

Die Leistungsgruppe ONK1 Onkologie wird dem Daler-Spital zugeteilt, obwohl eine formelle Zusammenarbeitsvereinbarung für die RAO1 Radio-Onkologie fehlt. Diese Lücke wird wie die vorgängig genannten durch eine Vereinbarung mit dem HFR geschlossen werden.

Clinique générale
Der *Clinique générale* sind alle Leistungsgruppen zugeteilt worden, deren Anforderungen sie erfüllt.

Die *Clinique générale* erhält trotz Fehlens eines Tumorboards auch den Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitel 'Operative Urologie'. Die Klinik verpflichtet sich, im Lauf des Jahres 2015 ein solches Organ einzurichten.

Die Leistungsgruppe BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie wird der *Clinique générale* zugeteilt. Eine Analyse der Tätigkeit 2013 zeigt, dass die Mindestfallzahl 10 erreicht wurde, wenn man die Unfälle mitrechnet. Gelingt es der *Clinique générale* in den nächsten 3 Jahren allerdings nicht, diese Mindestfallzahl zu erreichen, wird ihr dieser Leistungsauftrag entzogen werden.

Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)
Dem HIB sind alle Leistungsgruppen zugeteilt worden, deren Anforderungen es erfüllt.

Der Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) wird dem HIB zugeteilt, obwohl eine Zusammenarbeitsvereinbarung für die Leistungsgruppe HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine fehlt. Das HIB wird diese formelle Vereinbarung im Lauf des Jahres 2015 mit dem HFR abschliessen.

Gleiches gilt für die Leistungsgruppe RHE1 Rheumatologie, für die das HIB keine Zusammenarbeitsvereinbarung für die Leistungsgruppe BEW8 Wirbelsäulenchirurgie hat. Das HIB wird diese Zusammenarbeit mit dem HFR formell regeln.

Die Leistungsgruppe ONK1 Onkologie wird dem HIB zugeteilt, obwohl eine formelle Zusammenarbeitsvereinbarung für die RAO1 Radio-Onkologie fehlt. Diese Lücke wird wie die vorgängig erwähnten durch eine Vereinbarung mit dem HFR geschlossen werden.

Hôpital neuchâtelois (HNE)
Für den Grossteil der Leistungsgruppen decken die Freiburger Einrichtungen die analysierten Bedarfsvolumen. Trotzdem werden einige Leistungsgruppen dem HNE zugeteilt, um eine vollständige Abdeckung des Bedarfs zu gewährleisten oder weil der Bedarf mangels statistischer Daten nicht beurteilt werden konnte und das HNE die Anforderungen erfüllt.

Le Petit Prince
Die Leistungsgruppe GEBH Geburtshäuser wird dem *Le Petit Prince* zugeteilt, obwohl eine Zusammenarbeitsvereinbarung für die Leistungsgruppen GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe und NEO1 Grundversorgung Neugeborene fehlt. Das Geburtshaus verpflichtet sich, eine solche Zusammenarbeit im Lauf des Jahres 2015 in einer Vereinbarung mit dem HFR zu regeln. Es ist zu erwähnen dass in der Praxis die Zusammenarbeit zwischen *Le Petit Prince* und dem HFR seit mehreren Jahren besteht.

Die Klinik Bethesda
Die Klinik Bethesda hat für die Komplex-Diagnostik und Komplex-Behandlung in Epiletpologie (NEU4 & NEU4.1) ein Angebot eingereicht. Die Klinik erfüllt die Bedingungen für diese Leistungsgruppe. Es handelt sich um zwei Leistungsgruppen, deren Bedürfnisse nicht evaluiert werden konnten. Analog zu anderen Leistungen im gleichen Fall wird entschieden, diese Leistungen der Klinik Bethesda zuzuweisen.

C. Spezialisierte Palliative Care

1. Leistungen und Bedarfsanalyse

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und sollen entsprechend den Wünschen der Patientin oder des Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den die Patientin oder der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen. Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum Palliative Care zu bewerben. In diesem Bereich sind die von palliative.ch erlassenen nationalen Richtlinien massgebend.

Die Planung 2008 sieht 12 Palliativbetten im HFR – *Châtel-St-Denis* und 8 Palliativbetten im HFR – Meyriez vor. Die Wirklichkeit sieht nun etwas anders aus, weil die 8 Palliativbetten in Meyriez erst nach der Beendigung der Umbauarbeiten im Mai 2016 zur Verfügung stehen werden und die Abteilung von *Châtel-St-Denis* im Frühling 2014 an den Standort HFR Freiburg – Kantonsspital umgezogen und gleichzeitig von 12 auf 14 Betten vergrössert worden ist.

Die aktuell verfügbaren Informationen ermöglichen keine Beurteilung des Bedarfs an stationärer Palliativversorgung. Dieser Bereich entwickelt sich in der Schweiz erst seit relativ Kurzen. Deshalb haben wir uns auf die Empfehlungen der EAPC (*European Association for Palliative Care*) gestützt, um den Bedarf der Freiburger Bevölkerung zu beurteilen. Laut EAPC müssen pro Million Einwohner 80–100 Palliativbetten zur Verfügung gestellt werden. Für den Kanton Freiburg mit seinen 278 493 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2010 wären dies insgesamt 22–27 Palliativbetten. Obwohl es scheint, dass das Angebot den Bedarf decken wird, nachdem die in Meyriez geplanten Betten zur Verfügung gestellt worden sein werden, wird die Entwicklung des Belegungsgrades dieser Betten genau verfolgt werden müssen, um zu sehen, ob das Angebot tatsächlich dem Bedarf der Bevölkerung entspricht.

2. Beurteilungskriterien

2.1 Generelle Anforderungen

Die generellen Anforderungen, die Wirtschaftlichkeitsanforderungen und die Qualitätsanforderungen sind die gleichen wie für die Rehabilitation und werden hier nicht dargelegt.

2.2 Spezifische Anforderungen

Ärztliche Direktorin/Ärztlicher Direktor / Chefärztin/Chefarzt: Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care.

Kaderärztinnen und -ärzte: Die Kaderärztinnen und -ärzte verfügen über einen FMH-Facharzttitel innere Medizin mit einer Zusatzausbildung in Palliative Care.

Therapeutisches/pflegefachliches Personal: Das therapeutische/pflegefachliche Personal (Art. 49 und 50a KVV) muss über ein Diplom einer anerkannten Schule verfügen. Die Psychologinnen und Psychologen müssen zusätzliche Qualifikationen in Entspannungstechniken vorweisen können. Die Pflegedienstleiter/innen verfügen über eine Fortbildung in Management. Mindestens 50 % des diplomierten Pflegefachpersonals muss über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung und über Fachkenntnisse in Palliative Care verfügen. Das Pflegefachpersonal muss 365 Tage im Jahr rund um die Uhr präsent sein.

Weiteres Fachpersonal: Ein Sozialdienst, eine Seelsorge, eine Ernährungsberatung und ein Diätkoch müssen zur Verfügung stehen.

Präsenzdienst/Pikettdienst, Notfälle: Der Präsenz- und Pikettdienst muss gewährleistet sein.

Struktur: Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.

Technische Ausstattung: In den Patientenzimmern müssen Wandanschlüsse für Sauerstoff und Vakuum vorhanden sein; auf der Station Schmerzpumpen, Perfusoren und Infusomaten sowie spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen.

Medizinisch-technische und diagnostische Angebote: Neben der ärztlichen Diagnostik (Routinediagnostik z. B. ICF) sind ein Routine- und ein Speziallabor und die Blutdruckmessung erforderlich.

Therapieangebote: Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen sowie ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrages notwendige Infrastruktur und Prozesse. Darüber hinaus sind auch Angebote in Schmerztherapie, klinischer Psychologie und Sozialberatung erforderlich.

3. Beurteilung der Angebote

Zwei Einrichtungen möchten ab 2015 Leistungen in spezialisierter Palliative Care anbieten, nämlich:

> freiburger spital (HFR)
> *Hôpital intercantonal de la Broye* (HIB)

3.1 Einhaltung der Anforderungen

Bei der Analyse der beiden Angebote wurde festgestellt, dass beide Einrichtungen die Kriterien in Bezug auf die generellen Anforderungen, die Qualitäts- und die Wirtschaftlichkeitsanforderungen erfüllen.

Bei der Beurteilung der spezifischen Anforderungen hat sich gezeigt, dass bei beiden Einrichtungen das erforderliche therapeutische/pflegefachliche Personal vorhanden ist, die Kaderärztinnen und -ärzte über eine Fortbildung in Palliative Care verfügen und die Anforderungen hinsichtlich medizinisch-technischer, diagnostischer und therapeutischer Angebote sowie hinsichtlich der technischen Ausstattung erfüllt sind.

Hingegen verfügt das HIB über kein Betriebskonzept, in dem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Die Diskussionen mit dem HIB haben in der Folge ergeben, dass es keine Leistungen in spezialisierter Palliative Care erbringt und dass es nicht daran interessiert ist, solche zu entwickeln.

Das HFR erfüllt alle spezifischen Anforderungen für die spezialisierte Palliative Care und die Abteilung *Saint-François* im HFR Freiburg – Kantonsspital erhielt im September 2014 das Label «Qualität in Palliative Care» von *qualitépalliative*, mit dem zertifiziert wird, dass die Abteilung den Qualitätskriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch) entspricht.

3.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf

Das HFR erfüllt die Kriterien und erhält nicht nur den Leistungsauftrag für die Palliative-Care-Basisversorgung, sondern auch für die spezialisierte Palliative Care.

Das HIB erhält den Leistungsauftrag für die Palliative-Care-Basisversorgung entsprechend seinem Leistungsauftrag für das Basispaket der Akutsomatik.

D. Rehabilitation

Das KVG definiert weder den Begriff der Akutsomatik noch den Begriff der Rehabilitation. Während das primäre Ziel der Akutsomatik die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ist, ist die Rehabilitation auf die Behandlung der von diesen verursachten Folgen ausgerichtet. Patientinnen und Patienten in Rehabilitation sind Patientinnen und Patienten in einer stabilisierten Krankheitsphase; sie benötigen eine geringere Überwachung, einige geläufige Untersuchungen und einfache Behandlungen (z. B. Injektionen, Transfusionen, Verbände usw.), Ergotherapie und vor allem intensive Physiotherapie, um wieder nach Hause zurückkehren zu können.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Rehabilitation als den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Massnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen.[13]

Die vorliegende Planung der Rehabilitation beschränkt sich auf die Planung der stationären medizinischen Rehabilitation im Spital im Rahmen eines Konzeptes vollständiger Rehabilitation. Die Aspekte der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung werden hier daher nicht behandelt.

1. Leistungsgruppen

Die revidierte Gesetzgebung über die Krankenversicherung sieht für die Rehabilitation eine leistungsorientierte oder kapazitätsbezogene Planung vor (Art 58c Bst. b KVV) sowie eine Abgeltung durch leistungsbezogene Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 Abs.1 KVG). Die Direktion für Gesundheit und Soziales entschied, im Bereich der Rehabilitation eine leistungsorientierte Planung vorzunehmen. Es stellt sich das Problem, dass auf schweizerischer Ebene eine auf klar definierten Rehabilitationstypen beruhende einheitliche Tarifstruktur fehlt. Für die vorliegende Planung wird das Spektrum der rehabilitativen Leistungen auf der Grundlage des ersten Entwurfs von DefReha eingeteilt.

Um die Zuteilung von Leistungsaufträgen für spezifische Leistungen zu erleichtern, müssen die Leistungsgruppen auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen basieren, damit sie eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können. Auch wenn eine ICF-Klassifikation (*International Classification of Functioning, Disability and Health* der WHO) vorhanden ist, wird diese aufgrund ihrer fehlenden Umsetzbarkeit und des hohen zeitlichen Codieraufwandes in der Praxis nicht oft verwendet.

Daher basieren auch die rehabilitativen Leistungsgruppen auf ICD-Klassifizierungen.

1.1 Polyvalente geriatrische Rehabilitation

Die polyvalente geriatrische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation älterer Menschen mit einer Multimorbidität. Das Ziel ist, die funktionellen Fähigkeiten und die Unabhängigkeit des älteren Menschen zu erhalten, seine Pflegebedürftigkeit zu begrenzen und dem

[13] WHO: *Disability prevention and rehabilitation*. Technical Report Series 668. Genf. 1981.

Autonomieverlust im Alltag und einer damit einhergehenden Unterbringung in einer Institution vorzubeugen.

1.2 Muskuloskelettale Rehabilitation

Die muskuloskelettale Rehabilitation befasst sich mit teils chronischen, teils akuten ossären, artikulären, vertebralen und/oder weichteilbezogenen teils entzündlichen, teils degenerativen, teils postoperativen sowie posttraumatischen muskuloskelettalen Beeinträchtigungen. Die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten, die wegen grossflächiger Verbrennungen behandelt werden, gehört ebenfalls in diese Gruppe.

1.3 Internistische und onkologische Rehabilitation

Die internistische und onkologische Rehabilitation befasst sich mit multimorbiden Patientinnen und Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen, die aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen, und mit Patientinnen und Patienten, die durch ein Tumorleiden und/oder Therapiefolgen geschädigt wurden.

1.4 Kardiovaskuläre Rehabilitation

Die kardiovaskuläre Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und von entsprechenden operativen Eingriffen.

1.5 Neurologische Rehabilitation

Die neurologische Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie mit den Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.

1.6 Pulmonale Rehabilitation

Die pulmonale Rehabilitation befasst sich schwergewichtig mit den Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehender Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe.

1.7 Paraplegiologische Rehabilitation

Die paraplegiologische Rehabilitation umfasst die Erstrehabilitation, die Folgerehabilitation und die Komplikationsbehandlung bei Patientinnen und Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf.

1.8 Psychosomatische Rehabilitation

In der psychosomatischen Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit primär somatischen Erkrankungen behandelt, bei denen psychologische Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Darunter fallen Erkrankungen, bei denen psychische Symptome, z. B. Ängste oder Depressionen direkt im Vordergrund stehen, aber auch Erkrankungen, bei denen psychische Störungen sich auf den Körper auswirken und körperliche Anzeichen oder ihre Verschlimmerung zur Folge haben. Die berufliche und soziale Reintegration sind wesentliche Zielsetzungen, da Patientinnen und Patienten mit einer Komorbidität von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bezüglich Chronifizierung ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen.

Tabelle 11: Leistungsgruppen der Rehabilitation

Leistungen	ICD-Kapitel	ICD Kapitel
Polyvalente geriatrische Rehabilitation	Diese Leistung setzt sich wie beim Basispaket aus den Fällen Geriatrie (M900) zusammen	
Muskoskelettale Rehabilitation	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99
	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	S00-T98
Internistische und onkologische Rehabilitation	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99
	Neubildungen	C00-D48
	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D90
	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90
	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	H00-H59
	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortstzes	H60-H95
	Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93
	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99
	Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99
	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00-O99
	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00-P99
	Angeborene Fahlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Q00-Q99
	Symptome und abnormeklinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00-R99
	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	V01-Y98
	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z00-Z99
	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	
	Nicht näher bestimmt (die nicht einem ICD-Kapitel zugeordnet werden konnten)	
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99
Neurologische Rehabilitation	Krankheiten des Nervensystems (ohne Unterkapitel Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83))	G00-G99
	Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99
Pulmonale Rehabilitation	Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99
Paraplegiologische Rehabilitation	Krankheiten des Nervensystems (nur Unterkapitel Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83))	G00-G99

2. Bedarfsanalyse in der Rehabilitation

2.1 Datengrundlage und Einflussfaktoren

Die Analyse begann mit der Auswahl der Daten, mit denen sich die für die Spitalplanung massgebenden Fälle ermitteln lassen. Hierfür wurden die Daten der medizinischen Statistik der Spitäler des Jahres 2010 verwendet – d. h. entsprechend den Empfehlungen der GDK[14] ausschliesslich die jüngsten verfügbaren Daten, für die das Modell der Einflussfaktoren zur Verfügung stand.

In diesem Bericht gelten diejenigen Fälle als Rehabilitation, die als Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) oder physikalische Medizin und Rehabilitation (M950) haben. Die Fälle der Geriatrie wurden der polyvalenten geriatrischen Rehabilitation zugeordnet. Die Fälle der physikalischen Medizin und Rehabilitation wurden unter Berücksichtigung ihrer ICD-Hauptdiagnose in sechs weitere Kategorien der Rehabilitation eingeteilt (kardiovaskulär, pulmonal, muskuloskelettal, neurologisch, internistisch-onkologisch und paraplegiologisch). Diese Kategorien wurden aufgrund von Literaturrecherchen und Expertengesprächen

[14] Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf), Bern, 2009, Seite 3.

konstruiert. Mit der polyvalenten geriatrischen Rehabilitation (M900) besteht die Rehabilitation aus insgesamt sieben Leistungsgruppen.

2.1.1 Einflussfaktoren in der Rehabilitation

Weil der Bedarf an Rehabilitation stark von der Organisation und Finanzierung der Versorgung und von der Definition der Rehabilitationsbehandlungen abhängt, ist es komplizierter, Hypothesen über die Faktoren aufzustellen, die in diesem Bereich einen Einfluss haben. Zu berücksichtigen ist namentlich der Zeitpunkt, in dem Akutsomatik aufhört und stationäre Rehabilitation anfängt: Wenn die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für bestimmte Leistungen der Akutsomatik abnimmt, ist es wahrscheinlich, dass die Rehabilitation in diesen Fällen früher ansetzt und so auch die Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation verlängert wird. Andererseits kann die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation dazu führen, dass die Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation abnimmt.

Die Bedarfsprognosen wurden auf der Grundlage des mittleren Szenarios des BFS in der revidierten Fassung von 2013 für jeden Rehabilitationsbereich unter Berücksichtigung der obenerwähnten Aspekte und der Hypothesen des Hauptszenarios des Kantons Zürich erstellt und kommen zum folgenden Ergebnis:

> keine Veränderung bei den Hospitalisierungsraten,

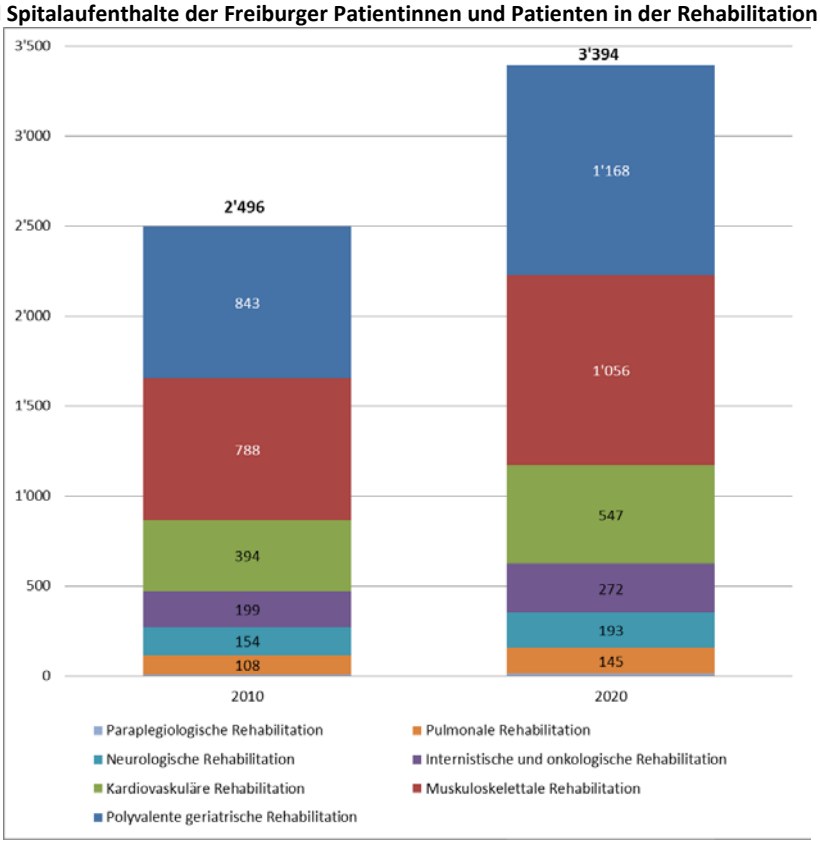
> Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 7.5 % zwischen 2010 et 2020.

2.2 Bedarf an Rehabilitation am Zeithorizont 2020

In der Bedarfsanalyse für die Spitalplanung von Juni 2014 wurden die Leistungen ermittelt, für die die Freiburger Bevölkerung im Jahr 2010 auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stationär behandelt wurde (jüngste, vollständige offizielle statistische Grundlage im Zeitpunkt der Erstellung des Berichts), und wurde prognostiziert, wie sich der KVG-relevante Bedarf (ohne die anderen Sozialversicherungen und ohne die Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz) bis 2020 entwickeln wird. Die Prognosen 2020 berücksichtigen die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung sowie das Substitutionspotenzial stationär–ambulant. Für die Prognosen wurde in Bezug auf die demografische Entwicklung auf das mittlere Szenario des BFS in der revidierten Fassung von 2013 abgestellt.

Auf dieser Grundlage sollte sich die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für Leistungen der Rehabilitation folgendermassen entwickeln:

Abbildung 6: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation 2010 und 2020



Die Anzahl Spitalaufenthalte für Leistungen der Rehabilitation nimmt per 2020 global um 36 % zu.

3. Beurteilungskriterien

3.1 Generelle Anforderungen

Wie in der Akutsomatik muss jede Einrichtung, die auf der Spitalliste eingetragen werden möchte, die generellen Anforderungen von Artikel 39 Absatz 1 KVG erfüllen sowie gemäss Artikel 41a KVG im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten für alle KVG-Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg unabhängig von ihrer Versicherungsklasse eine Aufnahmebereitschaft gewährleisten (Aufnahmepflicht). Ausserdem müssen die Finanzierungsvorschriften des Gesetzes vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser eingehalten werden.

Was die Anforderung angeht, die Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist zu behandeln, wird hier der Akzent eher auf den zeitlichen Aspekt gelegt, d. h. auf die Wartezeit bis zur Behandlung in einer Einrichtung – auch wenn die Nähe ebenfalls eine Rolle spielt.

3.1.1 Qualitätsanforderungen

Die generellen Qualitätsanforderungen sind dieselben wie für die Akutsomatik, mit den folgenden zwei zusätzlichen Anforderungen:

Qualitätsverantwortlicher: Die Einrichtungen müssen über einen Qualitätsverantwortlichen verfügen und seine Aufgaben müssen in einem Pflichtenheft aufgeführt sein.

Notfallkonzept: Die Spitäler müssen über ein schriftliches Konzept über die Intervention in Notfällen verfügen, das namentlich die Zusammenarbeit mit einem akutsomatischen Spital regelt. Das Konzept muss mindestens alle zwei Jahre angepasst werden und das Konzept muss allen Mitarbeitenden bekannt sein.

3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die Einrichtung liefert genügende Garantien für die Beständigkeit und die Bonität, hält die vom Kanton anerkannten Buchhaltungsprinzipien ein und erstattet jährlich Bericht über ihre finanzielle Situation. Ausserdem weist sie jährlich die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen nach, liefert jährlich ihr Investitionsbudget ab, erstattet Bericht über die Entwicklung ihrer Kosten in den vergangenen und kommenden 5 Jahren und hält die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen ein.

3.2 Spezifische Anforderungen

Je nachdem, welche Leistungsgruppen eine Einrichtung erbringen möchte, müssen spezifische Anforderungen hinsichtlich des Personals, der Behandlung und der Infrastruktur erfüllt werden:

Mindestfallzahlen: Für bestimmte Formen der Rehabilitation sind Mindestfallzahlen vorgeschrieben, um die Qualität der Leistungen zu gewährleisten. Für die polyvalente geriatrische, die muskuloskelettale, die kardiovaskuläre und die pulmonale Rehabilitation sind es 250 Fälle, für die neurologische Rehabilitation 200.

Ärztliche Direktorin/Ärztlicher Direktor / Chefärztin/Chefarzt: Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor bzw. die Chefärztin oder der Chefarzt muss mindestens zu 80 % angestellt sein. Für bestimmte Rehabilitationsarten muss er über einschlägige Berufserfahrung verfügen.

Kaderärztinnen und -ärzte: Je nach Rehabilitationsart muss die Kaderärztin oder der Kaderarzt den entsprechenden FMH-Titel haben: z. B. einen FMH-Titel in Neurologie und/oder Neurochirurgie für die neurologische Rehabilitation, einen FMH-Titel in Kardiologie für die kardiovaskuläre Rehabilitation usw.

Konsiliardienst: Für bestimmte Rehabilitationsarten sind interne oder externe Konsultanten erforderlich.

Therapeutisches/pflegefachliches Personal: Das therapeutische/pflegefachliche Personal (Art. 47–50a KVV) muss über ein Diplom einer anerkannten Schule verfügen, die Pflegedienstleiter/innen müssen über eine Fortbildung in Management verfügen und das Pflegefachpersonal muss 365 Tage im Jahr rund um die Uhr präsent sein. Je nach Rehabilitationsart sind zusätzliche Anforderungen punkto Aus- und Fortbildung vorgeschrieben. Z. B. müssen die Ergotherapeuten in der muskuloskelettalen Rehabilitation Erfahrung in arbeitsrehabilitativen Massnahmen und in Ergonomie nachweisen können.

Weiteres Fachpersonal: Gewöhnlich müssen ein Sozialdienst, eine Ernährungsberatung und eine Diätküche zur Verfügung stehen. Je nach Rehabilitationsart ist weiteres Fachpersonal erforderlich wie z. B. ein/e Orthopädietechniker/in in der neurologischen Rehabilitation.

Präsenzdienst/Pikettdienst, Notfälle: Ein Präsenz- und Pikettdienst muss gewährleistet sein. Ausserdem muss das therapeutische/pflegefachliche Personal regelmässig in Notfallinterventionen geschult werden und auf jeder Station muss ein Notfall- und Reanimationsmaterial verfügbar sein.

Medizinisch-technische und diagnostische Angebote: Je nach Rehabilitationsart sind verschiedene medizinisch-technische und diagnostische Angebote vorgeschrieben, wie z. B.: medizinische Diagnostik, Labor, EKG, Radiologie, Sonografie, Funktionsdiagnostik usw.

Therapieangebote: Je nach Rehabilitationsart sind verschiedene Therapieangebote vorgeschrieben: Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Kursangebot im Gesundheitsbereich usw.

Infrastruktur: Nicht für alle Rehabilitationsarten werden Infrastrukturanforderungen gestellt. Für die pulmonale Rehabilitation ist eine kontinuierliche O2-Versorgung vorgeschrieben und für die paraplegiologische Rehabilitation eine Überwachungseinheit in Form von EKG-Monitoring, Pulsoxymetrie usw. sowie Freizeitangebote.

4. Beurteilung der Angebote

Acht Einrichtungen, die ab 2015 Rehabilitationsleistungen anbieten möchten, haben Angebote eingereicht:

- freiburger spital (HFR)
- *Hôpital intercantonal de la Broye* (HIB)
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Nottwil)
- REHAB (Basel)
- *Clinique romande de réadaptation* (SUVA Sion)
- *Institution de Lavigny*
- Berner Klinik Montana
- Klinik Bethesda Tschugg

Alle diese Einrichtungen befanden sich bereits auf der Freiburger Spitalliste 2012 für Rehabilitationsleistungen, aber nicht für dieselbe Leistungspalette, für die sie heute Angebote einreichen.

Die folgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die eingereichten Angebote:

Tabelle 12: Angebote der verschiedenen Einrichtungen für die Rehabilitation

	HFR	HIB	Paraplegikerzentrum	REHAB Basel	SUVA Sion	Lavigny	Berner Klinik Montana	Bethesda Tschugg
Polyvalente geriatrische Rehabilitation	■	■						
Muskuloskelettale Rehabilitation	■	■			■		■	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	■	■					■	
Kardiovaskuläre Rehabilitation	■							
Neurologische Rehabilitation	■			■	■	■	■	■
Pulmonale Rehabilitation	■							
Praplegiologische Rehabilitation			■	■	■			
Psychosomatisch Rehabilitation							■	

4.1 Einhaltung der Anforderungen

Alle Angebote wurden auf ihre Vollständigkeit überprüft. Bei den meisten Angeboten wurden ergänzende Informationen eingeholt.

Zu den generellen Anforderungen gehört die Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a Absatz 1 KVG, wonach alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag alle im Kanton wohnhaften Personen aufnehmen müssen. Alle Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, haben bestätigt, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Versicherungsklasse aufnehmen und behandeln zu wollen.

Alle Anbieter haben ausserdem bestätigt, die Finanzierungsbestimmungen gemäss dem Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser einhalten zu wollen, namentlich den Artikel 3 Absatz 1.

4.1.1 Qualitätsanforderungen

Die Überprüfung der Qualitätsanforderungen hat ergeben, dass die Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, diesen Anforderung bereits mehr als genügen.

Das HFR muss noch ein Qualitätssicherungskonzept verfassen, das alle im Bereich der Qualität bereits eingerichteten Massnahmen umfasst; in bestimmten Diensten existieren diese Qualitätskonzepte bereits. Ein Projekt für ihre Konsolidierung und Ausdehnung auf die ganze Institution ist in Gang. Das HFR wird diese Arbeiten im Lauf des ersten Halbjahrs 2015 fertigstellen.

HIB und *Clinique romande de réadaptation* werden ihren ersten Qualitätsbericht nach der Vorlage von H+ verfassen. Die anderen Einrichtungen erfüllen diese Qualitätsanforderung bereits.

4.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Gemäss den neuen Planungskriterien muss der Kanton die Effizienz der Leistungsanbieter beurteilen. Die Anforderungen wurden hinsichtlich der Übermittlung von Buchhaltungsunterlagen, Kostenbeherrschung usw. in drei Schritten beurteilt: Beurteilung der eingereichten Unterlagen, Analyse der Pflegetagskosten und Vergleich der Pflegetagskostenentwicklung über mehrere Jahre.

Wie schon bei der Akutsomatik hat der Kanton die Frage der Wirtschaftlichkeit der Kosten der ausserkantonalen Einrichtungen nicht im Detail analysiert, weil die Standortkantone besser in der Lage sind, diese Frage zu beurteilen. Die betreffenden Einrichtungen wurden im Rahmen der Tarifgenehmigungsverfahren von den Standortkantonen alle für wirtschaftlich befunden.

Beurteilung der eingereichten Unterlagen
Die im Rahmen der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eingereichten Unterlagen sind in der Akutsomatik, in der Rehabilitation und in der Palliative Care dieselben; für diesen Aspekt wird auf das Kapitel B 4.1.1.2 (S. 34) verwiesen.

Vergleich der Pflegetagskosten
Die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers wird in erster Linie gestützt auf Kostendaten beurteilt. Ein Vergleich der Pflegetagskosten ist im Prinzip geeignet, einen fairen Vergleich der Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

Allerdings variiert der Detaillierungsgrad der Daten aus den analytischen Buchhaltungen in den Bereichen der Rehabilitation zwischen den einzelnen Einrichtungen stark. Das HIB differenziert die Kosten der verschiedenen Rehabilitationsbereiche nicht und berechnet die Pflegetagskosten für alle Rehabilitationsarten zusammen, während das HFR die geriatrische, die allgemeine, die kardiovaskuläre und die neurologische Rehabilitation unterscheidet. Die Kosten der allgemeinen Rehabilitation umfassen die Kosten der muskuloskelettalen, der internistisch-onkologischen und der pulmonalen Rehabilitation. Auf dieser Grundlage wäre ein Kostenvergleich zwischen den zwei Einrichtungen heikel und eventuelle Folgerungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit wären kaum verlässlich. Dies umso mehr als Differenzen in den Pflegetagskosten zwischen Einrichtungen nicht unbedingt mit ihrer Rentabilität zusammenhängen. Sie können auf Unterschiede in der Kostenabgrenzung, einrichtungsspezifische Merkmale, aussergewöhnliche Aufwendungen oder eine unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenpopulation (schwere Fälle, leichte Fälle) zurückzuführen sein. Ausserdem gibt es in der Rehabilitation im Unterschied zur Akutsomatik noch keine einheitliche Tarifstruktur auf nationaler Ebene. Eine solche Struktur ist in Erarbeitung und sollte 2018 in Kraft treten. Es scheint daher nicht angebracht, eine kantonale Vereinheitlichung der analytischen Buchhaltung in den Bereichen der Rehabilitation im jetzigen Zeitpunkt vorzuschreiben; es wäre ein grosser Aufwand für ein Ergebnis, das mit der Einführung des neuen Tarifsystems unbrauchbar würde. Folglich wurde eine Analyse und Plausibilisierung der Kosten vorgenommen und auf die strikte Anwendung eines Benchmarkings zwischen den Einrichtungen verzichtet. Dieses Benchmarking wird zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt – nach der Einführung der neuen nationalen Tarifstruktur in der Rehabilitation.

Als Grundlage für die Analyse und Plausibilisierung der Kosten verlangte der Kanton die Übermittlung einer analytischen Buchhaltung 2013 (ITAR-K oder andere anerkannte Modelle).

Die vom Kanton gewählte Kostenbestimmungsmethode basiert grösstenteils auf den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Um eine optimale Vergleichbarkeit zu garantieren, müssen Kosten, die bei KVG-relevanten stationären Leistungen nicht anrechenbar sind, abgezogen werden. Ausserdem werden diejenigen Kosten nicht berücksichtigt, die separat vergütet werden oder zu Verzerrungen in den Vergleichen führen würden (die z. B. eine Einrichtung, die mehr ausbildet als eine andere, schlechter stellen würden). Somit wurden folgende Kosten von den gesamten Betriebskosten des Spitals abgezogen:

> die Anlagenutzungskosten;
> die Kosten der Leistungen an Dritte und der ambulanten Leistungen;
> die Kosten der zusätzlichen Vergütungen (Dialysen, Koagulationsfaktoren usw.);
> die Kosten der universitären Lehre und Forschung;
> die Honorare der Ärztinnen und Ärzte in der Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung);

> die Kosten für die Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung).

Die verbleibenden, d. h. für die Planung anerkannten Kosten, wurden durch die Anzahl Pflegetage geteilt, und ergaben auf diese Weise die Kosten pro Pflegetag. Dieses Verfahren wurde bei beiden Einrichtungen für jede Leistungsart angewendet, sofern die Daten verfügbar waren. Trotz der Kostenunterschiede zwischen den beiden Einrichtungen und den verschiedenen Rehabilitationsarten lässt sich aus den verfügbaren Daten nicht auf eine Unwirtschaftlichkeit der Einrichtungen schliessen, namentlich wegen der oben erwähnten Vorbehalte.

Vergleich der durchschnittlichen Pflegetagskostenentwicklung pro Jahr
Ein weiterer Indikator, der gewählt wurde, um die Wirtschaftlichkeit der von einer Einrichtung erbrachten Leistungen zu beurteilen, ist die Entwicklung der Pflegetagskosten. Zu diesem Zweck mussten die Anbieter eine Darstellung der Entwicklung ihrer Kosten (Kosten pro KVG-Pflegetag) in den vergangenen fünf Jahren und ihrer diesbezüglichen Prognosen für die kommenden fünf Jahre, d. h. insgesamt von 2009 bis 2018, einreichen.

Da eine Einrichtung nicht in der Lage war, die Pflegetagskosten für 2009 zu bestimmen, zeigt die in der folgenden Tabelle erwähnte Entwicklung die prognostizierte prozentuale Progression zwischen 2010 und 2018.

Tabelle 13: Prognostizierte Progression der Kosten in % zwischen 2010 und 2018

HFR	HIB
-1.03	+ 2.35

Für das HIB steigen die Pflegetagskosten zwischen 2010 und 2012 an und bleiben zwischen 2013 und 2018 stabil. Die aktuell höheren Pflegetagskosten des HFR nähern sich tendenziell denen des HIB an. Diese Prognose wird durch eine Wirtschaftlichkeitsanalyse auf der Grundlage einer identischen Tarifstruktur überprüft werden müssen, nachdem man die gemeinwirtschaftlichen und die einem spezifischen Bedürfnis der öffentlichen Gesundheit entsprechenden Leistungen für jede Einrichtung eindeutig identifiziert haben wird.

4.1.3 Einhaltung der spezifischen Anforderungen

Die Überprüfung der spezifischen Anforderungen hat ergeben, dass die Einrichtungen, die ein Angebot eingereicht haben, diese Anforderung heute bereits mehr als erfüllen.

Das HFR erreicht in der pulmonalen Rehabilitation die Mindestfallzahl von 250 Fällen nicht. Allerdings beträgt der Bedarf der Freiburger Bevölkerung per 2020 145 Fälle. Die Mindestfallzahl zu erreichen, ist daher schwierig. Das HFR ist eingeladen, Schritte zu unternehmen, um ausserkantonale Patientinnen und Patienten anzuziehen. Die Situation wird genau verfolgt werden.

Das HIB erfüllt die Anforderung der Präsenz einer Kaderärztin oder eines Kaderarztes in Geriatrie in der Einrichtung noch nicht und kann auch nicht gewährleisten, dass es das Kriterium der Mindestfallzahl für die polyvalente geriatrische Rehabilitation erfüllt.

4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf

Das Verfahren der Zuteilung der Leistungsgruppen an die verschiedenen Einrichtungen kann folgendermassen beschrieben werden:

> Die Einrichtungen müssen die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen einhalten.
> Die Leistungsgruppen werden entsprechend bestimmten Spezialitäten der Einrichtungen zugeteilt.
> Das Gleichgewicht zwischen den niedergelassenen Leistungserbringern und der Patientenfluss müssen gewahrt werden.

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Zuteilung der Leistungsgruppen. Die angegebenen Zahlen sind Volumen von Pflegetagen, die die Einrichtungen 2015 übernehmen können, und sind nur ein Instrument, mit dem man sich vergewissern kann, dass die Spitalliste den Versorgungsbedarf der Bevölkerung deckt und die Versorgung somit gewährleistet ist. Für die einzelnen Gruppen sollte sich die Summe der Volumen, die den verschiedenen Einrichtungen zugeteilt werden, dem Bedarf am Zeithorizont 2020 annähern, der im Bericht über die Bedarfsanalyse publiziert wurde.[15]

Tabelle 14: Zuteilung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation

	HFR	HIB	Paraplegiker-zentrum	REHAB Basel	SUVA Sion	Lavigny	Berner Klinik Montana	Bethesda Tschugg	Besoins de la population 2020
Polyvalente geriatrische Rehabilitation	28'139	3'000							28'139
Muskuloskelettale Rehabilitation	15'000	3'575			1'825				19'976
Internistisch-onkologische	5'706	3'000							5'706
Kardiovaskuläre Rehabilitation	15'000								14'779
Neurologische Rehabilitation	8'000			x	1'095	100	2'000	2'000	4'610
Pulmonale Rehabilitation	2'716								2'716
Paraplegiologische Rehabilitation			2'500	x	495				495

Nach eingehender Analyse der Tätigkeit 2013 des HFR wurde festgestellt, dass der per 2020 prognostizierte Bedarf in bestimmten Leistungsgruppen bereits übertroffen wurde. Dies ist namentlich in der neurologischen Rehabilitation der Fall. Die Analyse der Anzahl Pflegetage zeigt, dass der Bedarf in dieser Leistungskategorie sehr wahrscheinlich unterschätzt wurde. Deshalb erhalten alle Einrichtungen, die die spezifischen Anforderungen für die neurologische Rehabilitation erfüllen, diesen Leistungsauftrag.

Gleiches gilt für die Leistungsgruppe der paraplegiologischen Rehabilitation, wo die Analyse der Anzahl Pflegetage ebenfalls zeigt, dass der Bedarf sehr wahrscheinlich unterschätzt wurde. Deshalb erhalten alle drei Einrichtungen, die für diese Leistungsgruppe Angebote eingereicht haben, den Leistungsauftrag.

In Bezug auf die polyvalente geriatrische Rehabilitation ist das HIB dabei, eine Arztstelle in Geriatrie zu schaffen; das Anstellungsverhältnis sollte im Lauf des Jahres 2015 beginnen. Diese Leistungsgruppe wird daher dem HIB zugeteilt.

Am Anfang der Ausschreibung hat sich der Kanton die Möglichkeit vorbehalten, nach Massgabe des Arbeitsfortschritts in den Projekten DefReha und ST Reha auf die Zuteilung der Leistungsgruppe psychosomatische Rehabilitation zu verzichten. Im Übrigen konnte der Bedarf nicht auf der Grundlage verlässlicher statistischer und diagnostischer Daten bestimmt werden. Da die Arbeiten auf nationaler Ebene im jetzigen Zeitpunkt noch nicht genug fortgeschritten sind, um sich über die künftigen Leistungsgruppen und die einheitliche Tarifstruktur aussprechen zu können, verzichtet der Kanton Freiburg auf die Zuteilung dieser Leistungsgruppe.

[15] Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015, Freiburg, 2014.

E. Psychiatrie

Psychiatrie-Psychotherapie ist der medizinische Bereich, der sich mit der Diagnose, der Therapie und der Prävention von psychischen- und Verhaltensstörungen befasst. Diese Störungen können Leiden im Zusammenhang mit dem Gemütszustand, dem Bewusstsein, den Emotionen, dem Antrieb, dem Verhalten und der Art des Umgangs mit sich selbst, den anderen und/oder seiner Umwelt betreffen.[16]

Psychiatrische Behandlungen erfolgen oft ambulant. Tatsächlich spielt das Umfeld der Patientin oder des Patienten auf der Ebene der Prävention, des Krankheitsverlaufs und der zahlreichen Facetten der Rehabilitationsmassnahmen eine entscheidende Rolle.[17] Ausserdem weist die Fachliteratur darauf hin, dass stationäre Leistungen und insbesondere die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken reduziert werden können, indem bedarfsgerechte ambulante Leistungen (Tages- und Nachtkliniken, selbständige Psychotherapeuten) herangezogen werden. Im vorliegenden Bericht wird allerdings nur die Planung der stationären Psychiatrie dargestellt.

1. Leistungsgruppen

Das revidierte KVG schreibt für die Psychiatrie eine leistungsorientierte oder kapazitätsbezogene Planung vor (Art 58c Bst. b KVV) sowie eine Abgeltung durch leistungsbezogene Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen[18] beruhen (Art. 49 Abs.1 KVG). In der Psychiatrie ist die Planung leistungsorientiert.

Aufgrund der Qualität der Leistungserhebung in Bezug auf die Klassifizierung und aufgrund der Unsicherheiten im Zusammenhang mit TARPSY[19] wurde die Psychiatrie nur in die Kategorien Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie eingeteilt. Die Fälle werden nach Massgabe des Alters der Patientinnen und Patienten auf die drei Kategorien verteilt.

Tabelle 15: Leistungsgruppen in der Psychiatrie

Leistungsgruppen	Bezeichnung
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0-17 Jahre*
Erwachsenenpsychiatrie	18-64 Jahre
Alterspsychiatrie	ab 65 Jahre

*Für Patientinnen und Patienten von null bis 14 Jahren gibt es in Freiburg keine Psychiatriebetten. Das heisst nicht, dass es in Freiburg keine stationären Psychiatriepatientinnen und -patienten unter 15 Jahren gibt; diese werden im HFR behandelt.

[16] Eric Bonvin, *Planification de la santé mentale et de la psychiatrie du canton du Valais 2010-2015*, 2010.
[17] GDK, *Leitfaden «Psychiatrieplanung»*, Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung», Bern, 2008.
[18] Die erstmalige Umsetzung dieser einheitlichen Struktur ist im Jahr 2015 geplant.
[19] Nationales Projekt für einen einheitlichen Tarif in der Psychiatrie (stationär).

2. Bedarfsanalyse in der Psychiatrie

2.1 Datengrundlage und Einflussfaktoren

Die Analyse begann mit der Auswahl der Daten, mit denen sich die für die Spitalplanung massgebenden Fälle ermitteln lassen. Hierfür wurden die Daten der medizinischen Statistik der Spitäler des Jahres 2010 verwendet – d. h. entsprechend den Empfehlungen der GDK[20] ausschliesslich die jüngsten verfügbaren Daten (stationäre Fälle, die in Freiburg und ausserkantonal behandelt wurden), für die das Modell der Einflussfaktoren zur Verfügung stand.
In diesem Bericht gelten diejenigen Fälle als Psychiatrie, die als Hauptkostenstelle Psychiatrie und Psychotherapie (M500) haben.

Ausserdem ist die Psychiatrie nach Massage des Alters unterteilt, wie in der Tabelle 15 oben dargestellt ist.

2.1.1 Einflussfaktoren

Im Zürcher Psychiatriebericht[21] wurden auf der Grundlage einer Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hypothesen zu den folgenden Variablen formuliert:

> die mögliche Entwicklung der Anzahl Spitalaufenthalte nach Pathologiegruppen (unabhängig von der demografischen Entwicklung) unter Berücksichtigung der epidemiologischen Entwicklung und unter teilweise Berücksichtigung der Verschiebung stationär–ambulant;

> die mögliche Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach Pathologiegruppen (gemäss ICD-10) unter Berücksichtigung von wirtschaftlichen Faktoren (Art der Abrechnung) und auch der Verschiebung stationär–ambulant.

Gemäss den Experten wird die Anzahl Spitalaufenthalte insbesondere im Bereich der affektiven Störungen (Depression, Ängste), der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkoholmissbrauch und der Persönlichkeitsstörungen zunehmen. Diese Zunahme ist namentlich eine Folge der progressiven Destigmatisierung der psychiatrischen Versorgung. Es wird andererseits ein Rückgang der Anzahl Spitalaufenthalte wegen Schizophrenie und verwandter Störungen wie auch wegen neurotischer und verwandter Störungen erwartet, sofern das Angebot an ambulanter Intensivversorgung ausgebaut werden kann.

Für den Kanton Freiburg wurde die Bedarfsprognose für die Psychiatrie auf der Grundlage des mittleren demografischen Szenarios des BFS in der revidierten Fassung von 2013 und unter Berücksichtigung der im Zürcher Bericht formulierten Hypothesen zur Entwicklung der Fallzahlen und zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zwischen 2010 und 2020 erstellt.

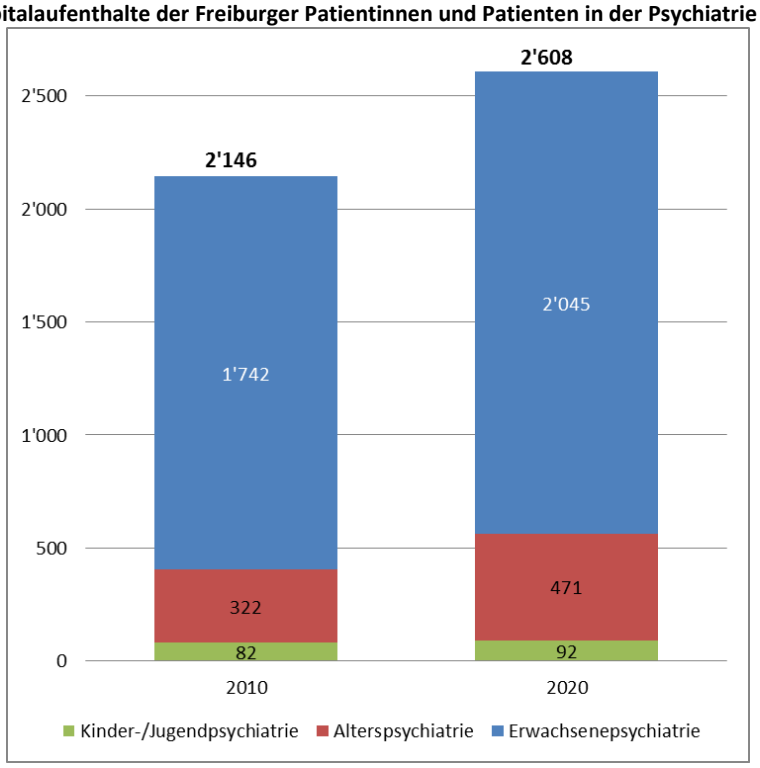
[20] Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf), Bern, 2009, Seite 3.
[21] Dieser Bericht ist verfügbar unter: www.gd.zh.ch/versorgungsbericht.

2.2 Bedarf an Psychiatrie am Zeithorizont 2020

In der Bedarfsanalyse für die Spitalplanung von Juni 2014 wurden die Leistungen ermittelt, für die die Freiburger Bevölkerung im Jahr 2010 auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stationär behandelt wurde (jüngste, vollständige offizielle statistische Grundlage im Zeitpunkt der Erstellung des Berichts), und wurde prognostiziert, wie sich der KVG-relevante Bedarf (ohne die anderen Sozialversicherungen und ohne die Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz) bis 2020 entwickeln wird. Die Prognosen 2020 berücksichtigen die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung sowie das Substitutionspotenzial stationär–ambulant. Für die Prognosen wurde in Bezug auf die demografische Entwicklung auf das mittlere Szenario des BFS in der revidierten Fassung von 2013 abgestellt.

Auf dieser Grundlage sollte sich die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für Leistungen der Psychiatrie folgendermassen entwickeln:

Abbildung 7: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie 2010 und 2020



Die Anzahl Spitalaufenthalte für Leistungen der Psychiatrie nimmt per 2020 global um 21,5 % zu.

3. Beurteilungskriterien

3.1 Generelle Anforderungen

Wie in der Akutsomatik muss jede Einrichtung, die auf der Spitalliste eingetragen werden möchte, die generellen Anforderungen von Artikel 39 Absatz 1 KVG erfüllen sowie gemäss Artikel 41a KVG im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten für alle KVG-Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg unabhängig von ihrer Versicherungsklasse

eine Aufnahmebereitschaft gewährleisten (Aufnahmepflicht). Ausserdem müssen die Finanzierungsvorschriften des Gesetzes vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser eingehalten werden.

3.1.1 Qualitätsanforderungen

Die generellen Qualitätsanforderungen sind dieselben wie für die Akutsomatik, mit den folgenden zwei zusätzlichen Anforderungen:

Qualitätsverantwortlicher: Die Einrichtungen müssen über einen Qualitätsverantwortlichen verfügen und seine Aufgaben müssen in einem Pflichtenheft aufgeführt sein.

Notfallkonzept: Die Spitäler müssen über ein schriftliches Konzept über die Intervention in Notfällen verfügen, das namentlich die Zusammenarbeit mit einem akutsomatischen Spital regelt. Das Konzept muss mindestens alle zwei Jahre angepasst werden und das Konzept muss allen Mitarbeitenden bekannt sein.

3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die Einrichtung liefert genügende Garantien für die Beständigkeit und die Bonität, hält die vom Kanton anerkannten Buchhaltungsprinzipien ein und erstattet jährlich Bericht über ihre finanzielle Situation. Ausserdem weist sie jährlich die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen nach, liefert jährlich ihr Investitionsbudget ab, erstattet Bericht über die Entwicklung ihrer Kosten in den vergangenen und kommenden 5 Jahren und hält die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen ein.

3.2 Spezifische Anforderungen

Je nach Bereich müssen leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden:

Personalstruktur: Je nach Art der psychiatrischen Leistung muss eine entsprechende Fachärztin oder ein entsprechender Facharzt vorhanden sein. Weiter müssen auch klinische Psychologinnen oder Psychologen, spezialisiertes Pflegefachpersonal, Mitarbeitende des Sozialdienstes und Ergotherapeutinnen und -therapeuten in der Einrichtung angestellt sein.

Verfügbarkeit: Die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt und das Pflegefachpersonal müssen rund um die Uhr zur Verfügung stehen und die Einrichtung muss über einen Notfalldienst verfügen, der rund um die Uhr in Betrieb ist. Daneben gibt es verschiedene Stufen der Verfügbarkeit für Pikettärztinnen und -ärzte (15 oder 120 Minuten) und für Fachärztinnen und -ärzte (60 oder 120 Minuten). Auch muss die Einrichtung eine ständige Aufnahmebereitschaft gewährleisten.

Weitere Anforderungen: Je nach Art der psychiatrischen Leistung werden weitere Anforderungen gestellt wie z. B. eine formelle Zusammenarbeit mit einem akutsomatischen Spital, EEG-Infrastruktur, Konsiliardienste (Pädiatrie, Geriatrie, Neurologie usw.), Kinderzimmer, verschiedene Kooperationen (Polizei und Justiz, Spitex, Pflegeheime usw.) oder Rundläufe und Freilufträume.

4. Beurteilung der Angebote

Drei Einrichtungen, die ab 2015 Psychiatrieleistungen anbieten möchten, haben Angebote eingereicht:

> Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)
> freiburger spital (HFR)
> Privatklinik Meiringen

Das HFR reicht nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Angebot ein und das betreffende Angebot ist in Zusammenarbeit mit dem FNPG organisiert.

Tabelle 16: Angebote der verschiedenen Einrichtungen für die Psychiatrie

Leistungsgruppen	FNPG	HFR	Privat Klinik Meiringen
Kinder- und Jugendpsychiatrie (0-17 Jahre)			
Erwachsenenpsychiatrie (18-64 Jahre)			
Alterspsychiatrie (ab 65 Jahre)			

4.1 Einhaltung der Anforderungen

Alle Angebote wurden auf ihre Vollständigkeit überprüft. Bei den meisten Angeboten wurden ergänzende Informationen eingeholt.

Zu den generellen Anforderungen gehört die Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a Absatz 1 KVG, wonach alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag alle im Kanton wohnhaften Personen aufnehmen müssen. Alle Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, haben bestätigt, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Versicherungsklasse aufnehmen und behandeln zu wollen.

Alle Anbieter haben ausserdem bestätigt, die Finanzierungsbestimmungen gemäss dem Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser einhalten zu wollen, namentlich den Artikel 3 Absatz 1.

4.1.1 Qualitätsanforderungen

Die Überprüfung der Qualitätsanforderungen hat ergeben, dass die Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, diesen Anforderung bereits mehr als genügen.

Das FNPG muss noch ein schriftliches Konzept für Notfallinterventionen verfassen. Ausserdem muss es ein globales Präventionskonzept in Sachen Spitalhygiene und Infektiologie einrichten.
Das HFR muss noch ein Qualitätssicherungskonzept verfassen, das alle im Bereich der Qualität bereits eingerichteten Massnahmen umfasst; in bestimmten Diensten existieren diese Qualitätskonzepte bereits. Ein Projekt für ihre Konsolidierung und Ausdehnung auf die ganze Institution ist in Gang. Das HFR wird diese Arbeiten im Lauf des ersten Halbjahrs 2015 fertigstellen.

4.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Gemäss den neuen Planungskriterien muss der Kanton die Effizienz der Leistungsanbieter beurteilen. Die Anforderungen wurden hinsichtlich der Übermittlung von Buchhaltungsunterlagen, Kostenbeherrschung usw. nur anhand der übermittelten Unterlagen beurteilt.

Wie schon bei der Akutsomatik und bei der Rehabilitation hat der Kanton die Frage der Wirtschaftlichkeit der Kosten der ausserkantonalen Einrichtungen nicht im Detail analysiert, weil die Standortkantone besser in der Lage sind, diese Frage zu beurteilen. Die einzige ausserkantonale Einrichtung, die ein Angebot eingereicht hat, wurde im Rahmen der Tarifgenehmigungsverfahren vom Standortkanton für wirtschaftlich befunden.

Beurteilung der eingereichten Unterlagen
Im Ausschreibungsverfahren mussten die Anbieter die Erfüllung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen nachweisen, indem sie vorab detaillierte Unterlagen einreichen mussten, namentlich eine Buchhaltung, Berichte, Investitionsbudgets usw.

Die Prüfung der Dokumente, die im Rahmen der Analyse der Wirtschaftlichkeit des HFR eingereicht wurden, wurde bereits im Rahmen der Beurteilung seines Angebots für die Akutsomatik dokumentiert. Die Ergebnisse werden hier nicht wiederholt. Da es sich für das HFR um eine neue Leistung handelt, sind keine wirtschaftliche Daten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Leistung vorhanden. Folglich wird die Wirtschaftlichkeit dieser Leistung zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt. Somit wird in diesem Kapitel nur die Wirtschaftlichkeit des FNPG analysiert.

Jedes eingereichte Dokument wurde sorgfältig analysiert und beurteilt. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn die verlangten Schlüsselelemente aus dem Dokument ersichtlich sind. Die Nichterfüllung bestimmter Anforderungen hat nicht automatisch die Nichterfüllung des ganzen Wirtschaftlichkeitskriteriums zur Folge.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse in Bezug auf die Beurteilung der eingereichten Unterlagen dargestellt. Ein dunkelgrünes Feld bedeutet, dass die Einrichtung die Anforderung erfüllt. Ein hellgrünes Feld bedeutet, dass die Anforderung teilweise erfüllt wird, und ein gelbes Feld, dass die Anforderung nicht erfüllt wird.

Die Verpflichtungen könnten Gegenstand eines Audits vor Ort bilden, um festzustellen, ob die Anforderungen tatsächlich eingehalten werden.

Tabelle 17: Beurteilung des vom FNPG zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit eingereichten Unterlagen

	FNPG
Das Spital liefert genügende Garantien für die Beständigkeit und die Bonität	
Das Spital hält die vom Kanton anerkannten Buchhaltungsprinzipien ein.	
Das Spital erstattet dem GesA jährlich Bericht über seine finanzielle Situation.	
Das Spital weist jährlich die Wirtschaftlichkeit seiner Leistungen nach.	
Das Spital liefert jährlich das Investitionsbudget ab.	
Das Spital rechnet innert einer Frist ab, die ein Umlaufvermögen gewährleistet.	
Das Spital erstattet Bericht über die Entwicklung seiner Kosten (Kosten pro KVG-Pflegetag) in den letzten 5 Jahren und die entsprechenden Prognosen für die kommenden 5 Jahre.	
Das Spital hält die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen für die Vergabe von Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträgen ein.	
Einhaltung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen	

Insgesamt hat das FNPG Dokumente geliefert, die sein Vorgehen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung belegen.

Vergleich der Pflegetagskosten und ihrer durchschnittlichen jährlichen Entwicklung
Eine vergleichende Analyse der Pflegetagskosten und der Entwicklung der Pflegetagskosten in den vergangenen und kommenden fünf ist Jahren nicht durchführbar, weil nur eine Einrichtung ein Angebot für Psychiatrieleistungen eingereicht hat.

Darüber hinaus wäre es angesichts der 2018 vorgesehenen Einführung der neuen schweizweit einheitlichen Tarifstruktur für die Psychiatrie verfrüht, auf der Grundlage eines Kostenvergleichs Folgerungen zu ziehen. Dieser Vergleich wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen – nach der Einführung der neuen nationalen Tarifstruktur für die Psychiatrie.

Trotzdem wurde eine Analyse und Plausibilisierung der Kosten durchgeführt. Als Grundlage dafür verlangte der Kanton die Übermittlung einer analytischen Buchhaltung 2013 (ITAR-K oder andere anerkannte Modelle).

Die vom Kanton gewählte Kostenbestimmungsmethode basiert grösstenteils auf den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Um eine optimale Vergleichbarkeit zu garantieren, müssen Kosten, die bei KVG-relevanten stationären Leistungen nicht anrechenbar sind, abgezogen werden. Ausserdem werden diejenigen Kosten nicht berücksichtigt, die separat vergütet werden oder zu Verzerrungen in den Vergleichen führen würden (die z. B. eine Einrichtung, die mehr ausbildet als eine andere, schlechter stellen würden). Somit wurden folgende Kosten von den gesamten Betriebskosten des Spitals abgezogen:

> die Anlagenutzungskosten;
> die Kosten der Leistungen an Dritte und der ambulanten Leistungen;
> die Kosten der zusätzlichen Vergütungen (Dialysen, Koagulationsfaktoren usw.);

> die Kosten der universitären Lehre und Forschung;
> die Honorare der Ärztinnen und Ärzte in der Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung);
> die Kosten für die Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung)

Die verbleibenden, d. h. für die Planung anerkannten Kosten, wurden durch die Anzahl Pflegetage geteilt, und ergaben auf diese Weise die Kosten pro Pflegetag. Aus der Analyse der Kosten lässt sich schliessen, dass das FNPG wirtschaftliche Leistungen erbringt.

4.1.3 Einhaltung der spezifischen Anforderungen

Das FNPG muss mittelfristig (2 Jahre) noch eine formelle Zusammenarbeit mit dem HFR einrichten, die den Abschluss schriftlicher Vereinbarungen betreffend die Abteilungen für Gynäkologie, Geriatrie und Neurologie umfasst. Ausserdem hat das FNPG kein «Behandlungsangebot für Mutter-Kind-Interaktionen», weil Fälle, die ein solches Angebot erfordern, zu selten sind. Allerdings verpflichtet sich das FNPG, in einer solchen Situation eine adäquate Lösung anzubieten.

Das HFR muss noch ein Spitalschuldispositiv für die kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle einrichten, ebenso für alle pädiatrischen Fälle.

4.2 Zuteilung der Leistungen und Spitallistenentwurf

Das Verfahren der Zuteilung der Leistungsgruppen an die verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen kann folgendermassen beschrieben werden:

> Die Einrichtungen müssen die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen einhalten.

> Die Leistungen, für die eine einzige Einrichtung das Volumen nicht erbringen kann, werden mehreren Einrichtungen zugeteilt.

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Zuteilung der Leistungsgruppen. Die angegebenen Zahlen sind Volumen von Pflegetagen, die die Einrichtungen 2015 übernehmen können, und sind nur ein Instrument, mit dem man sich vergewissern kann, dass die Spitalliste den Versorgungsbedarf der Bevölkerung deckt und die Versorgung somit gewährleistet ist. Für die einzelnen Gruppen sollte sich die Summe der Volumen, die den verschiedenen Einrichtungen zugeteilt werden, dem Bedarf am Zeithorizont 2020 annähern, der im Bericht über die Bedarfsanalyse publiziert wurde.[22]

Tabelle 18: Zuteilung der Leistungsgruppen in der Psychiatrie

	FNPG	HFR	Privat Klinik Meiringen	Prognosen 2020
Kinder- und Jugendpsychiatrie (0-17 Jahre)	2'900	1'500	--	3'313
Erwachsenenpsychiatrie (18-64 Jahre)	41'500	--	4'000	53'762
Alterspsychiatrie (ab 65 Jahre)	16'000	--	--	19'427

[22] Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015, Freiburg, 2014.

Der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermittelte Bedarf, der dem FNPG und dem HFR zugeteilt wird, ist gedeckt.

Trotz der Zuteilung der Erwachsenenpsychiatrie an die zwei Einrichtungen, die für diese Leistungsgruppe Angebote eingereicht haben (FNPG und Privatklinik Meiringen), ist der ermittelte Bedarf nicht gedeckt. Gleiches gilt für die Alterspsychiatrie, für die nur das FNPG ein Angebot eingereicht hat. Diese Situation wird genau verfolgt werden.

Die *établissements hospitaliers du nord vaudois* (eHnv) erhalten einen Leistungsauftrag für die Betreuung von Anorexie- und Bulimiepatientinnen und -patienten. Die eHnv führen am Standort *St-Loup* in *Pompales* das *Centre vaudois anorexie boulimie* (abC) in Zusammenarbeit mit dem CHUV. Der Staatsrat des Kantons Freiburg hat 2014 eine Vereinbarung mit dem Staatsrat des Kantons Waadt über das interkantonale Zentrum für die Behandlung von Anorexie- und Bulimiestörungen abgeschlossen, in der das abC als französischsprachiges Referenzzentrum für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg anerkannt wird.

F. Ausblick

1. Vernehmlassung und Genehmigung der Spitalliste 2015

Der vorliegende Bericht und der Entwurf der Spitalliste wurden vom 15. Dezember 2014 bis 19. Januar 2015 bei den Einrichtungen, die Angebote eingereicht haben, den Standortkantonen, und santésuisse, die Krankenversicherer, in Vernehmlassung gegeben. Die Antworten auf die Vernehmlassung wurden analysiert und kleinere Änderungen in beide Dokumente integriert. Der Staatsrat sollte die Spitalliste 2015 – mit dem Bescheid des Grossen Rats – Ende März 2015 genehmigen. Diese Liste wird die Verordnung vom 31. Januar 2012 über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser ersetzen. Die neue Spitalliste hat keine rückwirkende Wirkung. Die Verordnung vom 31. Januar 2012 bleibt rechtskräftig bis zum Zeitpunkt der Genehmigung der neuen Liste.

Angesichts der neuen verwendeten Methode und den Änderungen, die gegenüber der letzten Liste übernommen wurden, sieht der Staatsrat für die Spitäler eine Umsetzungsfrist von sechs Monaten vor, in der sie die notwendigen Anpassungen durchführen können, insbesondere betreffend Formalisierung der Zusammenarbeitsvereinbarungen mit einer anderen Einrichtung für eine bestimmte Leistung.

2. Kontrolle der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge, die mit der Spitalliste 2015 zugeteilt werden, werden Gegenstand einer Kontrolle durch den Staat bilden. Die Kontrolle wird sich auf die Daten abstützen, die alle Einrichtungen für die Zwecke der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik erheben. Wenn eine Einrichtung Fälle in einer Leistungsgruppe hat, für die sie über keinen Leistungsauftrag verfügt, werden diese Fälle eingehend analysiert. Unter bestimmten Umständen können solche Fälle gerechtfertigt sein, z. B. die Übernahme eines lebensbedrohlichen Notfalls oder stationäre Abklärungen eines polymorbiden Falles.

Der Staat wird auch kontrollieren, dass die Einrichtung die Anforderungen einhält, die bei der Zuteilung des Leistungsauftrags festgelegt werden, namentlich hinsichtlich der Mindestfallzahlen.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Staat zu informieren, wenn sie eine spezifische Anforderung nicht mehr erfüllen können, z. B. infolge des Weggangs einer Fachärztin oder eines Facharztes. Die Einhaltung der generellen und spezifischen Anforderungen kann Gegenstand von Kontrollen bilden, namentlich bei Missbrauchsverdacht.

3. Die Spitalplanung: eine «rollende» Planung

Die Spitalplanung und die Spitalliste sind nicht statisch. Sie werden regelmässig aktualisiert werden; dabei wird es insbesondere darum gehen, die Zweckmässigkeit der zugeteilten Leistungsaufträge zu überprüfen. Ausserdem werden die Leistungsgruppen nach Massgabe eventueller Entwicklungen in der Medizin oder den Klassifikationssystemen wie CHOP, ICD und ICF aktualisiert werden können.

Des Weiteren haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, neue Leistungen zu entwickeln. Zu diesem Zweck muss eine Einrichtung dem Staat ein konkretes Projekt unterbreiten und die Erfüllung aller Anforderungen nachweisen, damit dieser das Gesuch analysieren kann.

Dasselbe Vorgehen gilt für jede neue Einrichtung, die im Kanton Freiburg stationäre KVG-Leistungen anbieten möchte.

G. Anhänge

1. Übersicht spezifische Anforderungen in der Akutsomatik

				leistungsgruppenspezifische Anforderungen									
		Leistungsgruppen							Verknüpfung				
Hauptbereiche	Leistungs-bereiche	Kürzel	Bezeichnung	FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfall	Intensivs tation	Basispaket	nur Inhouse	Inhouse oder in Kooperation	Tumorboard	Mindest-fallzahlen	Sonstige Anforderungen
Basisversorgung	Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	Innere Medizin und Chirurgie	1	1	1						
	Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer	entsprechend Leistungsgruppe	2		1			BP			
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	(Dermatologie und Venerologie)	1	2	1	BP					
		DER1.1	Dermatologische Onkologie	(Dermatologie und Venerologie)			1	BP	ONK1		TUB	10	
		DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	(Dermatologie und Venerologie)	2	2	2	BP					
		DER2	Wundpatienten					BPE oder BP					Wundambulatorium
	Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1	BPE oder BP					
		HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1	BPE oder BP					
		HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		2	BPE oder BP	KIE1		TUB		
		HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1	BPE oder BP					
		HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		1	BP	NCH1				
		HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	(Oto-Rhino-Laryngologie)	2		1	BPE oder BP					
		HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	(Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie)	2		1	BP	NCH1				
		HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM*)	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1	BP					
		HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	(Oto-Rhino-Laryngologie) oder (Chirurgie)	2		1	BPE oder BP		END1 + NUK1			
		KIE1	Kieferchirurgie	(Kiefer- und Gesichtschirurgie) oder (Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie)	2		1	BPE oder BP			TUB		
	Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie	Neurochirurgie	2	2	2	BP	HNO1 + NEU1 + RAD1		TUB		
		NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	Neurochirurgie	3	3	3	BP	AUG1 + END1		TUB	10	
		NCH2	Spinale Neurochirurgie	(Neurochirurgie)	2		1	BPE oder BP		BEW8			
		NCH3	Periphere Neurochirurgie	(Neurochirurgie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3				
	Neurologie	NEU1	Neurologie	(Neurologie)	2	2		BP					
		NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems	Innere Medizin oder Neurologie oder Radio-Onkologie oder Medizinische Onkologie	2	2		BP			TUB		
		NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems	Neurologie oder Neurochirurgie	2	2		BP	NEU1 + NCH1	RAD1 +RAO1	TUB		
		NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	Neurologie oder Innere Medizin	2	2	2	BP		NEU3.1			Telemedizinische Anbindung an ein Stroke Center, CT oder MRI mit Möglichkeit zur Angiographie rund um die Uhr, NIH-Stroke Scale Zertifizierung der behandelnden Ärzte, Erfassung aller Stroke Patienten in einem einheitlichen nationalen Register (voraussichtlich Swiss Stroke Register)
		NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM*)	Neurologie oder Neurochirurgie	3	3	2	BP	GEF3+ANG3 +GEF4+ANG4 + RAD1+NCH1				Zertifizierung Stroke Center
		NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)	Neurologie	2					NCH1.1		10	Psychiatrische Beurteilung bei der Diagnose eines nicht-epileptischen psychogenen Anfalls obligatorisch. Unterbruchsfreies Monitoring durch fachlich geschultes Personal rund um die Uhr.
		NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung (provisorisch)	Neurologie	2							10	
	Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
		AUG1.1	Strabologie	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
		AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
		AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
		AUG1.4	Katarakt	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
		AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme	(Ophthalmologie inkl. Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	2		1	BPE oder BP					
Innere Organe	Endokrinologie	END1	Endokrinologie	(Endokrinologie / Diabetologie)	1	1	1	BP					Ernährungs- und Diabetesberatung
	Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie	(Gastroenterologie)	2	2	1	BP		VIS1	TUB		
		GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	Gastroenterologie	2	2	2	BP			TUB		
	Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie)	2	2	1	BP	GAE1		TUB		
		VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM*)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.2	TUB	10	
		VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM*)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.1	TUB	10	
		VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM*)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	3	BP			TUB	10	
		VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	1	BP		END1			SMOB Zertifizierung Primärzentrum
		VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM*)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	BP					SMOB Zertifizierung Referenzzentrum
		VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM*)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie	2	2	2	BP			TUB	10	
	Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	Hämatologie oder Medizinische Onkologie oder Innere Medizin	1	1	2	BP	ONK1		TUB		
		HAE1.1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	Hämatologie oder Medizinische Onkologie	1	1	2	BP	ONK1		TUB	10	
		HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	Hämatologie oder Medizinische Onkologie oder Innere Medizin	1	1	1	BP	ONK1		TUB		
		HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	Hämatologie oder Medizinische Onkologie oder Innere Medizin	1	1	1	BP			TUB		
		HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	(Medizinische Onkologie) oder (Hämatologie)	2	2	2	BP				10	JACIE Akkreditierung
		HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM*)	Hämatologie oder Medizinische Onkologie	2	2	3	BP					

				leistungsgruppenspezifische Anforderungen									
Hauptbereiche	Leistungs-bereiche	Leistungsgruppen		FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfall	Intensivs tation	Basispaket	Verknüpfung		Tumorboard	Mindest-fallzahlen	Sonstige Anforderungen
		Kürzel	Bezeichnung						nur Inhouse	Inhouse oder in Kooperation			
	Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie) oder (Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie)	2	2	1	BP	ANG1 + RAD1			10	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		ANG1	Interventionen an den peripheren Gefässe (arteriell)	(Angiologie) oder (Radiologie) oder (Kardiologie)	2	2	1	BP	RAD1	GEF1			Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie	3	3	2	BP	ANG2 + RAD1	HER1.1		10 (20 mit ANG2)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		ANG2	Interventionen an den intraabdominalen Gefässe	Angiologie oder Radiologie oder Kardiologie	3	3	2	BP	GEF2 + RAD1	HER1.1		10 (20 mit GEF2)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		GEF3	Gefässchirurgie Carotis	(Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie) oder (Herz- und thorakale Gefässchirurgie inkl. Schwerpunkte - Gefässchirurgie) oder (Neurochirurgie)	2	2	2	BP	NEU1 + RAD1	HER1.1 + ANG3		10 (20 mit ANG3)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		ANG3	Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	(Angiologie) oder (Radiologie) oder (Kardiologie)	2	2	2	BP	NEU1 + GEF3 + RAD1	HER1.1		10 (20 mit GEF3)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	Neurochirurgie	3	3	2	BP	NEU3.1 + ANG4 + NCH1.1 + NEU1 + RAD1	HER1.1		10 (20 mit ANG4)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	Radiologie inkl. Schwerpunkte - Invasive Neuroradiologie	3	3	2	BP	NEU3.1 + GEF4 + NEU1 + RAD1			10 (20 mit GEF4)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
		RAD1	Interventionelle Radiologie	Radiologie	2	2	1	BP					
	Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP	HER1.1				
		HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP	KAR1.1 + KAR1.1.1				
		HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP				100	
		HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	Herz- und thorakale Gefässchirurgie oder Kardiologie	3	3	3	BP				10	
		HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP					
		HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP					
		HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	3	3	3	BP					
		KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	Herz- und thorakale Gefässchirurgie und Kardiologie und Innere Medizin	2	2	2	BP		KAR1.1 + KAR1.1.1			
		KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	Kardiologie	3	3	2	BP		HER1.1			
		KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	Kardiologie	3	3	3	BP	HER1.1			10	
		KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)	Kardiologie	2	2	2	BP		HER1.1			
		KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	Kardiologie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie	2	2	2	BP		HER1.1			Einhalten der Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie. Führen eines Aktivitätsregisters. Spezifisches Zusammenarbeitskonzept mit HER1.1. Sicherstellung einer 24-Stunden Patientenbetreuung.
	Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	(Nephrologie) oder Intensivmedizin	2	2	2	BP		VIS1 + GEF1 + ANG1 + RAD1			Ambulante Dialyse/Peritonealdialyse
	Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	(Urologie)	2		1	BPE oder BP			TUB		
		URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP					
		URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP			TUB	10	
		URO1.1.2	Radikale Zystektomie	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		2	BPE oder BP			TUB	10	
		URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		2	BPE oder BP			TUB	10	
		URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie)	2		2	BPE oder BP		END1			
		URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP					
		URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP					
		URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP					
		URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	(Urologie inkl. Schwerpunkt operative Urologie)	2		1	BPE oder BP	RAD1				
	Pneumologie	PNE1	Pneumologie	(Pneumologie)	1	1	1	BP		THO1.1	TUB		Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzeitigen mechanischen Beatmung
		PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	Pneumologie	1	1	1	BP					
		PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	Pneumologie	2	2	2	BP	TPL2				
		PNE1.3	Cystische Fibrose	Pneumologie	2	2	2	BP	THO1 + END1 + HNO1.2 + GAE1	TPL2			CF Zentrum mit multidisziplinärem auf CF spezialisiertem Fachpersonal wie CF-Spezialisten als ärztl. Leiter, Physiotherapie, Ernährungsberatung etc.
		PNE2	Polysomnographie	Fähigkeitsausweis Schlafmedizin mit Facharzt Pneumologie oder Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie			1						Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC
	Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	2	BP	PNE1				
		THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	3	BP			TUB	30	
		THO1.2	Mediastinaleingriffe	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Thoraxchirurgie	2	2	3	BP					

				leistungsgruppenspezifische Anforderungen									
Hauptbereiche	Leistungs-bereiche	Leistungsgruppen		FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfall	Intensivs tation	Basispaket	Verknüpfung		Tumorboard	Mindest-fallzahlen	Sonstige Anforderungen
		Kürzel	Bezeichnung						nur Inhouse	Inhouse oder in Kooperation			
	Transplantation Solider Organe	TPL1	Herztransplantation (IVHSM*)		3	3	3	BP					
		TPL2	Lungentransplantation (IVHSM*)		3	3	3	BP					
		TPL3	Lebertransplantation (IVHSM*)		3	3	3	BP					
		TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM*)		3	3	3	BP					
		TPL5	Nierentransplantation (IVHSM*)		3	3	3	BP					
		TPL6	Darmtransplantation		3	3	3	BP					
		TPL7	Milztransplantation		3	3	3	BP					
Bewegungs-apparat	Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP					
		BEW2	Orthopädie	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	2		1	BPE oder BP					
		BEW3	Handchirurgie	(Handchirurgie)	2		1	BPE oder BP					Handchirurgisches Spezialambulatorium
		BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3				
		BEW5	Arthroskopie des Knies	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2				
		BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie) oder (Handchirurgie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3				
		BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2				
		BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Neurochirurgie) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder NCH2 oder NCH3	RHE1 und NCH2			
		BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) oder (Neurochirurgie) oder (Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder NCH2 oder NCH3			10	
		BEW9	Tumore am Bewegungsapparat	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder NCH2 oder NCH3		TUB	10	
		BEW10	Plexuschirurgie	(Handchirurgie) oder (Neurochirurgie)	2		1	BPE oder BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 oder NCH3			10	Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
		BEW11	Replantationen	Handchirurgie	3	3	2	BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 und NCH3				Handchirurgisches Spezialambulatorium, Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
	Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie	(Rheumatologie) oder (Physikalische Medizin und Rehabilitation)	1		1	BPE oder BP		NEU1 + BEW8			
		RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie	Rheumatologie oder Physikalische Medizin und Rehabilitation	2	2	2	BP	DER1 + NEU1 + GAE1 + ANG1+ KAR1+ PNE1 + BEW2				
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	2		1	BPE oder BP					
		GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien der Vulva und Vagina)	2		2	BPE oder BP		VIS1	TUB		
		GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien der Cervix uteri)	2		2	BPE oder BP		VIS1	TUB		
		GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit Nachweis von 50 Lymphadenektomien bei pelvinen Neoplasien)	2		1	BPE oder BP		VIS1	TUB		
		GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars	(Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - gynäkologische Onkologie oder Gynäkologie und Geburtshilfe mit äquivalenten Operationszahlen Neoplasien des Ovars)	2		2	BPE oder BP		VIS1	TUB		
		GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	(Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma)	2		1	BPE oder BP			TUB		
		PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Gynäkologie und Geburtshilfe	2		2	BP	GYN1				gynäkologische Endokrinologie/Psychiatrische Betreuung
	Geburtshilfe (provisorisch)	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)							GEB1 + NEO1			Qualitätsanforderungen an Geburtshäuser
		GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	4	4	1	BP	NEO1	NEO1.1			Bei pränataler Hospitalisation Rücksprache mit NEO1.1
		GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	Gynäkologie und Geburtshilfe	4	4	2	BP	NEO1.1	GEB1.1.1		1500	*bettrift Summe GEB1 + GEB1.1
		GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe	Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Schwerpunkte - Geburtshilfe und feto-maternale Medizin	4	4	2	BP	NEO1.1.1				
	Neugeborene (provisorisch)	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)	(Gynäkologie und Geburtshilfe) oder (Kinder- und Jugendmedizin)	2			BP	GEB1				Weitere Anforderungen gem. Level I der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
		NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	Kinder- und Jugendmedizin inkl. Schwerpunkte - Neonatologie	4		1	BP	GEB1.1	NEO1.1.1.1			Weitere Anforderungen gem. Level IIB der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
		NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)	Kinder- und Jugendmedizin inkl. Schwerpunkte - Neonatologie	4		2	BP	GEB1.1.1	NEO1.1.1.1			Weitere Anforderungen gem. Level III der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
		NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)	Kinder- und Jugendmedizin inkl. Schwerpunkte - Neonatologie	4		2	BP	GEB1.1.1				Weitere Anforderungen gem. Level III der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
Übrige	(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie	(Medizinische Onkologie) oder (Innere Medizin)	2	2	1	BP		RAO1 + NUK1	TUB		
		RAO1	Radio-Onkologie	Radio-Onkologie / Strahlentherapie	2	2	2	BP	ONK1		TUB		
		NUK1	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin			1	BP		END1	TUB		BAG Strahlenschutzbedingungen

				leistungsgruppenspezifische Anforderungen									
Hauptbereiche	Leistungs-bereiche	Leistungsgruppen		FMH Facharzt / Schwerpunkt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfall	Intensivs tation	Basispaket	Verknüpfung		Tumorboard	Mindest-fallzahlen	Sonstige Anforderungen
		Kürzel	Bezeichnung						nur Inhouse	Inhouse oder in Kooperation			
	Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie oder Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Viszeralchirurgie oder Handchirurgie oder Intensivmedizin oder Innere Medizin	2	3	2	BP	VIS1 + BEW1	NEU1 + THO1			
		UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	Chirurgie inkl. Schwerpunkte - Allgemeinchirurgie und Traumatologie oder Neurochirurgie	3	3	3	BP	BEW1 + NCH1				
		UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM*)		3	3	3	BP					
Querschnitts-bereiche	Pädiatrie	KINM	Kindermedizin	Kinder- und Jugendmedizin	2	2	2	BP					Kinderklinik
	Kinderchirurgie	KINC	Kinderchirurgie	Kinderchirurgie	2	2	2	BPE oder BP					Kinderklinik / Kinderanästhesie
	Basis-Kinderchirurgie	KINB	Basis-Kinderchirurgie		2	2	1	BPE oder BP					Kinderanästhesie (bei Kindern unter 6 Jahren), postoperativ während 24h innerhalb 30min einsatzbereit, entsprechender Leistungsauftrag (Leistungsgruppe) der Erwachsenenmedizin
	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	Allgemeinmedizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie oder Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie	1		1						Facharzt Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie 5% Anstellung pro Bett (gültig ab 1.01.2018)

2. Anforderungen für die Intensivstation Level 1

Eine Überwachungsstation (gemäss IS Level 1) ist erforderlich für:

> die post-operative Überwachung von Patientinnen und Patienten (primär elektive Eingriffe)

> die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfallstation (BP)

> die Übernahme von Patientinnen und Patienten von einer Bettenstation

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb möglich sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten Verträge mit umliegenden Spitälern, die über eine Intensivstation Level 2 verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA I–II bzw. stabile ASA III Patientinnen und Patienten (keine Risikopatientinnen und -patienten).
4. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

Fachpersonal:

5. Der Anästhesistin/dem Anästhesisten obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Patientensicherheit für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten und der Infrastruktur des Spitals.
6. Die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung (zwei Jahre Anästhesie oder sechs Monate Intensivstation) im Haus und innerhalb von fünf Minuten zur Intervention verfügbar ist.
7. Ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation bzw. der Operateur), der die Patientin oder den Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss ≤ 1 Stunde möglich sein.
8. Die Pflegenden verfügen über ein Jahr Erfahrung im Aufwachraum oder in Intensiv- oder Anästhesie- oder Notfallpflege.

Das Spital erfüllt in Anlehnung an die IMC-Richtlinien folgende Anforderungen:

9. Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr verfügbar.

10. Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Bluttransfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr verfügbar.
11. EKG, invasive BD- und ZVD-Messung, Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl vorhanden;
12. EKG mit 12-Ableitung, ein Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind vorhanden.
13. Es wird sichergestellt, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentraler Katheter, Thoraxdrainage usw.) jederzeit durchgeführt werden können.
14. Monitoring (gemäss SGAR-Standards) ist gewährleistet.
15. Zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patientinnen und Patienten (bei > 4 Plätzen z. B. Monitor).
16. Mindestens zwei feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett), bei Bedarf weitere mobil pro Bett.
17. Mindestens zwei mobile Vakuumanschlüsse.
18. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

3. Übersicht über die für die Akutsomatik eingereichten Angebote

Hauptbereiche	Leistungsgrupen Kürzel	Bezeichnung	HFR	Daler	Clinique générale	HIB	Petit Prince	HNE	CHUV	Inselspital	HUG	Bethesda Tschugg
Basispaket	BP	Basispaket	■	■		■		■			■	
Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket Elektiv			■							
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 Schädelbasischirurgie)	■						■	■		
	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	■	■	■	■		■			■	
	KIE1	Kieferchirurgie										
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie	■							■	■	
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	■						■	■	■	
	NCH2	Spinale Neurochirurgie	■		■			■	■	■		
	NCH3	Periphere Neurochirurgie	■					■	■	■		
Neurologie	NEU1	Neurologie	■			■		■		■	■	
	NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems	■			■				■	■	
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems	■			■				■	■	
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	■			■		■		■	■	
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM*)							■	■	■	
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)								■	■	■
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung (provisorisch)	■							■	■	■
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	■			■				■		
	AUG1.1	Strabologie	■							■		
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränerwege	■							■		
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	■							■		
	AUG1.4	Katarakt	■							■		
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme	■									
Endokrinologie	END1	Endokrinologie	■	■		■		■			■	
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie	■	■	■	■		■			■	
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie	■	■		■		■			■	
Visceralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie	■	■	■	■		■			■	
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM*)							■	■	■	
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM*)							■	■		
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM*)	■									
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	■	■		■		■				
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM*)	■	■		■						
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM*)	■					■				
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	■								■	
	HAE1.1	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 an den peripheren Gefässe (arteriell)	■	■								
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	■					■				
	ANG2	Interventionen an den intraabdominalen Gefässe	■									
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis	■					■				
	ANG3	Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	■						■	■		
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)							■	■	■	
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	■						■	■		
	RAD1	Interventionelle Radiologie	■	■	■	■		■	■	■	■	
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie	■						■	■		
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	■						■	■	■	
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	■						■	■		
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie							■	■		
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	■						■	■		
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	■						■	■		
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	■						■	■		
	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 Adrenalektomie	■	■					■	■	■	
	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	■					■	■	■	■	
	PNE2	Polysomnographie	■			■			■	■		
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie	■			■		■	■	■	■	
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	■						■	■		
	THO1.2	Mediastinaleingriffe	■						■	■		
Transplantation Solider Organe	TPL1	Herztransplantation (IVHSM*)							■	■		
	TPL2	Lungentransplantation (IVHSM*)								■		
	TPL3	Lebertransplantation (IVHSM*)								■	■	
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM*)								■	■	
	TPL5	Nierentransplantation (IVHSM*)							■	■	■	
	TPL6	Darmtransplantation								■		
	TPL7	Milztransplantation								■		
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	Tumore am Bewegungsapparat	■		■				■	■	■	
	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	■						■			
Geburthilfe	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 GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)	■	■		■		■				
	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	■					■				
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)									■	
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)							■	■		
(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	■			■		■				

4. Zuteilung der verschiedenen Leistungsgruppen

Hauptbereiche	Leistungsgruppen		Mindestfallzahl	HFR	Daler	Clinique générale	HIB	Petit Prince	HNE	Klinik Bethesda	CHUV	Inselspital	HUG	Bedarf 2020
	Kürzel	Bezeichnung												
Basispaket	BP	Basispaket		10'000	1'450		1'570							13'404
Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket elektiv				400								x
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)		40	10		5							58
	DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	20	10									60
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen		5										2
	DER2	Wundpatienten		45		10	10							39
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)		230	40	100	16							377
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie		55	20	20	8							83
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)		5										13
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen		80	20	50	20							157
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)		5										12
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)		25		10								35
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung												2
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM*)												2
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie		50	90		8							127
	KIE1	Kieferchirurgie		30	15									24
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie		50										149
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie		10										11
	NCH2	Spinale Neurochirurgie		x		20			150					0
	NCH3	Periphere Neurochirurgie		x		20			150					0
Neurologie	NEU1	Neurologie		170			17							184
	NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems		50			1							47
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems		35										33
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen		550			52							599
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM*)												x
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	10										x
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10	10										x
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie		10										15
	AUG1.1	Strabologie		x										x
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege		x										x
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie		x										x
	AUG1.4	Katarakt		70										80
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme		15										16
Endokrinologie	END1	Endokrinologie		100	15		7							84
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie		610	40		35							679
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie		160			13							168
Visceralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie		230	70		26							312
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM*)	10	15										18
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM*)	10											20
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM*)	10	10										9
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie		60	120		26							51
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM*)		20										x
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM*)	10	30										30

Hauptbereiche	Leistungsgruppen		Mindestfallzahl	HFR	Daler	Clinique générale	HIB	Petit Prince	HNE	Klinik Bethesda	CHUV	Inselspital	HUG	Bedarf 2020
	Kürzel	Bezeichnung												
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien		40										35
	HAE1.1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10	10										7
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien		160			15							174
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome		50			3							52
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10											18
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM*)												2
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	140										134
	ANG1	Interventionen an den peripheren Gefässe (arteriell)		55	40									36
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10 (20 avec ANG2)	70										67
	ANG2	Interventionen an den intraabdominalen Gefässe	10 (20 avec GEF2)	20										18
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10 (20 avec ANG3)	60										57
	ANG3	Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	10 (20 avec GEF3)	10										17
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10 (20 avec ANG4)											12
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10 (20 avec GEF4)											8
	RAD1	Interventionelle Radiologie		15			32							20
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie		15										9
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)		120										125
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100	100										139
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10											x
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta		10										x
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe		30										x
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe		20										x
	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)		140			15							150
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)		750										747
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10	30										34
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)		80										91
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)		150			15							152
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)		62			21							51
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'		500	700	55	63							1'036
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'		100	240		3							134
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	35	80									114
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10	30	12									24
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	10	30	25									35
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie		10										4
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang		5	5		5							4
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra		5	5									4
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters		5	2		1							2
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial		5	6									5
Pneumologie	PNE1	Pneumologie		550			32							566
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie		15			1							16
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation												20
	PNE1.3	Cystische Fibrose		25										27
	PNE2	Polysomnographie		60										40
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie		35										34
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	30	30										28
	THO1.2	Mediastinaleingriffe		15										6

Hauptbereiche	Leistungsgruppen		Mindestfallzahl	HFR	Daler	Clinique générale	HIB	Petit Prince	HNE	Klinik Bethesda	CHUV	Inselspital	HUG	Bedarf 2020
	Kürzel	Bezeichnung												
Transplantation solider Organe	TPL1	Herztransplantation (IVHSM*)												x
	TPL2	Lungentransplantation (IVHSM*)												x
	TPL3	Lebertransplantation (IVHSM*)												x
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM*)												x
	TPL5	Nierentransplantation (IVHSM*)												x
	TPL6	Darmtransplantation												x
	TPL7	Milztransplantation												x
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat		600	30	330	75							866
	BEW2	Orthopädie		200		150	25		200					403
	BEW3	Handchirurgie		115	30	90								94
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens		50		60	5							66
	BEW5	Arthroskopie des Knies		200	30	600	35							630
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität		150		150	10							280
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität		800		700	76							1'377
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie		400		250								546
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10	37		10								30
	BEW9	Tumore am Bewegungsapparat	10											7
	BEW10	Plexuschirurgie	10											6
	BEW11	Replantationen												2
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie		150		45	13							171
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie		10										16
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie		500	550	200	42							1'020
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina		5										4
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix		x					20					x
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri		30	15	1	4							48
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars		15			5							16
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma		100	130	110	27							318
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität		x										x
Geburthilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)						150						x
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)		1'800	1'500		396							3'380
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	1500	50										41
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe												11
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)		2'000	1'500		340							2'781
	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)		79										65
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)												14
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)												x
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie		120	15		15							146
	RAO1	Radio-Onkologie		120										83
	NUK1	Nuklearmedizin		50										7
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)		30			2							6
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)		15										5
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM*)												4
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin												
	KINC	Kinderchirurgie												
	KINB	Basis-Kinderchirurgie												
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum												
		Krisenstation												

5. Literaturverzeichnis

Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015, Freiburg, 2014,
http://www.fr.ch/ssp/de/pub/spitaeler/spitalplanung.htm

Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 7. Juni 2012 (C-325/2010), Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) gegen den Regierungsrat des Kantons Bern.

Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Generalsekretariat, Zürcher Spitalplanung 2012 – Strukturbericht, Zürich, 2011.

Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Behörden & Politik, Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen.html

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Spitex Verband Schweiz, Forum stationäre Altersarbeit Schweiz: Finanzierung der Pflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer. Bern / Zürich, 2004, S. 18.

Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf, Bern, 2009.

Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Instrumente zur Umsetzung der Spitalplanung 2012, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_20110215_d.pdf, Bern, 2011.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung». Bern, 2008.

Planification de la santé mentale et de la psychiatrie du canton du Valais 2010-2015, Eric Bonvin, Wallis, 2010.

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut, S. 8.

WHO: *Disability prevention and rehabilitation*. Technical Report Series 668. Genf. 1981.

6. Glossar und Verzeichnisse

6.1 Glossar und Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BP	Basispaket
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CIM / ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD)	Berechnet sich aus der Anzahl Pflegetagen geteilt durch die entsprechende Anzahl Spitalaufenthalte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesA	Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg
Hospitalisierungsrate	Sie entspricht der Anzahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region.
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (*Organisation for Economic Cooperation and Development*)
Perzentil	Durch Perzentile (lateinisch «Hundertstelwerte»), auch Prozentränge genannt, wird die Verteilung in 100 umfangsgleiche Teile zerlegt. Perzentile teilen die Verteilung also in 1-%-Segmente auf. Das 50. Perzentil entspricht dem Median.
Spitalaufenthalte	Anzahl stationär behandelter Fälle für eine bestimmte Leistung
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppen Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen beruht auf dem Schweizerischen Operationskatalog (CHOP) und dem internationalen Diagnoseverzeichnis (ICD).
SPLG-Grouper	Der SPLG-Grouper ist ein Algorithmus, der die Daten zu den Spitalaufenthalten eines bestimmten Jahres verarbeitet und sie einer Leistungsgruppe zuteilt.
ST Reha	Tarifprojekt für die stationäre Rehabilitation
SwissDRG	SwissDRG (*Swiss Diagnosis Related Groups*) ist das neue Tarifabrechnungssystem der Spitalleistungen in der Akutsomatik nach der letzten KVG-Revision. Es regelt die Entschädigung der Spitalleistungen gestützt auf Fallpauschalen einheitlich. Im Fallpauschalensystem der SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt in eine Pathologiegruppe eingeordnet und

	gestützt auf definierte Kriterien (wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlungen und andere Kriterien) pauschal vergütet.
TARMED	Tarif Medizin; der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen im Spital und in der Arztpraxis.
TARPSY	Nationales Projekt für ein einheitliches Tarifsystem für die stationäre Psychiatrie
Wanderungssaldo	Differenz zwischen der Zuwanderung in eine bestimmte geografische Region und der Abwanderung aus dieser geografischen Region innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls, normalerweise einem Kalenderjahr
WHO	Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organisation*)

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungsgruppen der Akutsomatik 12
Tabelle 2: Definition der Facharzt-Verfügbarkeit 25
Tabelle 3: Anforderungen an Notfallstationen 26
Tabelle 4: Anforderungen an Intensivstationen 27
Tabelle 5: Beurteilung der zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit eingereichten Unterlagen für jede freiburgische Einrichtung 35
Tabelle 6: Angebote des HFR mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen 38
Tabelle 7: Angebote des Daler-Spitals mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen 39
Tabelle 8: Angebote der *Clinique générale* mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen 39
Tabelle 9: Angebote des HIB mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen 40
Tabelle 10: Angebote des *hôpital neuchâtelois* mit erfüllten oder nichterfüllten Anforderungen und Erklärungen 41
Tabelle 11: Leistungsgruppen der Rehabilitation 51
Tabelle 12: Angebote der verschiedenen Einrichtungen für die Rehabilitation 55
Tabelle 13: Prognostizierte Progression der Kosten in % zwischen 2010 und 2018 58
Tabelle 14: Zuteilung der Leistungsgruppen in der Rehabilitation 59
Tabelle 15: Leistungsgruppen in der Psychiatrie 60
Tabelle 16: Angebote der verschiedenen Einrichtungen für die Psychiatrie 64
Tabelle 17: Beurteilung des vom FNPG zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit eingereichten Unterlagen 66
Tabelle 18: Zuteilung der Leistungsgruppen in der Psychiatrie 67

6.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitplanung der Spitalplanung 7
Abbildung 2: Faktoren, die die Bedarfsentwicklung beeinflussen 16
Abbildung 3: Bevölkerung FR 1981 - 2020 / Beobachtungen und Prognosen 17
Abbildung 4: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten im Basispaket der Akutsomatik 2010 und 2020 20
Abbildung 5: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten für spezialisierte Leistungen 2010 und 2020 20
Abbildung 6: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation 2010 und 2020 53
Abbildung 7: Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie 2010 und 2020 62