

Glarner Spitalplanung 2026

Versorgungsbericht und Prognose 2035

Impressum

Herausgeber

Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
Rathaus
8750 Glarus

Verfasser

Dr. med. Michael Vetter, spitalplanung.swiss AG
Hauptabteilung Gesundheit, Kanton Glarus

Datenaufbereitung

Markus Näpflin, spitalplanung.swiss AG

Lektorat

Hauptabteilung Gesundheit, Kanton Glarus
Michael Schüepp, Kanton Glarus

Redaktioneller Hinweis

Der Austritt einer Patientin oder eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als Fall und teilweise als Patient/Patientin / Behandlung bezeichnet. Die Bezeichnung Patient/Patientin ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patientinnen und Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit ein/e Patient/Patientin mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden Patienten, Patientinnen und Fälle als Synonyme verwendet, gemeint ist aber immer die Anzahl Spitalaustritte, also die Anzahl Fälle.

Glarus, April 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	7
1.1. Inhalte und Ziele des Berichts.....	7
1.2. Aktueller Stand der stationären Spitalversorgung	7
1.3. Bedarfsentwicklung bis 2035	7
2. Ausgangslage	9
2.1. Entwicklung der stationären Spitalversorgung	9
3. Grundlagen und Erläuterungen zur Bedarfsprognose 2035	10
3.1. Methodik der Bedarfsprognose.....	10
3.1.1. Prognosemodell	10
3.1.2. Prognoserechnung und Einflussfaktoren.....	10
3.1.3. Einfluss der Coronavirus-Pandemie	11
3.2. Daten.....	11
3.2.1. Einwohnerstatistik Kanton Glarus 2022.....	11
3.2.2. Einwohnerprognose Kanton Glarus 2035.....	12
3.2.3. Entwicklung der Bevölkerung Kanton Glarus von 2022 bis 2035.....	12
4. Akutsomatik	14
4.1. Leistungsbereiche und Struktur	14
4.2. Versorgungslage 2022.....	15
4.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern.....	15
4.2.2. Analyse der Behandlungen	15
4.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle	18
4.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer	21
4.3. Entwicklung seit 2012	23
4.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung	24
4.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt.....	24
4.4.2. Angleichung an den Schweizer Durchschnitt und Verkürzung MAHD	25
4.4.3. Demografie	25
4.4.4. Medizintechnische Entwicklung.....	26
4.4.5. Epidemiologische Entwicklung	27
4.4.6. Einflussfaktor Ökonomie	28
4.4.7. Einfluss von Ambulant vor Stationär.....	28
4.5. Prognose akutsomatischer stationärer Bedarf 2035	29

4.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035	29
4.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen	30
4.5.3. Prognose nach Altersgruppen	32
4.6. Fazit Akutsomatik	32
5. Rehabilitation	34
5.1. Leistungsbereiche und Struktur	34
5.2. Versorgungslage 2022.....	35
5.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern.....	35
5.2.2. Analyse der Behandlungen	36
5.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle	37
5.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer	39
5.3. Entwicklung seit 2012	41
5.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung	41
5.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt.....	41
5.4.2. Angleichung MAHD an den Schweizer Durchschnitt	41
5.4.3. Demografie	42
5.4.4. Medizintechnische Entwicklung.....	42
5.4.5. Epidemiologische Entwicklung	43
5.4.6. Entwicklung geriatrische Rehabilitation	43
5.4.7. Ambulantisierung	43
5.4.8. Reduktion MAHD durch ST-Reha	43
5.5. Prognose stationärer Rehabilitationsbedarf 2035	44
5.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035	44
5.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen	44
5.5.3. Prognose nach Altersgruppen	45
5.6. Fazit Rehabilitation	45
6. Psychiatrie.....	47
6.1. Leistungsbereiche und Struktur	47
6.2. Versorgungslage 2022.....	48
6.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern.....	48
6.2.2. Analyse der Behandlungen	49
6.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle	52
6.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer	54
6.3. Entwicklung seit 2012	55
6.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung	56

6.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt.....	56
6.4.2. Angleichung MAHD an den Schweizer Durchschnitt	56
6.4.3. Demografie	56
6.4.4. Medizintechnische Entwicklung.....	57
6.4.5. Epidemiologische Entwicklung	57
6.4.6. Ambulantisierung	57
6.4.7. Steigende Inanspruchnahme	57
6.5. Prognose psychiatrischer stationärer Bedarf 2035.....	58
6.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035	58
6.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen	59
6.5.3. Prognose nach Altersgruppen.....	60
6.6. Fazit Psychiatrie	61
7. Anhang	62
7.1. Details Akutsomatik	62
7.1.1. Leistungsgruppen	62
7.1.2. Fallzahlen und Korrekturen	64
7.1.3. Angleichung Hospitalisationsraten	66
7.1.4. Angleichung Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)	67
7.1.5. Prognose Geburten und Neugeborene	67
7.1.6. Ambulant vor Stationär.....	68
7.1.7. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren	69
7.1.8. Detailanalysen	69
7.2. Details Rehabilitation	71
7.2.1. Fallzuteilung RehaLG23.....	71
7.2.2. Fallzahlen und Korrekturen	71
7.2.3. Angleichung Hospitalisationsraten	72
7.2.4. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)	73
7.2.5. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren	74
7.3. Details Psychiatrie	74
7.3.1. Fallzuteilung PsyLG23	74
7.3.2. Fallzahlen und Korrekturen	74
7.3.3. Angleichung Hospitalisationsraten	76
7.3.4. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)	77
7.3.5. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren	77
7.4. A-B-C-Fälle und Pflgetage	77

7.5. Glossar	78
7.6. Spitalkurzzeichen der aufgeführten Spitäler.....	79
7.7. Fallzahlen 2022 pro Leistungsgruppe und Spital	81

1. Zusammenfassung

1.1. Inhalte und Ziele des Berichts

Dieser Bericht prognostiziert den Bedarf der Bevölkerung des Kantons Glarus an stationärer Spitalversorgung bis ins Jahr 2035, ausgehend vom Ist-Zustand im Jahr 2022. Die Voraussetzungen basieren auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) über die Entwicklung der Bevölkerungszahl und der Altersverteilung. Sie berücksichtigen zudem die medizinische und epidemiologische Entwicklung sowie die regulatorischen Rahmenbedingungen. Die Prognoseberechnung basiert auf der Zürcher Methodik. Diese bildet die Grundlage für die Spitalplanung in diversen Schweizer Kantonen.

Der Planungsbericht und die Prognose 2035 zeigen das Mengengerüst für die Erneuerung der Spitalliste des Kantons Glarus. Basierend auf den hier entwickelten Bedarfsprognosen wird der Kanton die Leistungsaufträge für die stationären Spitalleistungen neu ausschreiben. Dies gilt für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie. Ziel dieses Berichts ist es, die notwendige stationäre medizinische Versorgung bis 2035 möglichst bedarfsgerecht vor auszuplanen, sodass weder eine Über- noch eine Unterversorgung entsteht.

1.2. Aktueller Stand der stationären Spitalversorgung

Im Jahr 2022 hatten die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus 7'049 stationäre Spitalbehandlungen in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Verteilung auf die Bereiche und die einzelnen innerkantonalen Spitäler ist in Tabelle 1 aufgeschlüsselt.

Tabelle 1. Stationäre Spitalbehandlungen (Fälle) der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus im Jahr 2022 in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

	KSGL		ZzC Glarus		ZzC Braunwald		Ausserkantonal		
	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	
Akutsomatik	6 313	4 143	66%	0	0	0	2 170	34%	
Reha	355	0	0	116	33%	0	239	67%	
Psychiatrie	381	133	35%	0	0	15	233	61%	
Total	7 049	4 276	61%	116	2%	15	0%	2 642	37%

Rund zwei Drittel der stationären Behandlungen der Glarner Bevölkerung im Fachbereich Akutsomatik erfolgten innerkantonal im Kantonsspital Glarus (KSGL). In den Fachbereichen Rehabilitation und Psychiatrie wurden hingegen rund zwei Drittel der stationären Fälle in ausserkantonalen Spitälern behandelt. Das KSGL bietet als Grundversorgungsspital in der Akutsomatik ein breites Behandlungsspektrum. In der Akutsomatik wurden in den ausserkantonalen Spitälern denn auch mehrheitlich spezialisierte Behandlungen durchgeführt. In der Rehabilitation umfasst das Behandlungsspektrum der ZURZACH Care Rehaklinik Glarus (ZzC Glarus) nicht alle Gebiete, was sich in einem höheren Anteil an ausserkantonalen Behandlungen widerspiegelt. Dasselbe gilt für die Psychiatrie im KSGL sowie in der ZURZACH Care Rehaklinik Braunwald (ZzC Braunwald). Im Herbst 2023 wurde die ZzC Glarus geschlossen, sodass künftig die gesamte stationäre Versorgung im Bereich Rehabilitation mit Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler sichergestellt werden muss.

1.3. Bedarfsentwicklung bis 2035

Die gemäss Prognose des BFS erwartete Zunahme der Bevölkerung von 41'417 im Jahr 2022 um insgesamt 4 Prozent auf 43'300 im Jahr 2035 und die anhaltende Verschiebung zu

den älteren Altersgruppen prägt die Bedarfsprognose für 2035. Die Altersgruppe 60–79-Jährige soll um 11 Prozent und die Altersgruppe 80+ um 42 Prozent zunehmen. Die Tabelle 2 zeigt die Daten des BFS für den Kanton Glarus.

Tabelle 2. Einwohnerstatistik des Jahres 2022 und Bevölkerungsprognose des BFS für das Jahr 2035 für den Kanton Glarus nach Altersgruppen und Geschlecht

	Frauen			Männer			Total		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
0-15	3 152	2 979	-5% ▼	3 263	3 157	-3% ▼	6 415	6 136	-4% ▼
16-39	5 585	4 993	-11% ▼	6 261	5 873	-6% ▼	11 846	10 866	-8% ▼
40-59	5 578	5 955	7% ▲	5 895	6 530	11% ▲	11 473	12 485	9% ▲
60-79	4 716	5 367	14% ▲	4 616	5 035	9% ▲	9 332	10 402	11% ▲
80+	1 465	1 898	30% ▲	940	1 513	61% ▲	2 405	3 411	42% ▲
Total	20 496	21 192	3% ▲	20 975	22 108	5% ▲	41 471	43 300	4% ▲

Tabelle 3. Übersicht Prognosedaten 2035 der Glarner Bevölkerung aufgeteilt nach Fallzahlen, Mittlere Aufenthaltsdauer und Pflgetage in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflgetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
Akutsomatik	6 313	6 755	7% ▲	5.3	4.6	-13% ▼	33 317	31 153	-6% ▼
Reha	355	419	18% ▲	23.2	23.0	-1% =	8 252	9 654	17% ▲
Psychiatrie	381	384	1% =	37.2	34.7	-7% ▼	14 535	13 342	-8% ▼
Total	7 049	7 558	7% ▲	7.9	7.2	-9% ▼	56 104	54 149	-3% ▼

Die Bedarfsprognose in der Akutsomatik zeigt, dass die Fallzahlen im Hauptszenario durch die demografische Entwicklung um 7 Prozent zunehmen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund 0.5 Prozent. Die Fallzahlen der akutsomatischen stationären Fälle steigen damit von 6'313 auf 6'755 Fälle pro Jahr. Dem steht die prognostizierte Verkürzung der Mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) um -13 Prozent von 5.3 auf 4.6 Tage gegenüber. Die Verkürzung der MAHD um rund -1 Prozent pro Jahr kompensiert die Fallzunahme, und der Bedarf an Pflgetagen nimmt insgesamt um 6 Prozent von 33'317 auf 31'153 ab. Die Prognose wird wesentlich durch die genannten Faktoren geprägt. Die Annahmen zur Verlagerung in den ambulanten Bereich haben einen zusätzlichen, aber deutlich kleineren Effekt auf die Fallzahlen. Die Effekte der Entwicklung der Medizintechnik und Epidemiologie auf die Prognose der Anzahl Pflgetage sind dagegen praktisch vernachlässigbar.

In der Rehabilitation ist wie in der Akutsomatik der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung prägend für die Entwicklung. Die Hospitalisationsrate steigt mit zunehmendem Alter. Insgesamt werden die Fallzahlen um 18 Prozent steigen – jedoch vor allem in Leistungsbe-reichen mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten. Im Hauptszenario wird ein Rückgang der MAHD um 1 Prozent auf 23.0 Tage prognostiziert. In der Summe resultiert eine Erhöhung der Zahl der Pflgetage um 17 Prozent auf 9'654 Tage. Die Begriffe Hospitalisationsrate und MAHD sind im Kapitel 3.1. erläutert.

Die Bedarfsprognose für die Psychiatrie wird ebenfalls durch die Entwicklung in der Demografie getrieben. Da die ältere Bevölkerung weniger häufig psychiatrisch hospitalisiert wird, steigt die Zahl der stationären Fälle im Hauptszenario im Vergleich zu den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation nur leicht, nämlich um 1 Prozent auf 384 Fälle. Insgesamt sinkt die MAHD um 7 Prozent auf 34.7 Tage und die Pflgetage nehmen um 8 Prozent auf 13'342

Tage ab. Einen Einfluss dürfte daneben auch das Projekt «Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Kanton Glarus» haben. Dieses strebt eine bessere Koordination und eine Stärkung der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgung an.

2. Ausgangslage

2.1. Entwicklung der stationären Spitalversorgung

Im Jahr 2012 hatte der Kanton Glarus rund 39'500 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Bevölkerungszahl stieg bis zum Jahr 2022 auf rund 41'500 an. Dieses Wachstum von rund 5 Prozent übertraf die Prognose¹ aus dem Jahr 2012 von -2 Prozent (bis 2020), welche auf einer früheren Prognose des BFS basierte, weit.

Dieses unerwartete Bevölkerungswachstum prägte die Entwicklung der stationären Behandlungen in allen Fachbereichen wesentlich und führte in der Akutsomatik trotz der Verminderung der Hospitalisationsrate und der MAHD zu einer um 4 Prozent höheren Fallzahl. In der Rehabilitation und Psychiatrie wurde die Zunahme der Bevölkerung jedoch durch eine deutlich um -19 Prozent bzw. -7 Prozent abnehmende Hospitalisationsrate kompensiert. Die MAHD ist in den Fachbereichen Rehabilitation und Psychiatrie entgegen dem schweizweiten Trend gestiegen.

Tabelle 4. Übersicht Entwicklung Bevölkerungszahl des Kantons Glarus von 2012 bis 2022, Fälle, Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner, MAHD in Tagen und Pflgetage in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

	Total			Akutsomatik			Reha			Psychiatrie		
	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ
Einwohner	39 369	41 471	5% ^									
Fälle	6 893	7 049	2% ^	6 086	6 313	4% ^	417	355	-15% ∨	390	381	-2% ∨
Hosprate	175.1	170.0	-3% ∨	154.6	152.2	-2% ∨	10.6	8.6	-19% ∨	9.9	9.2	-7% ∨
MAHD	8.1	7.9	-3% ∨	5.8	5.3	-10% ∨	21.0	23.2	11% ^	30.4	37.3	23% ^
Pflgetage	56 142	56 104	0% =	35 529	33 317	-6% ∨	8 753	8 252	-6% ∨	11 860	14 535	23% ^

¹ Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012, Seite 21.

3. Grundlagen und Erläuterungen zur Bedarfsprognose 2035

3.1. Methodik der Bedarfsprognose

Die Prognose basiert auf der Methodik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich («Zürcher Methodik»). Der Kanton Zürich entwickelte diese für die Spitalplanung 2012 und erarbeitete damit in der Folge die Bedarfsprognose für mehrere Kantone, u. a. auch für den Kanton Glarus. Die Zürcher Methodik ist weit verbreitet und hat sich bewährt. Zur Überprüfung hat der Kanton Zürich seine Methodik mit der effektiven Entwicklung abgeglichen und in wenigen Punkten justiert. Darauf basierend beauftragte der Kanton Glarus die spitalplanung.swiss AG damit, die Prognosemethodik zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Durch die Verwendung der gleichen Prognosemethodik für die beiden Glarner Spitalplanungen 2012 und 2026 ist eine Kontinuität im Vorgehen gewährleistet.

Im Folgenden ist die Prognosemethodik summarisch dargestellt. Die konkrete Umsetzung für den Kanton Glarus wird in den Kapiteln der einzelnen Fachbereiche beschrieben. Für weiterführende Grundlagen zur Methodik wird auf den im Jahr 2021 vom Kanton Zürich im Rahmen der Zürcher Spitalplanung 2023 veröffentlichten Versorgungsbericht verwiesen.²

3.1.1. Prognosemodell

Im ersten Schritt wurde die aktuelle Glarner Leistungsstruktur (Stand 2022) untersucht und beschrieben.

Im zweiten Schritt wurde die Entwicklung jener Faktoren, welche die zukünftige Leistungsnachfrage im Kanton Glarus beeinflussen, für den festgelegten Prognosezeitraum bis 2035 analysiert und prognostiziert.

Im dritten Schritt wurde der zukünftige Leistungsbedarf, basierend auf der Bevölkerungsprognose des BFS für den Kanton Glarus und unter Berücksichtigung der prognostizierten Einflussfaktoren, berechnet.

Aufgrund der Prognoseunsicherheit wurden drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario stellt die plausibelste Entwicklung dar. Die Bandbreite wird durch ein Minimal- und ein Maximalszenario dargestellt.

3.1.2. Prognoserechnung und Einflussfaktoren

Ausgehend von der Kantonsbevölkerung und der Leistungsstruktur im Jahr 2022 konnten die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer berechnet werden.

Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1'000 Kantonseinswohnerinnen und -einwohner aus. Die Aufenthaltsdauer unterscheidet sich je nach Behandlung sehr stark. Es wird deshalb generell der Mittelwert über alle Fälle betrachtet und entsprechend die MAHD ausgewiesen.

Die Leistungsstruktur im Jahr 2035 liess sich schliesslich aus der kantonalen Bevölkerungsprognose und der prognostizierten zukünftigen Hospitalisationsrate und MAHD berechnen.

Die Entwicklung der zukünftigen Hospitalisationsrate und MAHD ist das Kernelement der Bedarfsprognose. Dazu wurden die verschiedenen Einflussfaktoren einzeln analysiert. Es wurde geprüft, ob die Annahmen der Zürcher Methodik auch im Kanton Glarus gelten und demnach übernommen werden können oder ob sie angepasst werden müssen (Details dazu siehe Erläuterungen in den Kapiteln zu den einzelnen Fachbereichen).

² <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/archiv-projekt-spitalplanung-2023.html>.

Als Erstes wurden die aktuellen Hospitalisationsraten und MAHD analysiert. Die Werte wurden mit den Durchschnittswerten der Schweiz verglichen und je nach Einschätzung und prognostizierter Entwicklung an den Schweizer Wert angeglichen. Eine höhere Hospitalisationsrate kann unterschiedliche Gründe haben wie z. B. eine Überversorgung durch die Ausweitung der Indikationsstellung, häufigere stationäre statt ambulante Behandlung oder aber auch gesellschaftliche oder kulturelle Gründe wie unterschiedliche Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten. Weil keine Hinweise für eine Unterversorgung vorliegen, jedoch eine Überversorgung in der Schweiz immer wieder thematisiert ist, hat sich eine Angleichung der potenziellen Überversorgung an den Schweizer Durchschnitt für die Prognoserechnung etabliert. Da es im Kanton Glarus keine Hinweise gibt, dass diese allgemeine Aussage nicht korrekt ist, wird sie für die Prognoserechnung für den Kanton Glarus übernommen.

Die kantonale Bevölkerungsprognose wurde vom BFS bezogen. Die demografische Entwicklung hat je nach medizinischer Leistungsgruppe einen grossen Einfluss und ist insgesamt der wichtigste Einflussfaktor.

Für die Einflussfaktoren der medizintechnischen und der epidemiologischen Entwicklung stützt sich die Glarner Bedarfsprognose auf die vom Kanton Zürich in Auftrag gegebenen und publizierten Expertengutachten. Ökonomische Einflussfaktoren, wie etwa Tarifentwicklungen, wurden ausser in der Rehabilitation nicht bewertet, da eine Prognose zu ungewiss ist. Als politischer Einflussfaktor wurden die nationalen Vorgaben betreffend Ambulant vor Stationär (AVOS) berücksichtigt. Zusätzliche denkbare Einflussfaktoren wurden nicht verwendet, da sie meistens nicht quantifizierbar sind.

Die konkrete Umsetzung ist in den Kapiteln zu den einzelnen Fachbereichen dargestellt.

3.1.3. Einfluss der Coronavirus-Pandemie

Die Coronavirus-Pandemie hatte einen grossen Einfluss auf die Fallzahlen der Jahre 2020 und – in geringerem Ausmass – 2021. Da die Daten des für die vorliegende Prognose relevanten Basisjahrs 2022 von der Coronavirus-Pandemie kaum mehr beeinflusst sind und über die langfristige Auswirkung von Corona zum aktuellen Zeitpunkt nur spekuliert werden kann, wurde keine Corona-spezifische Korrektur vorgenommen. Sollte sich in den Folgejahren zeigen, dass der Einfluss der Coronavirus-Pandemie langfristige Auswirkungen auf die Hospitalisationen und die Demografie hat, müsste eine Anpassung der Prognose geprüft werden.

3.2. Daten

Die Bedarfsprognose wurde auf Basis der aktuellen und der prognostizierten künftigen Wohnbevölkerung des Kantons Glarus gerechnet. Es wurde keine weitere Einteilung des Kantonsgebietes in Regionen bzw. Gemeinden vorgenommen. Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pflergetage) wurde pro Leistungsgruppe, für verschiedene Altersgruppen und in der Akutsomatik für beide Geschlechter berechnet:

- Leistungsgruppensystematiken: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie
- Altersgruppen in Jahren, z. B. für die Akutsomatik: 0–15, 16–39, 40–59, 60–79, 80+ Jahre
- 2 Geschlechter: Frau, Mann

3.2.1. Einwohnerstatistik Kanton Glarus 2022

Die Einwohnerstatistik wurde vom BFS bezogen.

Tabelle 5. Einwohnerstatistik des Kantons Glarus des Jahres 2022 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Frauen	Männer	Total
0-15	3 152	3 263	6 415
16-39	5 585	6 261	11 846
40-59	5 578	5 895	11 473
60-79	4 716	4 616	9 332
80+	1 465	940	2 405
Total	20 496	20 975	41 471

3.2.2. Einwohnerprognose Kanton Glarus 2035

Die Einwohnerprognose wurde vom BFS bezogen.³

Für die Bedarfsprognose wurde für jedes Szenario (Haupt, Min, Max) das Referenzszenario des BFS verwendet.

Tabelle 6. Bevölkerungsprognose des BFS-Referenzszenarios für den Kanton Glarus für das Jahr 2035 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Frauen	Männer	Total
0-15	2 979	3 157	6 136
16-39	4 993	5 873	10 866
40-59	5 955	6 530	12 485
60-79	5 367	5 035	10 402
80+	1 898	1 513	3 411
Total	21 192	22 108	43 300

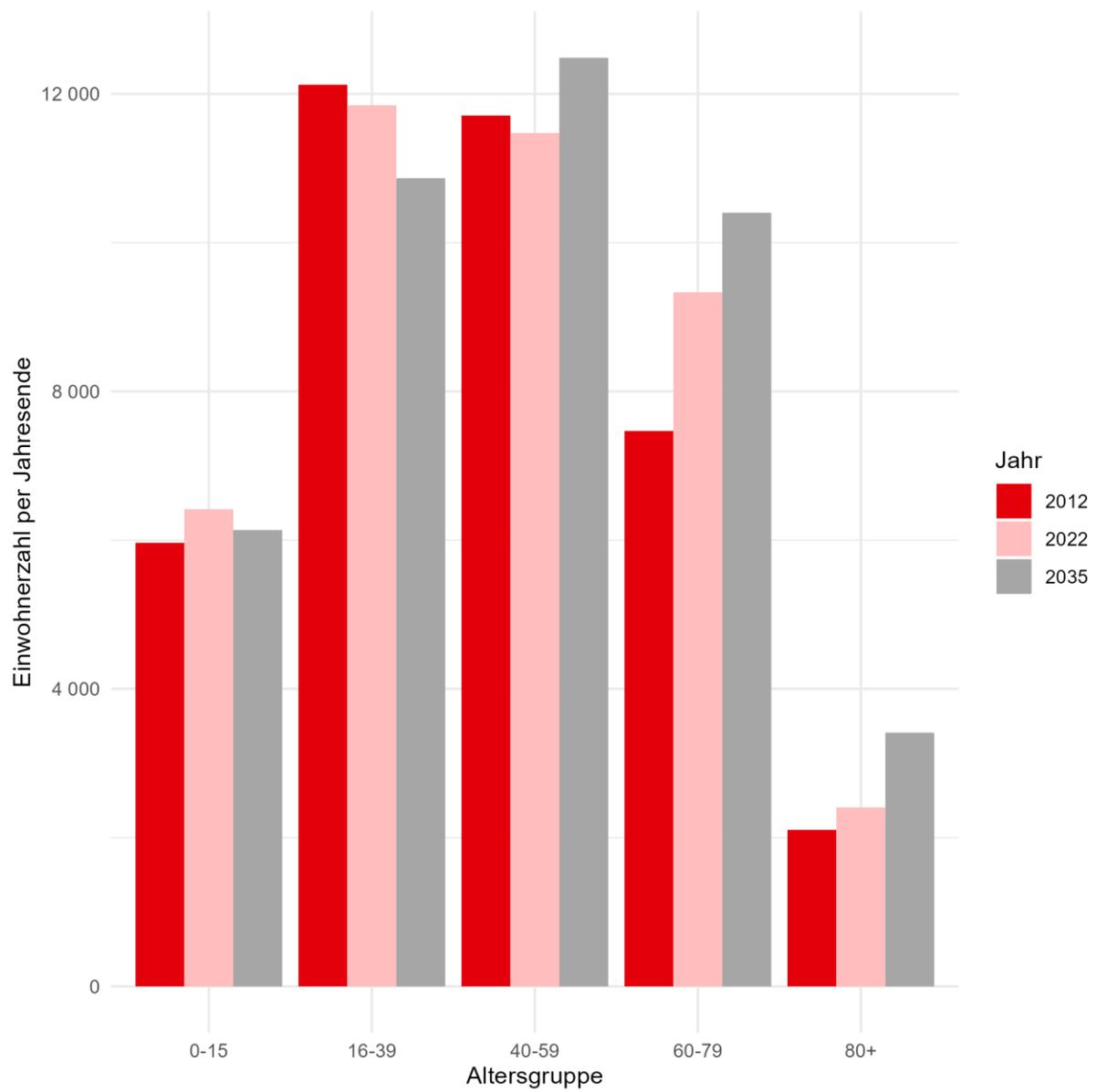
3.2.3. Entwicklung der Bevölkerung Kanton Glarus von 2022 bis 2035

Die vom BFS prognostizierte Entwicklung der Glarner Bevölkerungszahl nach Altersgruppen ist in Tabelle 2 und in der Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Die Werte der Bevölkerungsprognose des BFS aus dem Jahr 2020 für das Referenzjahr 2022 dieses Berichts weichen mehr oder weniger von den effektiv beobachteten Werten ab. Trotzdem wird mit den Daten der Bevölkerungsprognose gearbeitet, da nicht gesagt werden kann, ob das Jahr 2022 ein statistischer Ausreisser war. In allen anderen Spitalplanungen in der Schweiz wurde ebenfalls so verfahren.

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/kantonale-szenarien.html>.

Abbildung 1. Entwicklung der Glarner Bevölkerung von 2012 bis 2035 nach Altersgruppen



4. Akutsomatik

4.1. Leistungsbereiche und Struktur

Für die Akutsomatik wurde die Leistungsgruppendefinition des SPLG-Grouper23 (Version 2023.99.6) für das Jahr 2022 des Kantons Zürich verwendet.⁴ Diese Version entspricht der aktuell und ab 2023 geltenden Leistungsgruppensystematik. Die SPLG (Spitalplanungsleistungsgruppen) wurden zusammengefasst zu SPLB (Spitalplanungsleistungsbereiche) und SPLHB (Spitalplanungsleistungshauptbereichen). Die ausgeschriebenen Bezeichnungen der Kürzel der SPLG sind im Anhang, Kapitel 7.1.1. Leistungsgruppen, Tabelle A.A1, dargestellt.

Tabelle A1. Darstellungsebenen und Gliederung der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG, rechte Spalte) in Leistungsbereiche (SPLB, linke Spalte) und Leistungshauptbereiche (SPLHB, graue Zeilen)

Leistungsbereich (SPLB)	Leistungsgruppen (SPLG)
Grundversorgung Chirurgie und Medizin	
Basispaket	BP
Nervensystem und Sinnesorgane	
Dermatologie	DER1, DER1.1, DER1.2, DER2
HNO	HNO1, HNO1.1, HNO1.1.1, HNO1.2, HNO1.2.1, HNO1.3, HNO1.3.1, HNO1.3.2, HNO2, KIE1
Neurochirurgie	NCH1, NCH1.1, NCH1.1.1, NCH1.1.1.1, NCH1.1.2, NCH1.1.3, NCH2, NCH2.1, NCH3
Neurologie	NEU1, NEU2, NEU2.1, NEU3, NEU3.1, NEU4, NEU4.1, NEU4.2
Ophthalmologie	AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.5
Spezialversorgung Innere Organe	
Endokrinologie	END1
Gastroenterologie	GAE1, GAE1.1
Viszeralchirurgie	VIS1, VIS1.1, VIS1.2, VIS1.3, VIS1.4, VIS1.4.1, VIS1.5
Hämatologie	HAE1, HAE1.1, HAE2, HAE3, HAE4, HAE5
Gefässe	GEF1, GEF3, ANG1, ANG3, GEFA, RAD1, RAD2
Herz	HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.2, HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5, HER1.1.6, KAR1, KAR2, KAR3, KAR3.1, KAR3.1.1
Nephrologie	NEP1
Urologie	URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.2, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8
Pneumologie	PNE1, PNE1.1, PNE1.2, PNE1.3, PNE2
Thoraxchirurgie	THO1, THO1.1, THO1.2
Transplantationen	TPL1, TPL2, TPL3, TPL4, TPL5, TPL6, TPL7
Bewegungsapparat	
Bewegungsap. chir.	BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1, BEW9, BEW10, BEW11
Rheumatologie	RHE1, RHE2
Gynäkologie und Geburtshilfe	
Gynäkologie	GYN1, GYN2, GYNT, PLC1
Geburtshilfe	GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1
Neugeborene	NEO1, NEO1.1, NEO1.1.1, NEO1.1.1.1
Übrige Spezialversorgung	
(Radio-)Onkologie	ONK1, RAO1, NUK1
Schwere Verletzungen	UNF1, UNF1.1, UNF2

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pflgetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Glarus wurde pro Leistungsgruppe (SPLG), Altersgruppe (0–15, 16–39, 40–59, 60–79, 80+) und Geschlecht berechnet. Daraus ergaben sich 1'340 Kombinationsmöglichkeiten (Schichten). Einige Schichten, die offensichtlich nicht sinnvoll sind (z. B. Geburtshilfe-Leistungsgruppen für Männer oder Prostata-Eingriffe bei Frauen) wurden nicht berechnet. Somit verblieben 1'260 Schichten. Für jede Schicht wurden zudem drei Szenarien (Haupt, Minimal, Maximal) gerechnet, was zu insgesamt 3'780 Prognoserechnungen führte.

⁴ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>.

Aufgrund der oftmals kleinen Fallzahlen im Kanton Glarus sind viele Schichten nur schwach oder gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung eine Korrektur der tiefen Fallzahlen und der Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als fünf Fällen im Jahr 2022 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020 aufgrund Einfluss Coronavirus-Pandemie). Damit wurde die Zahl der effektiven Fälle von insgesamt 6'313 um 118 auf 6'431 Fälle korrigiert bzw. erhöht. Bei Schichten, die auch im Durchschnitt der drei Jahre keine Glarner Fälle aufwiesen, wurde die Hospitalisationsrate an den Schweizer Schnitt angeglichen. Details zu den oben zusammengefassten Korrekturen und Angleichungen finden sich im Anhang (Kapitel 7.1.2. Fallzahlen und Korrekturen, 7.1.3. Angleichung Hospitalisationsraten sowie 7.1.4).

4.2. Versorgungslage 2022

4.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2022 wurden 6'313 Glarner Einwohnerinnen und Einwohner akutsomatisch stationär behandelt. Rund zwei Drittel dieser Behandlungen erfolgten im KSGL. Dies ist ein Hinweis darauf, dass das KSGL die stationäre Grundversorgung weitgehend abdeckt. Als relativ nahe gelegenes Zentrumsspital, Kooperationspartner des KSGL und Listenspital hatte das Kantonsspital Graubünden in Chur (KSGR) mit 10 Prozent den grössten Anteil aller Glarner Patientinnen und Patienten, die ausserkantonale behandelt wurden.

Tabelle A2 zeigt die Verteilung der Glarner Fälle auf die Spitäler. Einzelnen aufgeführt sind alle Listenspitäler der Glarner Spitalliste 2012 und jene zwei Spitäler ohne Leistungsauftrag des Kantons Glarus mit den höchsten Glarner Fallzahlen. Letztere sind jeweils mit einem Stern «*» gekennzeichnet. Tabelle A2 zeigt zudem die drei häufigsten Leistungsbereiche pro Spital, welche die Glarner Patienten nachfragten.

Tabelle A2. Akutsomatische stationäre Fälle im Jahr 2022 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus und die drei häufigsten Leistungsbereiche pro Spital der Spitalliste

Spital	Fälle	Anteil	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
KSGL	4 143	66%	Basispaket 52%	Bewegungsap. chir. 10%	Geburtshilfe 8%
KSGR	605	10%	Basispaket 41%	Gefässe 11%	Bewegungsap. chir. 11%
KSSG	98	2%	HNO 27%	Ophthalmologie 16%	Herz 11%
USZ	239	4%	Basispaket 24%	Herz 13%	HNO 8%
Triemli	88	1%	Herz 51%	Ophthalmologie 17%	Basispaket 14%
Balgrist	52	1%	Bewegungsap. chir. 87%	Basispaket 13%	Dermatologie 0%
Schulthess	82	1%	Bewegungsap. chir. 94%	Basispaket 5%	Neurochirurgie 1%
LUKS	9	0%	HNO 44%	Basispaket 22%	Bewegungsap. chir. 11%
Lengg	8	0%	Neurologie 100%	Basispaket 0%	Dermatologie 0%
SPZ Nottwil	0	0%			
Hirslanden	87	1%	Herz 22%	Bewegungsap. chir. 20%	Basispaket 14%
Klinik Im Park	50	1%	Herz 50%	Bewegungsap. chir. 16%	Viszeralchirurgie 8%
Kispi	28	0%	Basispaket 32%	Endokrinologie 14%	HNO 11%
Lachen *	261	4%	Bewegungsap. chir. 51%	Basispaket 15%	Geburtshilfe 9%
Linth *	98	2%	Basispaket 51%	HNO 10%	Urologie 8%
Übrige	465	7%	Basispaket 35%	Bewegungsap. chir. 31%	Gynäkologie 6%
Total	6 313	100%	Basispaket 44%	Bewegungsap. chir. 15%	Geburtshilfe 6%

4.2.2. Analyse der Behandlungen

Die Analyse der Behandlungen nach Leistungsbereichen zeigt die medizinischen Schwerpunkte des KSGL und der ausserkantonale stattgefundenen Behandlungen.

Tabelle A3. Akutsomatische stationäre Fälle des KSGL von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach SPLB⁵

	Total	KSGL		Ausserkantonale	
	Fälle	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
Grundversorgung Chirurgie und Medizin					
Basispaket	2 753	2 141	78%	612	22%
Nervensystem und Sinnesorgane					
Dermatologie	14	10	71%	4	29%
HNO	186	74	40%	112	60%
Neurochirurgie	39	0	0%	39	100%
Neurologie	86	42	49%	44	51%
Ophthalmologie	55	0	0%	55	100%
Spezialversorgung Innere Organe					
Endokrinologie	34	26	76%	8	24%
Gastroenterologie	183	158	86%	25	14%
Viszeralchirurgie	115	45	39%	70	61%
Hämatologie	62	50	81%	12	19%
Gefässe	119	16	13%	103	87%
Herz	225	37	16%	188	84%
Nephrologie	28	19	68%	9	32%
Urologie	310	250	81%	60	19%
Pneumologie	94	71	76%	23	24%
Thoraxchirurgie	11	0	0%	11	100%
Transplantationen	0	0		0	
Bewegungsapparat					
Bewegungsap. chir.	949	429	45%	520	55%
Rheumatologie	22	15	68%	7	32%
Gynäkologie und Geburtshilfe					
Gynäkologie	203	129	64%	74	36%
Geburtshilfe	404	324	80%	80	20%
Neugeborene	373	284	76%	89	24%
Übrige Spezialversorgung					
(Radio-)Onkologie	30	17	57%	13	43%
Schwere Verletzungen	18	6	33%	12	67%
Übrige Spezialversorgung					
Total	6 313	4 143	66%	2 170	34%

Das KSGL leistete über drei Viertel der Glarner Grundversorgung (Grundversorgung Chirurgie und Medizin bzw. Basispaket) und betreute 80 Prozent der Geburten. Sehr hohe Behandlungsanteile mit über 80 Prozent weisen auch die Leistungsbereiche Gastroenterologie, Hämatologie und Urologie aus.

⁵ Fallzahlen pro Leistungsgruppe und Spital siehe Anhang, Kapitel 7.7.

Bei den ausserkantonalen Spitälern stand hauptsächlich die Spezialversorgung im Vordergrund. So wurden beispielsweise 87 Prozent der Gefässpatienten und 84 Prozent der Herzpatienten in ausserkantonalen Spitälern versorgt. Für Behandlungen in Spezialgebieten wie der Neurochirurgie, der Ophthalmologie und der Thoraxchirurgie besteht kein innerkantonales Angebot und sämtliche Glarner Patienten wurden ausserkantonal behandelt.

Die detailliertere Aufschlüsselung der ausserkantonalen Spitäler zeigt, dass dies insbesondere das KSGR und das Universitätsspital Zürich (USZ) betraf. Das KSGR hatte als Zentrumsspital und Kooperationspartner des KSGL eine Sonderstellung und versorgte eine beträchtliche Anzahl an Glarner Fällen in der Grundversorgung. Dies galt auch für die Spitäler Lachen und Linth, welche als ebenfalls relativ nah gelegene Spitäler einen Anteil an Grundversorgungsfällen behandelten.

Tabelle A4. Akutsomatische stationäre Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach SPLB, SPLHB und Spital

Bereiche	Total	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Grundversorgung Chirurgie und Medizin	2 753	2 141	246	10	57	12	7	4	2	0	12	3	9	39	50	161
Basispaket	2 753	2 141	246	10	57	12	7	4	2	0	12	3	9	39	50	161
Nervensystem und Sinnesorgane	380	126	45	49	58	17	0	1	4	8	7	0	3	6	11	45
Dermatologie	14	10	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO	186	74	13	26	19	1	0	0	4	0	6	0	3	6	10	24
Neurochirurgie	39	0	12	5	18	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Neurologie	86	42	19	2	7	1	0	0	0	8	0	0	0	0	1	6
Ophthalmologie	55	0	0	16	11	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Spezialversorgung Innere Organe	1 181	672	164	27	81	51	0	0	0	0	46	36	9	24	11	60
Endokrinologie	34	26	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0
Gastroenterologie	183	158	9	1	7	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	3
Gefässe	119	16	69	3	7	2	0	0	0	0	6	4	0	6	0	6
Hämatologie	62	50	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	4
Herz	225	37	48	11	32	45	0	0	0	0	19	25	3	1	0	4
Nephrologie	28	19	4	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie	94	71	9	3	8	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Thoraxchirurgie	11	0	2	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1
Transplantationen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urologie	310	250	5	1	7	1	0	0	0	0	7	1	1	9	8	20
Viszeralchirurgie	115	45	16	7	7	2	0	0	0	0	6	4	0	5	2	21
Bewegungsapparat	971	444	69	5	18	1	45	77	1	0	17	8	3	132	6	145
Bewegungsap. chir.	949	429	69	5	11	1	45	77	1	0	17	8	3	132	6	145
Rheumatologie	22	15	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	980	737	73	6	14	6	0	0	2	0	4	3	3	60	19	53
Geburtshilfe	404	324	23	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	24	8	15
Gynäkologie	203	129	14	3	3	3	0	0	0	0	4	3	0	14	4	26
Neugeborene	373	284	36	1	5	2	0	0	1	0	0	0	3	22	7	12
Übrige Spezialversorgung	48	23	8	1	11	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
(Radio-)Onkologie	30	17	6	0	5	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Schwere Verletzungen	18	6	2	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Total	6 313	4 143	605	98	239	88	52	82	9	8	87	50	28	261	98	465

Die Spitäler auf der Glarner Spitalliste deckten mit insgesamt 87 Prozent einen Grossteil der Behandlungen der Glarner Bevölkerung ab. Die Abdeckung der Glarner Listenspitäler ist da-

bei in der übrigen Spezialversorgung mit 96 Prozent am höchsten und im Bereich des Bewegungsapparates mit einem Versorgungsanteil von 71 Prozent am geringsten. Dies widerspiegelt die 132 Fälle im Spital Lachen bzw. die 145 Fälle in anderen Nicht-Listenspitälern.

Tabelle A5. Versorgungsanteil der Glarner Listenspitäler: Anteil am Total aller Glarner Fälle pro Spital und SPLHB im Jahr 2022

Hauptbereich	Total	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Alle SL-Spitäler
Grundversorgung Chirurgie und Medizin	2 753	78%	9%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	91%
Nervensystem und Sinnesorgane	380	33%	12%	13%	15%	4%	0%	0%	1%	2%	2%	0%	1%	84%
Spezialversorgung Innere Organe	1 181	57%	14%	2%	7%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	3%	1%	92%
Bewegungsapparat	971	46%	7%	1%	2%	0%	5%	8%	0%	0%	2%	1%	0%	71%
Gynäkologie und Geburtshilfe	980	75%	7%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	87%
Übrige Spezialversorgung	48	48%	17%	2%	23%	2%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	2%	96%
Total	6 313	66%	10%	2%	4%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	87%

4.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsbereiche der einzelnen Spitäler ist auch eine Betrachtung der Versicherungsklassen, der Herkunft und der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle A6 ist die Belegung aller Fälle in den analysierten Spitälern betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

Der Anteil an *zusatzversicherten Patientinnen und Patienten* variiert je nach Spital stark. So lag der Anteil an Zusatzversicherten im KSGL oder im Spital Linth bei lediglich 13 Prozent. Dies entspricht einem im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt von rund 20 Prozent relativ tiefen Wert. Am oberen Ende lagen die Klinik Hirslanden Zürich und die Schulthess Klinik mit einem Anteil von Zusatzversicherten von je rund 50 Prozent und die Hirslanden Klinik Im Park mit 86 Prozent.

Interessant ist die Betrachtung der *Schweregrade der behandelten Fälle* in den Spitälern. In der Tabelle A6 sind der Patient Complication and Comorbidity Level (PCCL) und der Case Mix Index (CMI) pro Spital dargestellt. Beide Werte werden anhand der SwissDRG Kodierung berechnet. Der PCCL ist ein Mass für die Komorbiditäten (gleichzeitig vorhandene Krankheiten) und Komplikationen, also der Gesamtschweregrad der Erkrankung eines Patienten. Der CMI beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad bzw. das durchschnittliche Kostengewicht der Behandlungen eines Spitals. Der CMI kann als Mass für den Aufwand der Behandlung betrachtet werden. Hierzu zwei Beispiele zur Erklärung: Das USZ führte im Durchschnitt relativ aufwändige Behandlungen (CMI 1.7) bei relativ kranken Patienten (PCCL 1.2) durch. Am USZ wurden also schwer erkrankte Patienten behandelt. Die Fälle in der Schulthess Klinik waren auch überdurchschnittlich aufwändig (CMI 1.3), aber relativ gesund (PCCL 0.2). Dies ist ein typisches Bild für eine orthopädische Klinik und kann interpretiert werden als komplexe Eingriffe bei sonst gesunden Patienten.

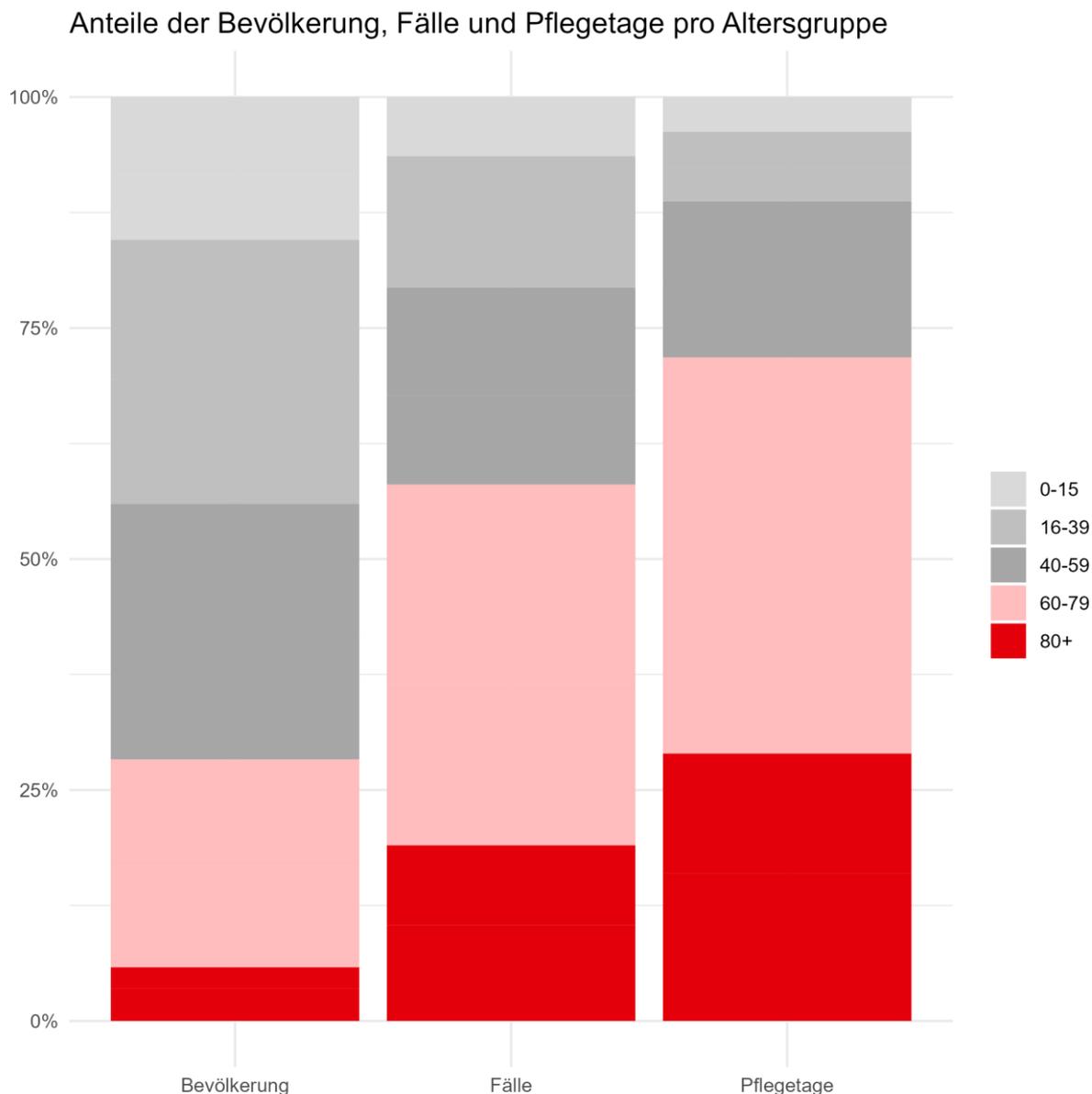
Tabelle A6. Anteile aller akutsomatischen stationären Fällen im Jahr 2022 nach Versicherungsklasse, Kostenträger, Wohnkanton und Schweregrad der Fälle pro Spital der Spitalliste Akutsomatik⁶

	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemil	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Versicherungskategorie																
Allgemeine Abteilung	87%	80%	80%	82%	82%	68%	51%	79%	85%	81%	44%	14%	76%	79%	87%	80%
Privat / Halbprivat	13%	20%	20%	18%	18%	32%	49%	21%	15%	19%	56%	86%	24%	21%	13%	20%
Kostenträger																
Patienten nach KVG	94%	91%	95%	93%	95%	78%	81%	93%	86%	93%	94%	93%	74%	91%	95%	92%
UV, IV, MV, Selbstzahler	6%	9%	5%	7%	5%	22%	19%	7%	14%	7%	6%	7%	26%	9%	5%	8%
Wohnkanton																
Glarus	89%	3%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	4%	2%	0%
Übrige	11%	97%	100%	99%	100%	99%	99%	100%	99%	100%	100%	99%	100%	96%	98%	100%
Schweregrad der Fälle																
Ø PCCL	0.9	0.8	1.1	1.2	0.8	0.5	0.2	0.9	0.5	0.9	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7
CMI	1.0	1.1	1.3	1.7	1.2	1.4	1.3	1.3	1.4	2.6	1.5	1.2	1.5	0.9	0.8	1.1

Mit steigendem Alter nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit zu. Der Anteil an Behandlungen und Pflgetagen war bei den über 60-Jährigen deutlich höher als in den anderen Alterskategorien. In der Abbildung A1 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Behandlungsfälle und der Pflgetage nach Altersgruppen aufgeführt.

⁶ PCCL= Patient Complication and Comorbidity Level, CMI = Case Mix Index. Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Akutsomatik vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

Abbildung A1. Anteile an akutsomatischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Bevölkerung, Fällen und Pflegetagen pro Altersgruppe



Über alle Altersgruppen erfolgte fast die Hälfte der stationären Hospitalisationen in der Akut-somatik aufgrund Behandlungen im Basispaket. Bei den jüngeren Altersgruppen 0–15 und 16–39 Jahre war die Geburtshilfe mit 51 Prozent Neugeborenen am häufigsten und 33 Prozent Geburten am zweithäufigsten. Bei der älteren Bevölkerung waren die chirurgischen Behandlungen am Bewegungsapparat nach dem Basispaket die zweithäufigste Ursache für stationäre Behandlungen. Gynäkologische und urologische Behandlungen und bei der älteren Bevölkerung Erkrankungen des Verdauungstraktes waren weitere häufige Hospitalisationsgründe.

Tabelle A7. Häufigkeit der Leistungsbereiche an akutsomatischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-15	Neugeborene (51%)	Basispaket (37%)	Bewegungsap. chir. (3%)
16-39	Basispaket (34%)	Geburtshilfe (33%)	Bewegungsap. chir. (12%)
40-59	Basispaket (44%)	Bewegungsap. chir. (23%)	Gynäkologie (6%)
60-79	Basispaket (43%)	Bewegungsap. chir. (20%)	Urologie (8%)
80+	Basispaket (60%)	Bewegungsap. chir. (8%)	Gastroenterologie (7%)

Wenn die Kinder und Jugendlichen separat analysiert werden, zeigt sich, dass es sich beim weitaus grössten Anteil der Behandlungen um Neugeborene und damit in der Regel gesunde Kinder handelte. Insgesamt waren Kinder und Jugendliche selten stationär hospitalisiert.

Tabelle A8. Anzahl Fälle bei akutsomatisch stationär behandelten Glarner Kindern und Jugendlichen (inkl. Geburten) im Jahr 2022 in den einzelnen Spitälern

	Total	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Säuglinge / Kleinkinder < 1 Jahr	457	291	105	1	5	4	0	0	1	0	6	22	7	15
Kinder 1 - 8 Jahre	152	31	100	0	0	0	0	0	1	1	11	1	0	7
Kinder / Jugendliche 8 - 15 Jahre	119	53	31	0	2	0	1	4	0	1	11	2	2	12
Total	728	375	236	1	7	4	1	4	2	2	28	25	9	34

4.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Die Hospitalisationsrate und die MAHD sind wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Wie die folgende Abbildung zeigt, stieg die Hospitalisationsrate mit zunehmendem Alter. Auch bei der MAHD zeigte sich eine deutliche Zunahme mit steigendem Alter.

Hinweis: Diese Effekte führen bei der prognostizierten zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu einer Zunahme der über die gesamte Bevölkerung gerechneten durchschnittlichen Hospitalisationsrate sowie der MAHD im Prognosejahr 2035.

Abbildung A2. Hospitalisationsraten und MAHD der akutsomatischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Vergleich zur ganzen Schweiz im Jahr 2022 nach Altersgruppen

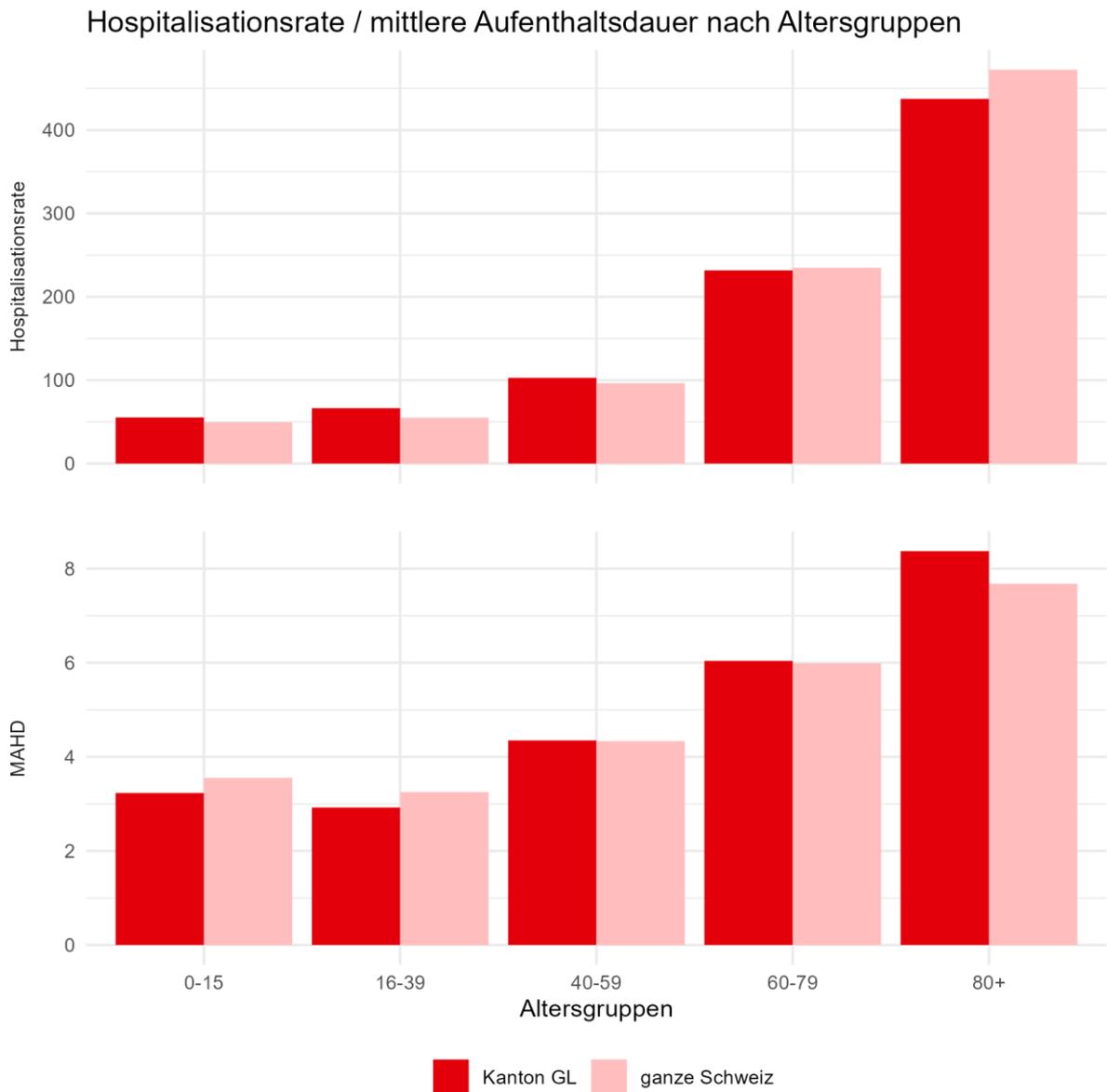


Tabelle A9. Hospitalisationsrate (pro 1'000 Einwohner), MAHD und Pfl egetage (pro 1'000 Einwohner) der akutsomatischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Vergleich zur ganzen Schweiz im Jahr 2022 pro Altersgruppe⁷

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pfl egetage / 1'000 Ew.		
	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ
0-15	49.6	55.3	5.7	3.6	3.2	-0.4	176.1	178.8	2.7
16-39	55.0	66.4	11.4	3.3	2.9	-0.4	178.7	194.2	15.5
40-59	96.4	102.9	6.5	4.3	4.3	0.0	417.5	447.2	29.7
60-79	234.8	231.7	-3.1	6.0	6.0	0.0	1 405.9	1 399.1	-6.8
80+	472.4	437.4	-35.0	7.7	8.4	0.7	3 627.5	3 662.8	35.3
Alle Altersgruppen	125.0	133.5	8.5	5.5	5.5	0.0	682.5	734.1	51.6
Neugeborene	-	-	-	4.0	3.8	-0.2	-	-	-
Geburten	-	-	-	3.8	3.6	-0.2	-	-	-

Der Vergleich der Hospitalisationsrate der Glarner mit der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass die Glarnerinnen und Glarner im Gesamtschnitt etwas häufiger stationär behandelt wurden als der Schweizer Durchschnitt. In den einzelnen Altersgruppen ergibt sich jedoch kein einheitliches Bild. So wurde die ältere Glarner Bevölkerung, insbesondere die Altersgruppe 80+, deutlich weniger oft hospitalisiert als der Schweizer Durchschnitt. Die MAHD war bei dieser Gruppe hingegen höher als der Schweizer Durchschnitt. Die MAHD waren im Kanton Glarus bei allen Altersgruppen in etwa gleich wie der Schweizer Durchschnitt, ausser bei den über 80-jährigen.

4.3. Entwicklung seit 2012

Für die Berechnung der Prognose lassen sich aus der Entwicklung der letzten Jahre interessante Rückschlüsse ziehen.

In der Tabelle A10 ist die Entwicklung der Fälle, MAHD und Pfl egetage der Jahre 2012 und 2022 dargestellt. Die Fallzahlen sind im Total und insbesondere ausserkantonal deutlich gestiegen. Demgegenüber ist die Anzahl an Behandlungen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner im KSGl um 6 Prozent gesunken. Trotz den steigenden Fallzahlen haben sich aufgrund der – insbesondere ausserkantonal – stark gesunkenen MAHD die Pfl egetage reduziert.

⁷ Die gesunden Neugeborenen und Geburten sind in den Altersgruppen 0 und 16–59 separat dargestellt, weil diese auch in der Prognose separat analysiert wurden. Die Hospitalisationsrate wurde nicht wie bei den Krankheitsfällen berechnet, sondern es wurde die Geburtsprognose der BFS Bevölkerungsprognose übernommen. Details dazu siehe Anhang, Kapitel 7.1.5. Prognose Geburten und Neugeborene.

Tabelle A10. Fälle, MAHD und Pfl egetage akutsomatischer stationärer Fälle von Glarner Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 und 2022

	Fälle			MAHD			Pfl egetage		
	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ
KSGL	4 405	4 143	-6% ∨	5.7	5.6	-2% ∨	24 943	23 095	-7% ∨
Ausserkantonal	1 681	2 170	29% ⤴	6.3	4.7	-25% ∨	10 586	10 222	-3% ∨
Total	6 086	6 313	4% ⤴	5.8	5.3	-10% ∨	35 529	33 317	-6% ∨

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist die Entwicklung der Demografie zu berücksichtigen. Im Jahr 2012 hatte der Kanton Glarus rund 39'500 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese sind bis zum Jahr 2022 auf rund 41'500 angewachsen. Dieses Wachstum von rund 5 Prozent entspricht ungefähr der Entwicklung der stationären Fallzahlen, hat allerdings die Wachstumsprognose aus dem Jahr 2012 von -2 Prozent (bis 2020)⁸ weit übertroffen.

Auf einen vertieften Vergleich der Prognose aus dem Jahr 2012 für das Jahr 2020 mit den effektiven Werten im Jahr 2020 bzw. 2022 wurde verzichtet.

4.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

4.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt

Die Prognoserechnung basiert wie im Kapitel 3.1. beschrieben auf der Zürcher Methodik. Diese wurde auf die Glarner Daten angepasst, angewandt und aktualisiert. Entsprechend wird das Vorgehen für die Prognose der Hospitalisationsrate im Folgenden beschrieben.

Die Datenanalyse der Hospitalisationsraten zeigt, dass diese sich in einigen SPLG zwischen dem Kanton Glarus und der ganzen Schweiz unterscheiden. Dies kann unterschiedliche Gründe haben wie z. B. eine Überversorgung durch die Ausweitung der Indikationsstellung, häufigere stationäre statt ambulante Behandlungen oder aber auch gesellschaftliche oder kulturelle Gründe wie unterschiedliche Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten. Weil in der Akutsomatik in der Schweiz keine Hinweise für eine Unterversorgung vorliegen, jedoch eine Überversorgung immer wieder thematisiert wird, hat sich bei den Prognosemodellen eine Angleichung der potenziellen Überversorgung an den Schweizer Durchschnitt für die Prognoserechnung etabliert. Da es keine Hinweise gibt, dass diese allgemeine Aussage im Kanton Glarus nicht korrekt ist, wird sie für die Prognoserechnung für den Kanton Glarus übernommen.

Eine lokal höhere Hospitalisationsrate als der Schweizer Vergleichswert kann demnach als eine Überversorgung interpretiert werden, welche sich in den nächsten zehn Jahren tendenziell angleichen wird.

Für das Hauptszenario wurde bei den betroffenen SPLG und in den entsprechenden Altersgruppen angenommen, dass sich die Glarner Hospitalisationsraten an den Schweizer Durchschnitt angleichen, und zwar um 50 Prozent der Differenz zwischen dem Schweizer Durchschnitt und dem Glarner Wert. Beispielhaft dargestellt bedeutet dies, dass bei einem Schweizer Durchschnittswert von 0.5 und einem Glarner Wert von 1 die Glarner Hospitalisationsrate im Prognosejahr bei 0.75 liegen wird. Liegt die Glarner Hospitalisationsrate hingegen unter dem Schweizer Wert, so wurde angenommen, dass die Hospitalisationsrate unverändert bleibt. Im Minimalszenario wurde eine Angleichung zu 75 Prozent und im Maximalszenario gar keine Angleichung angenommen. Details dazu siehe Anhang, Kapitel 7.1.3. Angleichung Hospitalisationsraten.

⁸ Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012, S. 21.

4.4.2. Angleichung an den Schweizer Durchschnitt und Verkürzung MAHD

Gemäss der Zürcher Methodik verkürzen sich die MAHD einerseits durch den medizintechnischen Fortschritt und andererseits durch veränderte finanzielle Anreize. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen der Tarifstruktur SwissDRG im Jahr 2012 hatte den ökonomischen Druck auf die Aufenthaltsdauern erhöht. Die MAHD sind seit Jahren am Sinken, es ist jedoch schwierig vorherzusagen, wie stark die Aufenthaltsdauern weiter sinken werden. Dies muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Glarus mit der Entwicklung in der gesamten Schweiz verglichen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauern von Behandlungen, die bei Glarner Patienten bisher länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren sinken werden. Aus diesem Grund wurde davon ausgegangen, dass bei den SPLG, bei welchen die MAHD pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, sich die MAHD dem schweizerischen Schnitt annähern wird.

Wie bei der Hospitalisationsrate, wurden auch die MAHD je nach Szenario unterschiedlich angeglichen. Beim Hauptszenario wurde die MAHD um 50 Prozent der Differenz zum Schweizer Durchschnitt angeglichen. Im Minimalszenario wurde eine Angleichung von 75 Prozent und im Maximalszenario gar keine Angleichung angenommen.

In einem weiteren Schritt wurde zudem angenommen, dass auch die gesamtschweizerischen MAHD über die nächsten zehn Jahre sinken werden. Dieser autonome Trend bedeutet, dass in allen SPLG eine entsprechende Verkürzung der Aufenthaltsdauern zusätzlich zu der oben beschriebenen Angleichung erwartet wird. Je nach Szenario wurden verschiedene Werte bezüglich der zusätzlich zu erwartenden Abnahme der MAHD angenommen:

- Szenario Haupt: -1 Prozent p.a.
- Szenario Min: -1.5 Prozent p.a.
- Szenario Max: -0.7 Prozent p.a.

Dies führt zu einer Abnahme des Prognosewerts der MAHD über alle SPLG und Altersbereiche vom ursprünglichen Wert von 5.3 Tagen um -16 Prozent auf 4.4 Tage im Hauptszenario und auf 4.0 Tage im Minimalszenario bzw. auf 4.8 Tage im Maximalszenario. Die Details zu dieser Berechnung sind im Anhang, Kapitel 7.1.4. Angleichung Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD), aufgeführt.

4.4.3. Demografie

Die in Kapitel 1.3. gezeigte Bevölkerungsprognose des BFS für den Kanton Glarus für das Jahr 2035 prognostiziert eine moderate Zunahme der Bevölkerung von 41'471 im Jahr 2022 um insgesamt 4.4 Prozent auf 43'300 im Jahr 2035. Zudem wird eine anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen vorhergesagt. Gemäss Prognose findet eine Verlagerung der Fälle von den 0–59-Jährigen (-4 Prozent) zu den über 80-jährigen (+5 Prozent) statt. Die stationären Fälle der Altersgruppe 60–79-Jährige sollen um 7 Prozent und die der Altersgruppe 80+ um 39 Prozent zunehmen. Damit wären im Jahr 2035 mit 56 Prozent die Patienten von gut der Hälfte der Fälle der Glarner Bevölkerung älter als 59 Jahre. Die Tabelle A11 zeigt die Entwicklung der stationären Fallzahlen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle A11. Entwicklung der Fallzahlen nach Altersgruppen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner

Alter	2022		Veränderung		2035	
	Fälle	Anteil	Fälle	Δ	Fälle	Anteil
0-15	355	6%	-37	-10% ∨	318	5%
16-39	787	12%	-142	-18% ∨	645	10%
40-59	1 180	19%	26	2% ^	1 206	18%
60-79	2 162	34%	162	7% ^	2 324	34%
80+	1 052	17%	410	39% ^	1 462	22%
Neugeborene	373	6%	6	2% ^	379	6%
Geburten	404	6%	17	4% ^	421	6%
Total	6 313	100%	442	7% ^	6 755	100%

4.4.4. Medizintechnische Entwicklung

Für die medizintechnische Entwicklung wurde bei der Zürcher Prognose auf den im Jahr 2017 vom Kanton Zürich veröffentlichten Bericht Bedarfsprognose Akutsomatik 2015-2025⁹ abgestützt. Das darin zitierte Gutachten zur medizintechnischen Entwicklung zeigt, dass die meisten neuen Technologien keine Fallmehrung bewirken, sondern dass bei heute bereits stationär behandelten Patienten eine andere Diagnostik- oder Behandlungstechnologie angewandt wird. Als einzige Auswirkung auf die Fallzahl ist in der Neurologie die neue Technik bei der endovaskulären Behandlung von Schlaganfällen aufgeführt. Zudem wurden die Annahmen zur medizintechnischen Entwicklung (SPLB Herz, Gefässe und Bewegungsapparat chirurgisch), welche für die letztmalige Bedarfsprognose des Kantons Zürich verwendet wurden, überprüft und angepasst.

Leistungsbereich Neurologie, NEU3 und NEU3.1: Es ist davon auszugehen, dass die endovaskulären Interventionen zur Behandlung von Schlaganfällen stark zunehmen werden. Die Anzahl an Schlaganfällen wird in etwa gleich bleiben. Doch wird eine Verschiebung von bisher in allen Spitälern behandelten Fällen (NEU3) in die Stroke Center zur endovaskulären Intervention erwartet. Im Bericht des Kantons Zürich wird prognostiziert, dass zukünftig ein Drittel der Schlaganfälle in der spezialisierten SPLG NEU3.1 behandelt wird. Dies entspricht einer Verschiebung von 30 Prozent der Fälle von NEU3 im Jahr 2022 nach NEU3.1 im Jahr 2035. Diese Annahme wurde analog der Zürcher Prognose für alle Szenarien mit dem gleichen Wert übernommen da keine Differenzierungskriterien gefunden werden konnten.

Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch, BEW7.1.1 und BEW7.2.1: Die erwarteten Auswirkungen, insbesondere betreffend Revisionseingriffe bei Hüft- und Knieprothesen, konnten im Zürcher Bericht, allerdings verzögert, beobachtet werden. Die Entwicklung bei den Erstprothesen Hüfte und Knie stagnierten hingegen oder waren sogar leicht rückläufig. Dementsprechend wurden die in der Zürcher Prognose genannten Werte für die Glarner Bedarfsprognose übernommen, da keine Differenzierungskriterien gefunden werden konnten.

Hingegen konnten die Zürcher Prognosen für die Leistungsbereiche Herz und Gefässe nicht bestätigt werden. Es wird deshalb nicht mehr mit einer Zunahme der Fallzahlen gerechnet, was auch für die Glarner Bedarfsprognose übernommen wurde.

Trotz leicht unterschiedlicher Zeitperioden im Zürcher Bericht für die Jahre 2019 bis 2032 und für die Glarner Bedarfsplanung für die Jahre 2022 bis 2035 wurden die Wachstumsraten

⁹ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/bericht_bedarfsprognose_2015_2025.pdf.

diesbezüglich nicht korrigiert. Dies, weil es sich um Einschätzungen handelt und Korrekturen lediglich eine Scheingenaugigkeit vortäuschen würden.

Damit ergaben sich für den Einflussfaktor Medizintechnologie folgende Faktoren:

Tabelle A12. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Medizintechnologie nach SPLG und Szenario¹⁰

SPLG	Haupt	Min	Max
Neurologie			
NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen	0.95	0.95	0.95
NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)	1.78	1.78	1.78
Bewegungsapparat chirurgisch			
BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen	1.08	1.00	1.16
BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen	1.08	1.00	1.16

4.4.5. Epidemiologische Entwicklung

Auch bei der epidemiologischen Entwicklung wurde analog der im Kapitel 3.1. beschriebenen Zürcher Methodik vorgegangen. Der Kanton Zürich hat die Auswirkung der Epidemiologie untersucht und ist anhand der Evaluation des Gutachtens von 2012 und einem Workshop im Jahr 2019 mit Epidemiologen zum Schluss gekommen, dass es abgesehen von der Alterung der Bevölkerung, welche über die demografische Entwicklung in die Prognose einfließt, keine vorhersehbare epidemiologische Entwicklung gebe, die einen Effekt auf die stationären Fallzahlen habe und quantifizierbar sei. Der Einflussfaktor der Epidemiologie wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

Auch wenn die epidemiologische Entwicklung keinen direkten Einfluss auf die Prognoserechnung hat, werden im Folgenden ein paar Überlegungen angestellt. In der Fachliteratur werden vor allem epidemiologische Entwicklungen erwartet, die einen Einfluss auf Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf, des Bewegungsapparats und in der (Radio-)Onkologie haben.

Dabei ist der Einfluss auf den zukünftigen Bedarf an medizinischen Leistungen nicht immer eindeutig, da oft gegenläufige Effekte prognostiziert werden, wie das Beispiel Lungenkrebs zeigt: Während bei den Männern eine Abnahme der Lungenkrebsfälle erwartet wird, muss bei den Frauen mit einer Zunahme gerechnet werden, unter Berücksichtigung des steigenden Anteils junger Frauen, die mit dem Rauchen beginnen. Die Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf werden vor allem durch die erwartete Zunahme von kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst. Beim Bewegungsapparat sind die Trends widersprüchlich. Eine aufgrund einer besseren Prävention abnehmende Anzahl an Schenkelhalsfrakturen überlagert den Trend zu zunehmenden Freizeit- und Sportunfällen. Bezüglich der (Radio-)Onkologie wird vor allem eine Zunahme von Krebspatienten erwartet, die einen Einsatz von Chemotherapien benötigen. Ausserdem geht man von einer Zunahme der Geburtenrate aus. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die prognostizierten Veränderungsraten in der Epidemiologie gering sind.

¹⁰ Die Faktoren bewegen sich im Bereich von [0.95, 1.78]. Allerdings sind 3680 von 3780 Schichten mit Faktor 1 bewertet.

4.4.6. Einflussfaktor Ökonomie

Wie bereits erwähnt, wurde kein ökonomischer Einflussfaktor wie z. B. Tarifentwicklungen bewertet. Der Einflussfaktor der Ökonomie wurde deshalb für alle Szenarien auf 1 festgelegt.

4.4.7. Einfluss von Ambulant vor Stationär

Das Konzept «Ambulant vor Stationär» (AVOS) wurde von den Kantonen Luzern und Zürich entwickelt und später vom Bund übernommen und gemeinsam weiterentwickelt. AVOS bezeichnet bestimmte Behandlungen, die ohne Ausnahmegrund nicht mehr stationär behandelt werden dürfen. Für die Prognose wurde davon ausgegangen, dass noch nicht alle Fälle, welche ambulant behandelt werden könnten, auch ambulant behandelt werden und es entsprechend noch ein Verlagerungspotential gibt.

Grundlage für die Berechnung des Einflusses von AVOS war die aktuelle Definition des BAG vom 1. Juli 2023. Grob zusammengefasst wurde für die Berechnung des Verlagerungspotentials die Gesamtmenge der Fälle mit Behandlungen gemäss der BAG Liste, um die klar stationär zu behandelnden Fälle reduziert und je nach Szenario unterschiedliche Prozentsätze von stationär nach ambulant verschoben bzw. von den stationären Fallzahlen der Prognose abgezogen:

- Szenario Haupt: 50 Prozent
- Szenario Min: 75 Prozent
- Szenario Max: 0 Prozent

Damit ergaben sich für den Einflussfaktor AVOS folgende Faktoren:

Tabelle A13. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren Ambulant vor Stationär nach SPLG und Szenario

SPLG	Haupt	Min	Max
Basispaket			
BP Basispaket	0.993	0.989	1.000
Hals-Nasen-Ohren			
HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	0.991	0.987	1.000
Ophthalmologie			
AUG1.4 Katarakt	0.718	0.576	1.000
Gefässe			
ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	0.782	0.673	1.000
Herz			
KAR1 Kardiologie und Devices	0.841	0.762	1.000
KAR3 Interventionelle Kardiologie, Koronareingriffe	0.899	0.848	1.000
Urologie			
URO1 Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	0.999	0.998	1.000
Bewegungsapparat chirurgisch			
BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	0.987	0.981	1.000
BEW2 Orthopädie	0.950	0.925	1.000
BEW3 Handchirurgie	0.916	0.874	1.000
BEW5 Arthroskopie des Knies	0.853	0.779	1.000
Gynäkologie			
GYN1 Gynäkologie	0.926	0.889	1.000
Geburtshilfe			
GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	0.998	0.998	1.000

Details der Berechnung: siehe Anhang, Kapitel 7.1.6. Ambulant vor Stationär.

4.5. Prognose akutsomatischer stationärer Bedarf 2035

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Glarus, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der Bedarf für akutsomatische stationäre Behandlungen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 prognostiziert.

4.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035

Die Tabelle A14 gibt einen Überblick über die prognostizierte Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der MAHD und der Pflergetage im Jahr 2035 in den drei Szenarien.

Tabelle A14. Prognose der Kerngrößen im Bereich Akutsomatik der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035

	Basis 2022	Prognose 2035 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	41.5	43.3	4% ^	4% ^	4% ^
Hospitalisationsrate	152.2	156.0	2% ^	-3% v	12% ^
Stationäre Behandlungsfälle	6 313	6 755	7% ^	1% ^	17% ^
Mittlere Aufenthaltsdauer	5.3	4.6	-13% v	-20% v	-3% v
Pflergetage	33 317	31 153	-6% v	-19% v	13% ^
Pflergetage / 1'000 EW	803	719	-10% v	-22% v	8% ^

Die Bedarfsprognose zeigt, dass die Fallzahlen im Hauptszenario hauptsächlich durch die demografische Entwicklung mit einer Bevölkerungszunahme und der Alterung um insgesamt 7 Prozent zunehmen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von nicht ganz 0.5 Prozent. Die Fallzahlen steigen damit von 6'313 auf 6'755 akutsomatische stationäre Fälle pro Jahr.

Dem steht eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer um -13 Prozent von 5.3 auf 4.6 Tage gegenüber. Die Reduktion der MAHD von durchschnittlich rund -1 Prozent pro Jahr übersteuert die Fallzunahme, und der Bedarf an Pflergetagen nimmt insgesamt um -6 Prozent von 33'317 auf 31'153 Tage ab.

Die Prognose wird wesentlich durch die genannten Faktoren geprägt. Die Annahmen zur Verlagerung in den ambulanten Bereich haben einen zusätzlichen, aber deutlich kleineren Effekt auf die Fallzahlen. Die Entwicklung der Medizintechnik ist praktisch vernachlässigbar.

Beim Minimalszenario bleiben die Fallzahlen trotz der Bevölkerungszunahme um 4 Prozent mehr oder weniger konstant. Dies kann damit erklärt werden, dass die Hospitalisationsrate beim Minimalszenario zu 75 Prozent auf die jeweils tieferen Schweizer Werte angeglichen wurde und deshalb um 3 Prozent sinkt. Dies wird durch die Annahme einer relativ starken Verschiebung in den ambulanten Bereich zusätzlich unterstützt. Die Angleichung an die Schweizer Werte erklärt auch die starke Verkürzung der MAHD um -20 Prozent und damit der Pflergetage um -19 Prozent. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Beim Maximalszenario steigt die Hospitalisationsrate um 12 Prozent. Im Maximalszenario wurde die Hospitalisationsrate und die MAHD nicht angeglichen. Auch wurde keine Verschiebung in den ambulanten Bereich angenommen. Die Fallzahlen weisen damit ein Plus von 17 Prozent auf und die MAHD sinkt weniger als im Hauptszenario nur um -3 Prozent. Mit dieser Prognose würden die Pflgetage um 13 Prozent zunehmen.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

4.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle A15 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der MAHD und der Pflgetage, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

Tabelle A15. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Leistungsbereichen¹¹

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
Grundversorgung Chirurgie und Medizin									
Basispaket	2 753	2 960	8% ^	5.5	4.9	-11% v	15 242	14 505	-5% v
Nervensystem und Sinnesorgane									
Dermatologie	14	18	29% ^	7.1	3.9	-45% v	100	74	-26% v
Hals-Nasen-Ohren	186	190	2% ^	3.2	2.7	-16% v	591	508	-14% v
Neurochirurgie	39	37	-5% v	7.2	6.3	-13% v	281	238	-15% v
Neurologie	86	91	6% ^	5.1	4.3	-16% v	443	398	-10% v
Ophthalmologie	55	63	15% ^	1.7	1.5	-13% v	91	95	4% ^
Spezialversorgung Innere Organe									
Endokrinologie	34	33	-3% v	9.7	6.8	-29% v	329	226	-31% v
Gastroenterologie	183	208	14% ^	8.9	7.2	-19% v	1 627	1 497	-8% v
Viszeralchirurgie	115	130	13% ^	10.1	8.1	-20% v	1 158	1 056	-9% v
Hämatologie	62	84	35% ^	8.0	7.1	-11% v	495	601	21% ^
Gefässe	119	127	7% ^	6.4	5.1	-19% v	755	652	-14% v
Herz	225	256	14% ^	5.5	4.2	-23% v	1 236	1 088	-12% v
Nephrologie	28	31	11% ^	8.5	7.9	-7% v	238	246	3% ^
Urologie	310	341	10% ^	3.7	3.3	-10% v	1 162	1 145	-1% v
Pneumologie	94	103	10% ^	8.8	7.5	-15% v	828	778	-6% v
Thoraxchirurgie	11	13	18% ^	8.9	7.1	-21% v	98	93	-5% v
Transplantationen	0	1			10.0		0	9	
Bewegungsapparat									
Bewegungsapparat chirurgisch	949	993	5% ^	4.7	4.2	-10% v	4 496	4 213	-6% v
Rheumatologie	22	30	36% ^	7.6	6.2	-19% v	167	186	11% ^
Gynäkologie und Geburtshilfe									
Gynäkologie	203	180	-11% v	2.8	2.5	-12% v	569	446	-22% v
Geburtshilfe	404	421	4% ^	3.6	3.1	-14% v	1 454	1 322	-9% v
Neugeborene	373	379	2% ^	3.8	3.2	-16% v	1 420	1 213	-15% v
Übrige Spezialversorgung									
(Radio-)Onkologie	30	42	40% ^	12.6	8.8	-30% v	379	368	-3% v
Schwere Verletzungen	18	24	33% ^	8.8	8.1	-8% v	158	196	24% ^
Total									
Total	6 313	6 755	7% ^	5.3	4.6	-13% v	33 317	31 153	-6% v

Im Überblick widerspiegeln die Veränderungen der Fallzahlen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur. Leistungsbereiche mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise generell Krebserkrankungen (z. B. die SPLB (Radio-)Onkologie oder Hämatologie), haben grössere Fallzunahmen als Leistungsbereiche mit eher jüngeren Patientinnen und Patienten. In der Detailbetrachtung stellen sich jedoch zahlreiche Fragen. Zur Veranschaulichung der Interpretation wurde deshalb die Entwicklung der Rheumatologie und der Gynäkologie beispielhaft im Anhang, Kapitel 7.1.8., weiter aufgeschlüsselt.

¹¹ Die Transplantationen sind hellgrau dargestellt, weil die tiefe Fallzahl keine aussagekräftige Prognose zulässt.

4.5.3. Prognose nach Altersgruppen

Die Zunahme der Bevölkerung von 41'471 im Jahr 2022 um insgesamt 4.4 Prozent auf 43'300 im Jahr 2035 und die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen prägt im Wesentlichen die Bedarfsprognose für 2035. Die Tabelle A16 zeigt die Auswirkung der Demografie auf die Anzahl Fälle, die Pfl egetage und die MAHD.

Tabelle A16. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pfl egetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Altersgruppen

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pfl egetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
0-15	355	318	-10% ∨	3.2	2.6	-18% ∨	1 147	847	-26% ∨
16-39	787	645	-18% ∨	2.9	2.5	-13% ∨	2 300	1 656	-28% ∨
40-59	1 180	1 206	2% ^	4.3	3.7	-16% ∨	5 131	4 410	-14% ∨
60-79	2 162	2 324	7% ^	6.0	5.1	-16% ∨	13 056	11 795	-10% ∨
80+	1 052	1 462	39% ^	8.4	6.8	-19% ∨	8 809	9 910	12% ^
Neugeborene	373	379	2% ^	3.8	3.2	-16% ∨	1 420	1 213	-15% ∨
Geburten	404	421	4% ^	3.6	3.1	-14% ∨	1 454	1 322	-9% ∨
Total	6 313	6 755	7% ^	5.3	4.6	-13% ∨	33 317	31 153	-6% ∨

Es ist ersichtlich, dass insbesondere in den Altersgruppen 60–79 und 80+ mit einer starken Zunahme an Patientinnen und Patienten gerechnet wird. Die Abnahme bei den unter 40-Jährigen sowie die leichte Zunahme der Altersgruppen Neugeborene und Geburten ist auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Über den Zusammenhang in Tabelle A16 zwischen den Werten der Altersgruppen Neugeborene und Geburten gibt Kapitel 7.1.5. im Anhang Auskunft.

In allen Altersgruppen wird eine Verkürzung der MAHD erwartet. Die Pfl egetage gehen mit Ausnahme der Altersgruppe 80+ ebenfalls in allen Altersgruppen zurück.

4.6. Fazit Akutsomatik

Das Bevölkerungswachstum im Kanton Glarus hat die Prognosen im Rahmen der Glarner Spitalplanung 2012 weit übertroffen. Trotzdem war die Versorgungssicherheit in der Akutsomatik zu jeder Zeit gewährleistet und es mussten nur geringfügige Änderungen an den Spitallisten von 2012 vorgenommen werden.

Das KSGl spielt in der akutstationären Grundversorgung der Glarnerinnen und Glarner eine zentrale Rolle. Rund drei Viertel der Fälle von Glarner Einwohnerinnen und Einwohnern im Basispaket werden im KSGl behandelt. In den aufwändigeren Spezialgebieten suchen die Patientinnen und Patienten hingegen oftmals ausserkantonale Spitäler auf. Zwischen 2012 und 2022 nahmen die stationären Fälle am KSGl jedoch ab, während die ausserkantonale behandelten Fälle zunahmen. Offenbar wird die mit der im 2012 eingeführten Spitalfinanzierung angestrebte freie Spitalwahl von der Bevölkerung wahrgenommen.

Auch im kommenden Jahrzehnt wird das Bevölkerungswachstum kombiniert mit der Alterung prägend für die Bedarfsentwicklung bleiben: Die Hospitalisationsrate steigt mit zunehmendem Alter. Somit werden die Fallzahlen insgesamt, jedoch vor allem in Leistungsbereichen mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, zunehmen. Die steigenden Fallzahlen werden allerdings durch die Verkürzung der MAHD übersteuert, so dass eine leichte Reduktion der Pfl egetage resultiert. Es wird somit kaum zu Kapazitätserweiterungen kommen, jedoch zu Umschichtungen zwischen verschiedenen Fachgebieten. Eine starke Zunahme von

Fällen – in absoluten Zahlen – ist einzig in der Grundversorgung (Basispaket) und in geringerem Ausmass in der Urologie zu erwarten. Rückgänge, ebenfalls in geringerem Ausmass, werden für die Gynäkologie prognostiziert.

Den Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung, der Epidemiologie und der Ökonomie wird ein eher geringer Einfluss auf die Entwicklung des Versorgungsbedarfs in der Akut-somatik beigemessen.

5. Rehabilitation

5.1. Leistungsbereiche und Struktur

Für die Rehabilitation wurde die Leistungsgruppendifinition SPLG-Grouper23 (Version 2023.99.6) für das Jahr 2022 des Kantons Zürich verwendet.¹² Diese Version entspricht der im Kanton Zürich für die Spitalplanung 2023 verwendeten Leistungsgruppensystematik.¹³ Die Rehabilitations-Leistungsgruppen (RehaLG) wurden zusammengefasst zu Rehabilitations-Leistungsbereichen (RehaLB).

Tabelle R1. Darstellungsebenen und Gliederung der Rehabilitations-Leistungsbereiche (RehaLB, graue Zeilen) und die Rehabilitations-Leistungsgruppen (RehaLG)

Leistungsgruppen (RehaLG)	Bezeichnung
Muskuloskelettal	
MSK1	Allgemein muskuloskelettal
MSK2	Entzündliches Rheuma
MSK3	Polytrauma ohne Hirnverletzungen
MSK4	Amputationen
MSK5	Verbrennungen
Neurologisch	
NER1	Allgemein neurologisch
NER2	Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
NER3	Multiple Sklerose (Spätphase)
NER4	Parkinson (Spätphase, Abklärung)
NER5	Polytrauma mit Hirnverletzungen
NER6	Querschnittlähmung und querschnittsähnliche Syndrome
Kardiovaskulär	
RKA1	Allgemein kardiovaskulär
RKA2	Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunsthertz
Pulmonal	
PNR1	Allgemein pulmonal
PNR2	Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
Internistisch-Onkologisch	
INO1	Internistisch
INO2	Onkologisch
Somatoform	
SOM1	Somatoforme Störungen

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pflegetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Glarus wurde pro RehaLG und drei Altersgruppen (0–17, 18–75, 76+) berechnet. Das Geschlecht ist im Gegensatz zur Akutsomatik in der Rehabilitation wie auch in der Psychiatrie für die Prognose nicht relevant und wurde deshalb nicht berücksichtigt. Daraus ergaben sich 54 Kombinationsmöglichkeiten (Schichten). Für jede Schicht wurden zudem 3 Szenarien

¹² <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>.

¹³ Gegen die Spitalliste Rehabilitation 2023 des Kantons Zürich wurde in Bezug auf die Beurteilung des Wirtschaftlichkeitskriteriums Einspruch erhoben. Auf die Leistungsgruppensystematik hat dies keinen Einfluss, auch wenn der Kanton Zürich den Prozess der Spitalplanung im Bereich Rehabilitation aufgrund der Einsprachen sistiert hat.

(Haupt, Minimal, Maximal) berücksichtigt, was zu insgesamt 162 Prognoserechnungen führte.

Aufgrund der kleinen Fallzahlen im Kanton Glarus sind viele Schichten nur schwach oder gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung analog der Akutsomatik eine Korrektur der tiefen Fallzahlen und der Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2022 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020 wegen des Einflusses der Coronavirus-Pandemie). Damit kam es zu einzelnen wenigen Korrekturen in den Schichten. Insgesamt hatte diese Korrektur aber keinen Einfluss auf das Total der Fälle, weil die Korrektur positiv wie auch negativ ausfallen kann und sich die Korrekturen zufälligerweise gerade aufgehoben haben. Bei Schichten, die auch im Durchschnitt der drei Jahre keine Glarner Fälle aufwiesen, wurde zudem auch die Hospitalisationsrate an den Schweizer Schnitt angeglichen. Details zu den oben zusammengefassten Korrekturen resp. Angleichungen siehe Anhang, Kapitel 7.2.2. Fallzahlen und Korrekturen, Kapitel 7.2.3. Angleichung Hospitalisationsraten und Kapitel 7.2.4. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer.

5.2. Versorgungslage 2022

5.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2022 wurden 355 Glarner Einwohnerinnen und Einwohner in stationärer Rehabilitation behandelt. Ein Drittel dieser stationären Rehabilitationen erfolgte in der ZzC Glarus. Die restlichen Fälle verteilten sich auf diverse ausserkantonale Rehabilitationskliniken.

Die Tabelle R2 zeigt die Verteilung der Fälle auf die Spitäler. Abgebildet sind alle Listenspitäler der Glarner Spitalliste Rehabilitation 2012 und die zwei Spitäler ohne Leistungsauftrag des Kantons Glarus mit den höchsten Fallzahlen. Letztere sind jeweils mit einem Stern «*» gekennzeichnet. Ausserdem werden pro Spital die drei häufigsten Leistungsbereiche aufgeführt.

Tabelle R2. Stationäre Rehabilitationsfälle im Jahr 2022 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus und die drei häufigsten Leistungsbereiche pro Spital der Spitalliste Rehabilitation 2012¹⁴

Spital	Fälle	Anteil	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
ZzC Glarus	116	33%	Muskuloskelettal 87%	Internistisch-Onkologisch 6%	Neurologisch 3%
ZzC Zurzach	9	3%	Muskuloskelettal 44%	Neurologisch 33%	Kardiovaskulär 11%
ZzC Baden	3	1%	Muskuloskelettal 100%	Neurologisch 0%	Kardiovaskulär 0%
ZzC Zollikerberg	3	1%	Muskuloskelettal 67%	Internistisch-Onkologisch 33%	Neurologisch 0%
ZzC Kilchberg	1	0%	Neurologisch 100%	Muskuloskelettal 0%	Kardiovaskulär 0%
Bellikon	12	3%	Muskuloskelettal 67%	Neurologisch 25%	Internistisch-Onkologisch 8%
RhzV Valens	47	13%	Neurologisch 87%	Muskuloskelettal 9%	Internistisch-Onkologisch 4%
Seewis	29	8%	Kardiovaskulär 79%	Internistisch-Onkologisch 21%	Muskuloskelettal 0%
ZRZ Davos	9	3%	Muskuloskelettal 67%	Somatoform 22%	Neurologisch 11%
SPZ Nottwil	6	2%	Neurologisch 67%	Muskuloskelettal 33%	Kardiovaskulär 0%
REHAB Basel	1	0%	Neurologisch 100%	Muskuloskelettal 0%	Kardiovaskulär 0%
Balgrist	1	0%	Neurologisch 100%	Muskuloskelettal 0%	Kardiovaskulär 0%
ZRZ Wald	33	9%	Neurologisch 36%	Pulmonal 21%	Internistisch-Onkologisch 18%
Kispi	3	1%	Neurologisch 100%	Muskuloskelettal 0%	Kardiovaskulär 0%
HGBK Davos *	23	6%	Kardiovaskulär 57%	Pulmonal 22%	Internistisch-Onkologisch 9%
RhzV Walenstadtberg *	17	5%	Internistisch-Onkologisch 41%	Muskuloskelettal 35%	Pulmonal 24%
Übrige	42	12%	Muskuloskelettal 50%	Internistisch-Onkologisch 26%	Neurologisch 14%
Total	355	100%	Muskuloskelettal 45%	Neurologisch 23%	Kardiovaskulär 13%

¹⁴ Volle Namen zu den Spitalkurzzeichen der dargestellten Spitäler siehe Anhang, Kapitel 7.6., absolute Zahlen der Leistungsbereiche siehe Anhang, Kapitel 7.7.

5.2.2. Analyse der Behandlungen

Die ZzC Glarus leistete 33 Prozent der Rehabilitationen bei Glarner Patientinnen und Patienten. Die Schwerpunkte lagen in der muskuloskelettalen Rehabilitation.

Tabelle R3. Stationäre Rehabilitationsfälle der Glarner Spitäler von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach RehaLB

	Total	ZzC Glarus		Ausserkantonale	
	Fälle	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
Muskuloskelettal	161	101	63%	60	37%
Neurologisch	81	4	5%	77	95%
Kardiovaskulär	47	2	4%	45	96%
Pulmonal	19	2	11%	17	89%
Internistisch-Onkologisch	44	7	16%	37	84%
Somatoform	3	0	0%	3	100%
Total	355	116	33%	239	67%

Bei der Interpretation der Fallzahlen und später im Zusammenhang mit der Prognose ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die ZURZACH Care AG die Rehaklinik Glarus im Herbst 2023 schloss (siehe auch im Kapitel 1.2. Aktueller Stand der stationären Spitalversorgung).

Die ZzC Glarus war in der muskuloskelettalen Rehabilitation für nicht ganz zwei Drittel der Glarner Versorgung verantwortlich, hatte jedoch ein sehr breites Behandlungsspektrum. In den anderen Rehabilitationsbereichen, war die innerkantonale Versorgung relativ tief und die Behandlung erfolgte vorwiegend ausserkantonale.

Die detailliertere Aufschlüsselung der ausserkantonalen Spitäler nach Leistungsbereichen zeigt eine breite Verteilung mit mehrheitlich tiefen einstelligen Fallzahlen. Einzig die Kliniken Valens mit Standort Valens (RhZV Valens) im Bereich der neurologischen Rehabilitation und das Rehabilitationszentrum Seewis (Seewis) im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation behandelten mehr als 20 Glarner Patientinnen und Patienten.

Tabelle R4. Stationäre Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Leistungsgruppen und Spital

Leistungsbereich	Total	ZzC Glarus	ZzC Zurzach	ZzC Baden	ZzC Zollikerberg	ZzC Klichberg	Bellikon	RhZV Valens	Seewis	ZRZ Davos	SPZ Nottwil	REHAB Basel	Balgrist	ZRZ Wald	Kispi	HGBK Davos *	RhZV Valenstadtberg *	Übrige
Muskuloskelettal	161	101	4	3	2	0	8	4	0	6	2	0	0	3	0	1	6	21
Neurologisch	81	4	3	0	0	1	3	41	0	1	4	1	1	12	3	1	0	6
Kardiovaskulär	47	2	1	0	0	0	0	0	23	0	0	0	0	5	0	13	0	3
Pulmonal	19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	5	4	1
Internistisch-Onkologisch	44	7	1	0	1	0	1	2	6	0	0	0	0	6	0	2	7	11
Somatoform	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	355	116	9	3	3	1	12	47	29	9	6	1	1	33	3	23	17	42

Die Glarner Spitalliste deckte mit insgesamt 82 Prozent einen Grossteil der rehabilitativen Behandlungen der Glarner Bevölkerung ab. Im Bereich der muskuloskelettalen und der neurologischen Rehabilitation sind die Versorgungsanteile mit 86 Prozent bzw. 91 Prozent sehr

hoch. In den anderen Rehabilitationsbereichen liegt der Versorgungsanteil der Glarner Listenspitäler um die 70 Prozent.

Tabelle R5. Versorgungsanteil der stationären Rehabilitationsfälle: Anteil am Total aller Glarner Fälle pro Spital der Spitalliste Rehabilitation und Leistungsbereich im Jahr 2022

RehaLB	Total	ZzC Glarus	ZzC Zurzach	ZzC Baden	ZzC Zollikerberg	ZzC Kilchberg	Bellikon	RhzV Valens	Seewis	ZRZ Davos	SPZ Nottwil	REHAB Basel	Balgrist	ZRZ Waid	Kispi	Alle SL-Spitäler
Muskuloskelettal	161	63%	2%	2%	1%	0%	5%	2%	0%	4%	1%	0%	0%	2%	0%	86%
Neurologisch	81	5%	4%	0%	0%	1%	4%	51%	0%	1%	5%	1%	1%	15%	4%	91%
Kardiovaskulär	47	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	49%	0%	0%	0%	0%	11%	0%	66%
Pulmonal	19	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	37%	0%	68%
Internistisch-Onkologisch	44	16%	2%	0%	2%	0%	2%	5%	14%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	70%
Somatoform	3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	67%
Total	355	33%	3%	1%	1%	0%	3%	13%	8%	3%	2%	0%	0%	9%	1%	82%

5.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsbereiche der einzelnen Spitäler sind auch weitere Fallmerkmale wie die Versicherungsklassen, die Herkunft und die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle R6 ist die Belegung der Spitäler betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

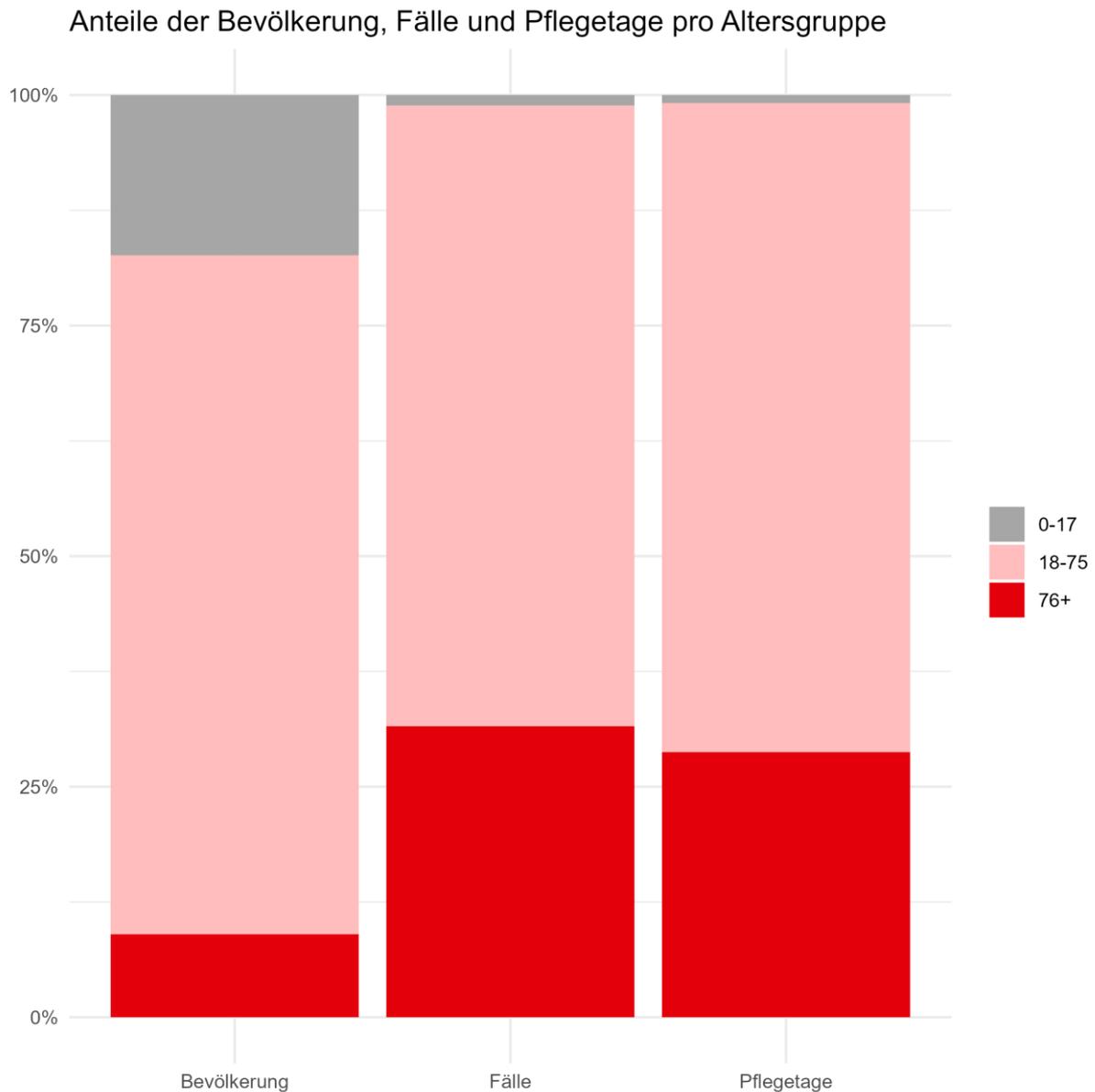
Tabelle R6. Anteile aller stationären Rehabilitationsfälle im Jahr 2022 nach Versicherungsklasse, Kostenträger und Wohnkanton pro Spital der Spitalliste Rehabilitation¹⁵

	ZzC Glarus	ZzC Zurzach	ZzC Baden	ZzC Zollikerberg	ZzC Kilchberg	Bellikon	RhzV Valens	Seewis	ZRZ Davos	SPZ Nottwil	REHAB Basel	Balgrist	ZRZ Waid	Kispi	HGBK Davos *	RhzV Walenstadtberg *	Übrige
Versicherungskategorie																	
Allgemeine Abteilung	75%	71%	80%	60%	80%	81%	75%	76%	78%	85%	82%	71%	76%	87%	73%	77%	75%
Privat / Halbprivat	25%	29%	20%	40%	20%	19%	25%	24%	22%	15%	18%	29%	24%	13%	27%	23%	25%
Kostenträger																	
Patienten nach KVG	97%	97%	98%	97%	98%	53%	93%	100%	95%	68%	85%	79%	98%	35%	93%	97%	96%
UV, IV, MV, Selbstzahler	3%	3%	2%	3%	2%	47%	7%	0%	5%	32%	15%	21%	2%	65%	7%	3%	4%
Wohnkanton																	
Glarus	42%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	4%	1%	1%	1%	0%	2%	1%	2%	2%	0%
Übrige	58%	100%	100%	100%	100%	99%	98%	96%	99%	99%	99%	100%	98%	99%	98%	98%	100%

Wie bei der Akutsomatik nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit mit steigendem Alter zu. In der Abbildung R1 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Fälle und der Pflergetage nach Altersgruppen aufgeführt.

¹⁵ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Rehabilitation vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

Abbildung R1. Anteile an stationären Rehabilitationsfällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und nach Bevölkerung, Fällen und Pflegetage



Die bereits in Tabelle R2 dargestellte Verteilung der stationären Rehabilitationen auf die Leistungsgruppen widerspiegelt sich auch in der Aufteilung auf die Altersgruppen. Die muskuloskelettale Rehabilitation war am häufigsten, gefolgt von der neurologischen Rehabilitation. Die Relationen in der Altersgruppe 0–17 sind mit insgesamt nur 3 Fällen nicht aussagekräftig.

Tabelle R7. Häufigkeit der Leistungsbereiche an stationären Rehabilitationsfällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-17	Neurologisch (100%)		
18-75	Muskuloskelettal (39%)	Neurologisch (25%)	Kardiovaskulär (15%)
76+	Muskuloskelettal (60%)	Neurologisch (15%)	Internistisch-Onkologisch (12%)

5.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Wie bereits erläutert sind die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Wie die folgende Abbildung R2 zeigt, weist die Altersgruppe 76+ die höchste Hospitalisationsrate auf. Kinder und Jugendliche wurden selten stationär behandelt. Zu den Aufenthaltsdauern bei den Kindern und Jugendlichen lässt sich aufgrund der tiefen Fallzahlen keine statistisch signifikante Aussage machen. Im Gegensatz zur Akutsomatik sank die MAHD bei der ältesten Glarner Altersgruppe. Dies ist auf die bei jüngeren Patientinnen und Patienten eher länger dauernden Rehabilitationen nach Unfällen oder einem Schlaganfall zurückzuführen.

Abbildung R2. Hospitalisationsraten und mittlere Aufenthaltsdauern der stationären Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Altersgruppen

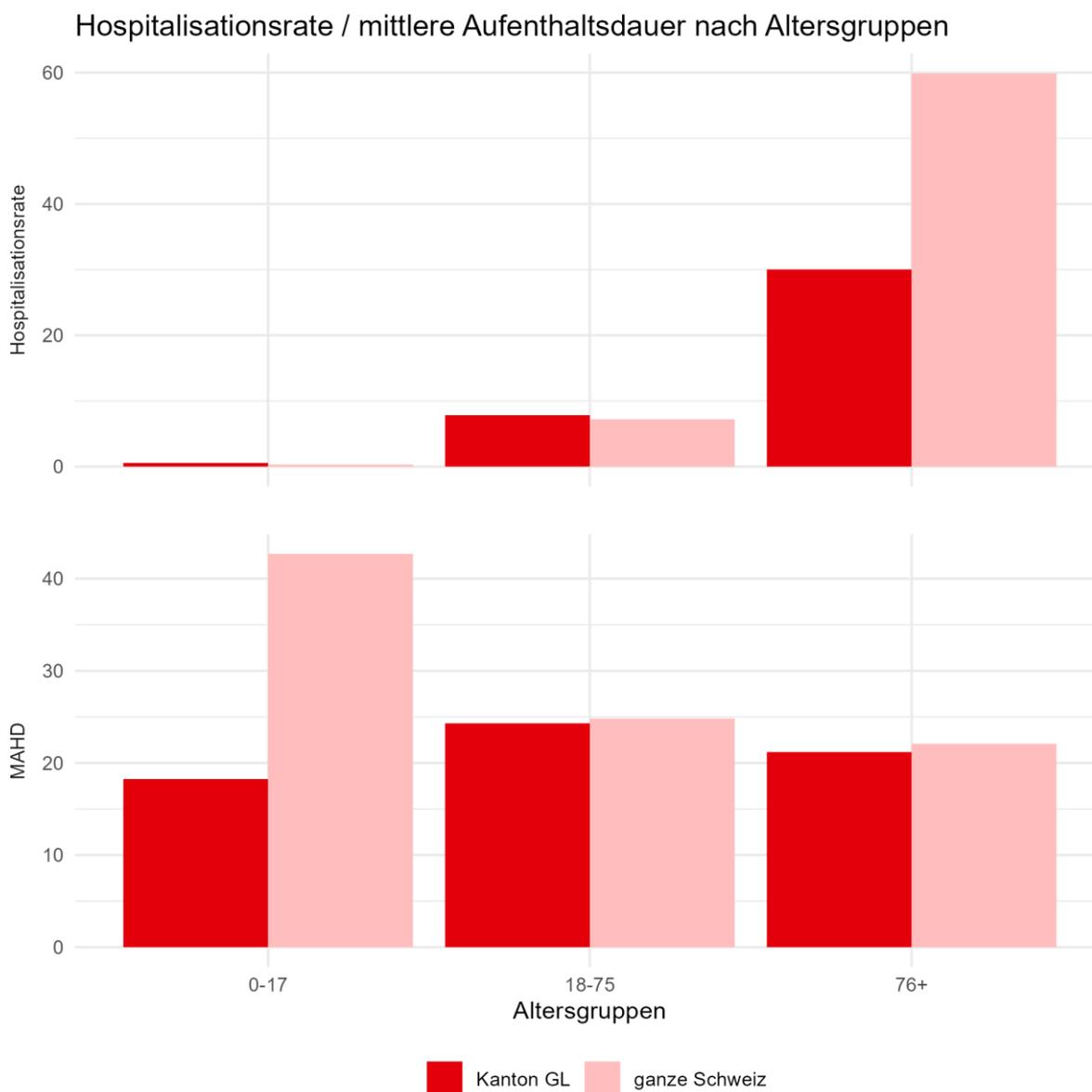


Tabelle R8. Hospitalisationsraten (pro 1'000 Einwohner), mittlere Aufenthaltsdauern und Pflage tage (pro 1'000 Einwohner) der stationären Rehabilitationsfälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflage tage / 1'000 Ew.		
	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ
0-17	0.3	0.6	0.3	42.7	18.2	-24.5	12.7	10.1	-2.6
18-75	7.2	7.8	0.6	24.8	24.3	-0.5	178.9	190.2	11.3
76+	59.9	30.0	-29.9	22.1	21.2	-0.9	1 321.9	635.8	-686.1
Alle Altersgruppen	10.5	8.6	-1.9	23.6	23.2	-0.4	247.9	199.0	-48.9

Der Vergleich der Hospitalisationsrate und der MAHD der Glarner Bevölkerung mit der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass die Glarner insbesondere in der Altersgruppe 76+ deut-

lich weniger hospitalisiert wurden. Die MAHD war mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen, bei welchen die tiefen Fallzahlen den Wert relativieren, gleich oder nur leicht kürzer als in der restlichen Schweiz.

5.3. Entwicklung seit 2012

In der Tabelle R9 sind die Fälle, die MAHD und die Pflage tage der Jahre 2012 und 2022 dargestellt. Die Fallzahlen sanken im Total und insbesondere innerkantonal deutlich. Insgesamt erfolgte über die 10 Jahre eine Abnahme um -15 Prozent. Die MAHD stieg im ZzC Glarus um 16 Prozent und sank ausserkantonal um -2 Prozent. Dies führte zusammen mit den kleineren Fallzahlen zu einer Abnahme der Pflage tage um -6 Prozent.

Tabelle R9. Fälle, MAHD und Pflage tage stationärer Rehabilitationsfälle von Glarner Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 und 2022¹⁶

	Fälle			MAHD			Pflage tage		
	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ
ZzC Glarus	213	116	-46% √	16.5	19.2	16% ⤴	3 516	2 224	-37% √
ZzC Braunwald	10	0	-100% √	24.1	-		241	0	-100% √
Ausserkantonal	194	239	23% ⤴	25.8	25.2	-2% √	4 996	6 028	21% ⤴
Total	417	355	-15% √	21.0	23.2	11% ⤴	8 753	8 252	-6% √

Die Entwicklung der Fallzahlen ist bemerkenswert. Die Zunahme der Glarner Bevölkerung um rund 5 Prozent im betrachteten Zeitraum steht im Widerspruch zur Abnahme der Fallzahlen der stationären Rehabilitation. Auch die Verschiebung vom innerkantonalen Anbieter ZzC Glarus zu ausserkantonalen Rehabilitationskliniken ist sehr auffällig.

5.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

5.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt

Wie in der Akutsomatik im Kapitel 4.4. beschrieben kann allgemein betrachtet eine lokal höhere Hospitalisationsrate als der gesamtschweizerische Vergleichswert als eine Überversorgung interpretiert werden, welche sich in den nächsten zehn Jahren tendenziell angleichen wird (Argumentation für die Angleichung an den Vergleichswert siehe Anhang, Kapitel 7.2.3.). Entsprechend wurde die Glarner Hospitalisationsrate bei den RehaLG, bei welchen sie pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, auf den schweizerischen Durchschnitt angeglichen. Die Angleichung erfolgte ebenfalls wie bei der Akutsomatik je nach Szenario unterschiedlich. Beim Hauptszenario wurde um 50 Prozent der Differenz zwischen der Glarner und der Schweizer Hospitalisationsrate angeglichen, im Minimalszenario zu 75 Prozent und im Maximalszenario wurde gar keine Angleichung angenommen.

5.4.2. Angleichung MAHD an den Schweizer Durchschnitt

Grundsätzlich ist auch in der Rehabilitation davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauern von Behandlungen, die bei Glarner Patienten bisher länger waren als im schweizerischen

¹⁶ Hinweis: Die Fälle der ZzC Braunwald wurden 2012 als Rehabilitationsfälle und 2022 als Psychiatriefälle abgerechnet und in der Statistik entsprechend zugeteilt.

Vergleich, in den nächsten Jahren sinken werden. Aus diesem Grund wurde davon ausgegangen, dass bei den RehaLG, bei welchen die Glarner MAHD pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, diese sich dem schweizerischen Durchschnitt annähern wird.

Wie bei der Hospitalisationsrate beschrieben, wurden die MAHD je nach Szenario unterschiedlich angeglichen. Beim Hauptszenario wurde die MAHD um 50 Prozent der Differenz zwischen der Glarner und der Schweizer MAHD angleichen, im Minimalszenario wurde zu 75 Prozent und im Maximalszenario gar keine Angleichung angenommen.

Hingegen wurde auf eine generelle Reduktion der MAHD verzichtet, da die Behandlungsdauer in der Rehabilitation in der Regel über eine Kostengutsprache von den Kranken- und Unfallversicherern gesteuert werden. Details dazu siehe Anhang, Kapitel 7.2.4. Angleichung MAHD.

5.4.3. Demografie

Die in Kapitel 1.3. gezeigte Bevölkerungsprognose des BFS für den Kanton Glarus für das Jahr 2035, wirkt sich auch auf die Fallzahlen der Rehabilitation aus. Die Verschiebung zu den älteren Altersgruppen verstärkt diese Entwicklung. Damit ist die Demografie auch der prägende Faktor für die Bedarfsprognose Rehabilitation. Die Tabelle R10 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle R10. Entwicklung der Fallzahlen nach Altersgruppen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner¹⁷

Alter	2022		Veränderung		2035	
	Fälle	Anteil	Fälle	Δ	Fälle	Anteil
0-17	4	1%	-1	-25% ∨	3	1%
18-75	239	67%	11	5% ^	250	60%
76+	112	32%	54	48% ^	166	40%
Total	355	100%	64	18% ^	419	100%

5.4.4. Medizintechnische Entwicklung

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 zeichnen sich in der Medizintechnik keine für die Rehabilitation relevanten Entwicklungen ab.

Hingegen sollten sich die in der Akutsomatik prognostizierten Fallzunahmen bei den Revisionen von Hüft- und Knieprothesen (SPLG BEW7.1.1 und BEW7.2.1, siehe Kapitel 4.4. Medizintechnische Entwicklung) auch auf die Rehabilitationsfälle auswirken. Der Einflussfaktor wurde ermittelt indem die Auswirkungen der zusätzlichen Fälle aus der Akutsomatik auf die RehaLG MSK1 berechnet wurde.

¹⁷ Die Altersgruppe 0–17 ist hellgrau dargestellt, weil die tiefe Fallzahl keine aussagekräftige Prognose zulässt.

Tabelle R11. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Medizintechnologie Akutsomatik nach RehaLG und Szenario

RehaLG	Altersgruppe	Haupt	Min	Max
Muskuloskelettal				
MSK1	18-75	1.03	1.00	1.07
MSK1	76+	1.04	1.01	1.09

5.4.5. *Epidemiologische Entwicklung*

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 zeichnen sich in der Epidemiologie ebenfalls keine relevanten Entwicklungen für die Rehabilitation ab.

5.4.6. *Entwicklung geriatrische Rehabilitation*

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 wurde davon ausgegangen, dass die explizite Abbildung der geriatrischen Rehabilitation in der Leistungsgruppensystematik zu einer leichten Zunahme der Hospitalisationsrate bei der Altersgruppe 76+ führen wird.

Tabelle R12. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der geriatrischen Rehabilitation nach Leistungsbereich und Szenario

Leistungsbereich	Altersgruppe	Haupt	Min	Max
Muskuloskelettal	76+	1.02	1.00	1.07
Neurologisch	76+	1.02	1.00	1.07
Kardiovaskulär	76+	1.02	1.00	1.07
Pulmonal	76+	1.02	1.00	1.07
Internistisch-Onkologisch	76+	1.02	1.00	1.07
Somatoform	76+	1.02	1.00	1.07

5.4.7. *Ambulantisierung*

Grundsätzlich ist die Entwicklung zur ambulanten Behandlung auch für die Rehabilitation relevant. Da im Kanton Glarus jedoch kein Programm zur Steigerung des ambulanten Rehabilitationsangebots besteht und auch sonst keine zahlenmässig eindeutig feststellbare Tendenz zur Ambulantisierung feststellbar ist, wurde auf die Berücksichtigung dieses Einflussfaktors verzichtet.

5.4.8. *Reduktion MAHD durch ST-Reha*

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 hat die Einführung des neuen Tarifsystems ST-Reha nur einen minimalen Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer, weil es in der ST-Reha Version 1.0 nur gerade bei der Psychosomatischen Rehabilitation degressive Tageskostengewichte gibt. Es wurde deshalb nur im Minimalszenario von einer Verkürzung der MAHD um -5 Prozent ausgegangen.

5.5. Prognose stationärer Rehabilitationsbedarf 2035

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Glarus, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der künftige Bedarf der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner gezeigt.

5.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035

Die Tabelle R13 gibt einen Überblick über die prognostizierte Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der MAHD und der Pflage tage im Jahr 2035 in den verschiedenen Szenarien.

Tabelle R13. Prognose der Kerngrößen im Bereich Rehabilitation der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035

	Basis 2022	Prognose 2035 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	41.5	43.3	4% ^	4% ^	4% ^
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	8.6	9.7	13% ⬆	9% ^	19% ⬆
Stationäre Behandlungsfälle	355	419	18% ⬆	14% ⬆	25% ⬆
Mittlere Aufenthaltsdauer	23.2	23.0	-1% =	-5% v	-1% =
Pflage tage	8 252	9 654	17% ⬆	8% ^	23% ⬆
Pflage tage / 1'000 EW	199	223	12% ⬆	4% ^	18% ⬆

In der Rehabilitation, mit den vielen älteren Patientinnen und Patienten, ist die demografische Entwicklung für die Bedarfsprognose prägend. Im Hauptszenario wird eine Zunahme der Hospitalisationsrate um insgesamt 13 Prozent und ein Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer um -1 Prozent prognostiziert. In der Summe resultiert eine Zunahme der stationären Rehabilitationsfälle um 18 Prozent auf 419 Fälle und der Pflage tage um 17 Prozent auf 9'654 Tage.

Beim Minimalszenario wird eine Zunahme der Fälle um 14 Prozent und der Pflage tage um 8 Prozent prognostiziert. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Die Prognose weist bei den Fallzahlen ein Plus von 25 Prozent und bei den Pflage tagen ein Plus von 23 Prozent aus.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

5.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle R14 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der MAHD und der Pflage tage, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen.

Tabelle R14. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Leistungsbereichen

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
Muskuloskelettal	161	203	26% ⬆	20.0	20.2	1% ⬆	3 221	4 109	28% ⬆
Neurologisch	81	88	9% ⬆	32.2	33.1	3% ⬆	2 608	2 914	12% ⬆
Kardiovaskulär	47	52	11% ⬆	21.6	21.4	-1% =	1 013	1 112	10% ⬆
Pulmonal	19	19	0% =	23.0	22.3	-3% ⬇	437	425	-3% ⬇
Internistisch-Onkologisch	44	51	16% ⬆	18.3	18.1	-1% ⬇	807	923	14% ⬆
Somatoform	3	6	100% ⬆	55.3	28.5	-48% ⬇	166	171	3% ⬆
Total	355	419	18% ⬆	23.2	23.0	-1% =	8 252	9 654	17% ⬆

Die unterschiedlichen Entwicklungen der prognostizierten Fallzahlen sind primär auf die Entwicklung der Altersstruktur zurückzuführen. So ist die Zunahme im Leistungsbereich Muskuloskelettal mit vorwiegend Fällen älterer Patientinnen und Patienten am grössten. Die Prognose für den Leistungsbereich Somatoform ist hellgrau dargestellt, weil die tiefe Fallzahl keine aussagekräftige Prognose zulässt.

5.5.3. Prognose nach Altersgruppen

Die Tabelle R15 zeigt die Prognose der Fallzahlen, die Aufenthaltsdauer und die Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle R15. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Altersgruppen

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
0-17	4	3	-25% ⬇	18.2	42.3	132% ⬆	73	127	74% ⬆
18-75	239	250	5% ⬆	24.3	24.3	0% =	5 807	6 080	5% ⬆
76+	112	166	48% ⬆	21.2	20.8	-2% ⬇	2 372	3 447	45% ⬆
Total	355	419	18% ⬆	23.2	23.0	-1% =	8 252	9 654	17% ⬆

Wie bereits erläutert, wirkt die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen in der Rehabilitation stark auf die Fallzahlen. Aufgrund der deutlich höheren Hospitalisationsrate der über 76-Jährigen und der demografischen Entwicklung, nehmen die Fallzahlen stark zu. Die tiefe Fallzahl bei den Kindern und Jugendlichen lässt keine verlässliche Aussage zu, darum ist die Zeile in hellgrauer Schrift dargestellt.

5.6. Fazit Rehabilitation

Wie im Kapitel 2.1. dargestellt, ist die Glarner Bevölkerung weit stärker gewachsen als in der Glarner Spitalplanung 2012 für das Jahr 2022 prognostiziert. Diese Zunahme der Glarner Bevölkerung steht jedoch im Widerspruch zur Abnahme der Fallzahlen der stationären Rehabilitation.

Auffällig ist die Verschiebung vom innerkantonalen Anbieter ZzC Glarus zu ausserkantonalen Rehabilitationskliniken. Wurden 2012 noch gut 50 Prozent der Glarner Fälle innerkantonal versorgt, betrug dieser Anteil 2022 nur noch ein Drittel. Davon wurden rund zwei Drittel in der muskuloskelettalen Rehabilitation behandelt. In den anderen Leistungsbereichen erfolgte die Versorgung der Glarner Bevölkerung überwiegend in ausserkantonalen Spitälern. Nach

der Schliessung der ZzC Glarus im Herbst 2023 besteht künftig gar kein innerkantonales Rehabilitationsangebot mehr.

In der Rehabilitation ist wie in der Akutsomatik der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung prägend für die Entwicklung. Die Hospitalisationsrate steigt mit zunehmendem Alter. Somit werden die Fallzahlen insgesamt, jedoch vor allem in Leistungsbereichen mit überwiegend älteren Patientinnen und Patienten, stark um rund 50 Prozent zunehmen. Eine starke Zunahme von Fällen in den Leistungsbereichen – in absoluten Zahlen – ist einzig in der muskuloskelettalen Rehabilitation zu erwarten. Die MAHD wird über alle Altersgruppen nur leicht sinken, so dass das Fallwachstum mit einem Wachstum der Pflage tage einhergeht.

Den Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung, der Epidemiologie, der Ökonomie und der Ambulantisierung wird ein geringer Einfluss auf die Entwicklung des Versorgungsbedarfs in der Rehabilitation zugemessen.

6. Psychiatrie

6.1. Leistungsbereiche und Struktur

Für die Psychiatrie wurde die Leistungsgruppendifinition SPLG-Grouper23 (Version 2023.99.6) für das Jahr 2022 des Kantons Zürich verwendet.¹⁸ Diese Version entspricht der aktuell und ab 2023 geltenden Leistungsgruppensystematik. Die Psychiatrie-Leistungsgruppen (PsyLG) wurden zusammengefasst zu Psychiatrie-Leistungsbereichen (PsyLB). Diese sind in der Tabelle P1 dargestellt.

Der Bedarf (Anzahl Fälle und Pflage tage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Glarus wurde pro PsyLG und Altersgruppe (0–13, 14–17, 18–64, 65+) berechnet. Das Geschlecht wurde im Gegensatz zur Akutsomatik und wie bei der Rehabilitation nicht berücksichtigt. Daraus ergaben sich 92 Kombinationsmöglichkeiten. Die Bedarfsprognose wurde für jede dieser Schichten berechnet. Für jede Schicht wurden zudem 3 Szenarien (Haupt, Minimal, Maximal) gerechnet, was zu insgesamt 276 Prognoserechnungen führte.

Aufgrund der kleinen Fallzahl im Kanton Glarus sind viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung analog der Akutsomatik und Rehabilitation eine Korrektur der tiefen Fallzahlen und der Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2022 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle der Jahre 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020 wegen des Einflusses der Coronavirus-Pandemie). Damit wurde die Anzahl effektiver Fälle von Total 381 um 19 auf Total 400 Fälle korrigiert bzw. erhöht. Bei Schichten, die auch im Durchschnitt der drei Jahre keine Glarner Fälle aufwiesen, wurde zudem auch die Hospitalisationsrate und die MAHD an den Schweizer Durchschnitt angeglichen. Details zu den oben zusammengefassten Korrekturen und Angleichungen siehe Anhang, Kapitel 7.3.2. Fallzahlen und Korrekturen, 7.3.1. Angleichung Hospitalisationsraten sowie 7.3.3. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD).

¹⁸ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>.

Tabelle P1. Darstellungsebenen und Gliederung der Psychiatrie-Leistungsgruppen (PsyLG) und der Psychiatrie-Leistungsbereiche (PsyLB, graue Zeilen)

Leistungsgruppen (PsyLG)	Bezeichnung
Demenzen und Delire	
DEMD	Demenzen und Delire
Abhängigkeitserkrankungen	
ABH1	Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin
ABH2	Abhängigkeitserkrankungen: Drogen
ABH3	Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden
Psychotische und bipolare Störungen	
PBS1	Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, Katatonien
PBS2	Manien, bipolare Störungen und Zylothymien
Depressive Störungen	
DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	
AZB1	Angststörungen und phobische Störungen
AZB2	Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen
AZB3	Posttraumatische Belastungsstörungen
Persönlichkeitsstörungen	
PERS	Persönlichkeitsstörungen
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	
DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen
Essstörungen	
ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Autismusspektrumsstörungen	
AUT1	Autismusspektrumsstörungen
Störungen des Sozialverhaltens	
SOZI	Störungen des Sozialverhaltens
Störungen in Verbindung mit Sexualität	
SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität
Mutter-Kind-Behandlungen	
MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen
Nichtorganische Schlafstörungen	
SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	
KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen
Intellektuelle Beeinträchtigungen	
INTE	Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen
Forensische Psychiatrie	
FOR1	Stationärer Massnahmenvollzug
FOR2	Krisenintervention bei Haft und U-Haft

6.2. Versorgungslage 2022

6.2.1. Anteile an Behandlungen in den Spitälern

Im Jahr 2022 wurden 381 Glarner Einwohnerinnen und Einwohner psychiatrisch stationär behandelt. Rund ein Drittel dieser Behandlungen erfolgten im KSGL. Die Psychiatrischen Dienste Graubünden behandelten an ihren Standorten in Chur (PDGR Chur) und in Beverin (PDGR Beverin) mit rund 40 Prozent den grössten Anteil der Glarner Patientinnen und Patienten. Der Anteil der ZzC Braunwald ist mit nur 4 Prozent gering. Tabelle P2 zeigt die Verteilung der Fälle auf die Spitäler. Abgebildet sind alle Listenspitäler der Glarner Spitalliste Psychiatrie 2012 und die zwei Spitäler ohne Leistungsauftrag des Kantons Glarus mit den höchsten Fallzahlen. Diese sind jeweils mit einem Stern «*» gekennzeichnet. Tabelle P2 zeigt zudem pro Spital die drei häufigsten Leistungsbereiche.

Tabelle P2. Psychiatrische stationäre Fälle im Jahr 2022 der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus und die drei häufigsten Leistungsbereiche¹⁹

Spital	Fälle	Anteil	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
KSGL	133	35%	Depressive Störungen 48%	Abhängigkeitserkrankungen 23%	Psychotische und bipolare Störungen 18%
SPV AR	20	5%	Abhängigkeitserkrankungen 55%	Depressive Störungen 20%	Psychotische und bipolare Störungen 15%
PDGR Chur	102	27%	Depressive Störungen 38%	Psychotische und bipolare Störungen 23%	Abhängigkeitserkrankungen 14%
PDGR Beverin	53	14%	Depressive Störungen 36%	Abhängigkeitserkrankungen 34%	Psychotische und bipolare Störungen 11%
PUK	5	1%	Depressive Störungen 40%	Persönlichkeitsstörungen 20%	Intellektuelle Beeinträchtigungen 20%
ZzC Braunwald	15	4%	Depressive Störungen 67%	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen 20%	Psychotische und bipolare Störungen 7%
Cijenja Littenheid	2	1%	Abhängigkeitserkrankungen 50%	Persönlichkeitsstörungen 50%	Demenzen und Delire 0%
Kispi	0	0%			
Sonnenhof	2	1%	Depressive Störungen 100%	Demenzen und Delire 0%	Abhängigkeitserkrankungen 0%
Meissenberg	3	1%	Depressive Störungen 100%	Demenzen und Delire 0%	Abhängigkeitserkrankungen 0%
USZ	0	0%			
Psy SG *	8	2%	Abhängigkeitserkrankungen 25%	Psychotische und bipolare Störungen 25%	Depressive Störungen 25%
Kilchberg *	5	1%	Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen 40%	Abhängigkeitserkrankungen 20%	Depressive Störungen 20%
Übrige	33	9%	Depressive Störungen 52%	Abhängigkeitserkrankungen 27%	Psychotische und bipolare Störungen 6%
Total	381	100%	Depressive Störungen 43%	Abhängigkeitserkrankungen 23%	Psychotische und bipolare Störungen 16%

6.2.2. Analyse der Behandlungen

Die Analyse der Behandlungen nach Leistungsbereichen zeigt die Schwerpunkte des KSGL. Das KSGL leistete 35 Prozent der Glarner Psychiatrieversorgung in den Schwerpunkten Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen sowie psychotische und bipolare Störungen. Dies sind auch die Leistungsbereiche mit den insgesamt meisten Glarner Fällen. Daneben behandelte das KSGL auch einzelne Fälle in spezialisierteren Leistungsbereichen. Die ZzC Braunwald hatte ihren Schwerpunkt, mit allerdings nur 10 Fällen, auch im Leistungsbereich depressive Störungen.

¹⁹ Volle Namen zu den Spitalkurzzeichen der dargestellten Spitäler siehe Anhang, Kapitel 7.6., absolute Zahlen der Leistungsbereiche siehe Anhang, Kapitel 7.7.

Tabelle P3. Psychiatrische stationäre Fälle der Glarner Spitäler von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Leistungsbereichen

	Total		KSGL		ZzC Braunwald		Ausserkantonal	
	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
Demenzen und Delire	7	0%	0	0%	0	0%	7	100%
Abhängigkeitserkrankungen	86	35%	30	35%	0	0%	56	65%
Psychotische und bipolare Störungen	61	39%	24	39%	1	2%	36	59%
Depressive Störungen	163	39%	64	39%	10	6%	89	55%
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	20	35%	7	35%	1	5%	12	60%
Persönlichkeitsstörungen	26	12%	3	12%	0	0%	23	88%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	7	57%	4	57%	3	43%	0	0%
Essstörungen	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	3	0%	0	0%	0	0%	3	100%
Autismusspektrumsstörungen	3	0%	0	0%	0	0%	3	100%
Störungen des Sozialverhaltens	0		0		0		0	
Störungen in Verbindung mit Sexualität	0		0		0		0	
Mutter-Kind-Behandlungen	2	0%	0	0%	0	0%	2	100%
Nichtorganische Schlafstörungen	0		0		0		0	
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	0		0		0		0	
Intellektuelle Beeinträchtigungen	1	0%	0	0%	0	0%	1	100%
Forensische Psychiatrie	1	0%	0	0%	0	0%	1	100%
Total	381	35%	133	35%	15	4%	233	61%

Bei den ausserkantonalen Spitälern handelte es sich mehrheitlich ebenfalls um Spitäler mit den Schwerpunkten Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen sowie psychotischen und bipolaren Störungen, wie in den beiden innerkantonalen Spitälern.

Tabelle P4. Psychiatrische stationäre Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Leistungsbereichen und Spital der Spitalliste Psychiatrie²⁰

Leistungsbereich	Total	KSGL	SPV AR	PDGR Chur	PDGR Beverin	PUK	ZzC Braunwald	Clenia Littenheid	Sonnenhof	Meissenberg	Psy SG *	Kilchberg *	Übrige
Demenzen und Delire	7	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeitserkrankungen	86	30	11	14	18	0	0	1	0	0	2	1	9
Psychotische und bipolare Störungen	61	24	3	23	6	0	1	0	0	0	2	0	2
Depressive Störungen	163	64	4	39	19	2	10	0	2	3	2	1	17
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	20	7	1	6	2	0	1	0	0	0	0	2	1
Persönlichkeitsstörungen	26	3	0	12	4	1	0	1	0	0	2	1	2
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	7	4	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Essstörungen	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autismusspektrumsstörungen	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Störungen des Sozialverhaltens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Störungen in Verbindung mit Sexualität	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mutter-Kind-Behandlungen	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Nichtorganische Schlafstörungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intellektuelle Beeinträchtigungen	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Forensische Psychiatrie	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	381	133	20	102	53	5	15	2	2	3	8	5	33

Die Glarner Spitalliste deckte mit insgesamt 88 Prozent einen Grossteil der psychiatrischen Behandlungen der Glarner Bevölkerung ab. Abgesehen von den Mutter-Kind-Behandlungen, welche nicht in den Spitälern der Glarner Spitalliste behandelt werden, liegt der Versorgungsanteil in sämtlichen Leistungsbereichen zwischen 81 und 100 Prozent.

²⁰ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Psychiatrie vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

Tabelle P5. Versorgungsanteil der Spitäler der Glarner Spitalliste Psychiatrie an stationären Glarner Psychiatriefällen pro Leistungsbereich im Jahr 2022

PsyLB	Total	KSGL	SPV AR	PDGR Chur	PDGR Beverin	PUK	ZzC Braunwald	Cilenia Littenheid	Kispi	Sonnenhof	Meissenberg	USZ	Alle SL-Spitäler
Demenzen und Delire	7	0%	14%	29%	57%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Abhängigkeitserkrankungen	86	35%	13%	16%	21%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	86%
Psychotische und bipolare Störungen	61	39%	5%	38%	10%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	93%
Depressive Störungen	163	39%	2%	24%	12%	1%	6%	0%	0%	1%	2%	0%	88%
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	20	35%	5%	30%	10%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	85%
Persönlichkeitsstörungen	26	12%	0%	46%	15%	4%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	81%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	7	57%	0%	0%	0%	0%	43%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Essstörungen	1	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	3	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Autismusspektrumsstörungen	3	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Störungen des Sozialverhaltens	0												
Störungen in Verbindung mit Sexualität	0												
Mutter-Kind-Behandlungen	2	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nichtorganische Schlafstörungen	0												
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	0												
Intellektuelle Beeinträchtigungen	1	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Forensische Psychiatrie	1	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Total	381	35%	5%	27%	14%	1%	4%	1%	0%	1%	1%	0%	88%

6.2.3. Weitere Merkmale der Behandlungsfälle

Neben der Analyse der Leistungsgruppen der einzelnen Spitäler sind auch weitere Fallmerkmale wie die Angaben zur Versicherung, die Herkunft und die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten interessant. In der Tabelle P6 ist die Belegung der Spitäler betreffend Versicherungsstatus und Herkunft der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt.

Tabelle P6. Anteile aller psychiatrischen stationären Fällen im Jahr 2022 nach Versicherungsklasse, Kostenträger und Wohnkanton pro Spital der Spitalliste Psychiatrie²¹

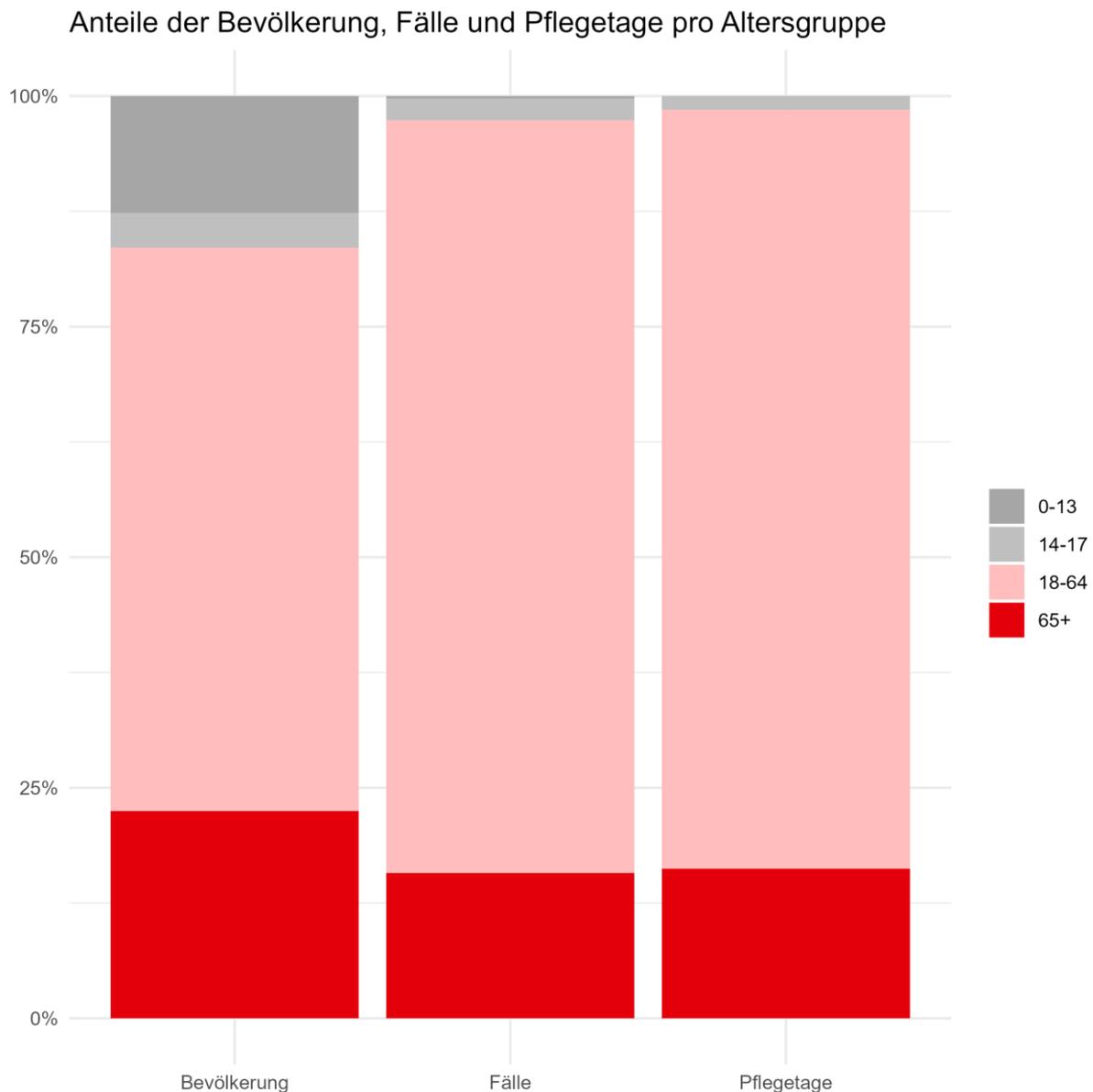
	KSGL	SPV AR	PDGR Chur	PDGR Beverin	PUK	ZzC Braunwald	Cilenia Littenheid	Kispi	Sonnenhof	Meissenberg	USZ	Psy SG *	Kilchberg *	Übrige
Versicherungskategorie														
Allgemeine Abteilung	99%	96%	99%	87%	97%	91%	95%	86%	100%	87%	85%	100%	81%	94%
Privat / Halbprivat	1%	4%	1%	13%	3%	9%	5%	14%	0%	13%	15%	0%	19%	6%
Kostenträger														
Patienten nach KVG	99%	99%	98%	97%	97%	99%	100%	98%	96%	100%	97%	99%	99%	98%
UV, IV, MV, Selbstzahler	1%	1%	2%	3%	3%	1%	0%	2%	4%	0%	3%	1%	1%	2%
Wohnkanton														
Glarus	91%	3%	9%	7%	0%	7%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	0%
Übrige	9%	97%	91%	93%	100%	93%	100%	100%	99%	99%	100%	99%	100%	100%

²¹ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Psychiatrie vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

Der Anteil an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten liegt mehrheitlich im einstelligen Bereich und ist damit deutlich geringer als im Vergleich zur Akutsomatik und insbesondere zur Rehabilitation.

Ebenfalls im Gegensatz zur Akutsomatik nahm die stationäre Behandlungshäufigkeit mit steigendem Alter nicht zu. Die grösste Altersgruppe der 18–64-Jährigen hatte auch den grössten Behandlungsanteil. In der Abbildung P1 sind die Anteile an der Bevölkerung, der Fälle und der Pfl egetage nach Altersgruppen aufgeführt.

Abbildung P1. Anteile an psychiatrischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und nach Bevölkerung, Fällen und Pfl egetagen



Über alle Altersgruppen waren Depressionen die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen. Bei den Kindern waren Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen der einzige Behandlungsgrund.

Tabelle P7. Häufigkeit der Leistungsbereiche an psychiatrischen stationären Fällen von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Altersgruppe	Häufigster Bereich	Zweithäufigster Bereich	Dritthäufigster Bereich
0-13	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (100%)		
14-17	Depressive Störungen (67%)	Abhängigkeitserkrankungen (11%)	Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen (11%)
18-64	Depressive Störungen (40%)	Abhängigkeitserkrankungen (26%)	Psychotische und bipolare Störungen (15%)
65+	Depressive Störungen (55%)	Psychotische und bipolare Störungen (25%)	Demenzen und Delire (12%)

6.2.4. Hospitalisationsrate und Aufenthaltsdauer

Wie bereits erläutert sind die Hospitalisationsrate und die Aufenthaltsdauer wichtige Parameter bei der Analyse der Versorgungslage und insbesondere bei der Berechnung der Prognose. Wie die folgende Abbildung P2 zeigt, wies die Altersgruppe der 18–64-Jährigen die höchste Hospitalisationsrate auf. Kinder wurden sehr selten stationär behandelt. Im Gegensatz zur Akutsomatik und zur Rehabilitation ist die Hospitalisationsrate der Altersgruppe 65+ tiefer als diejenige der nächstjüngeren Altersgruppe.

Abbildung P2. Hospitalisationsraten und MAHD der psychiatrischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus und der ganzen Schweiz im Jahr 2022 nach Altersgruppen

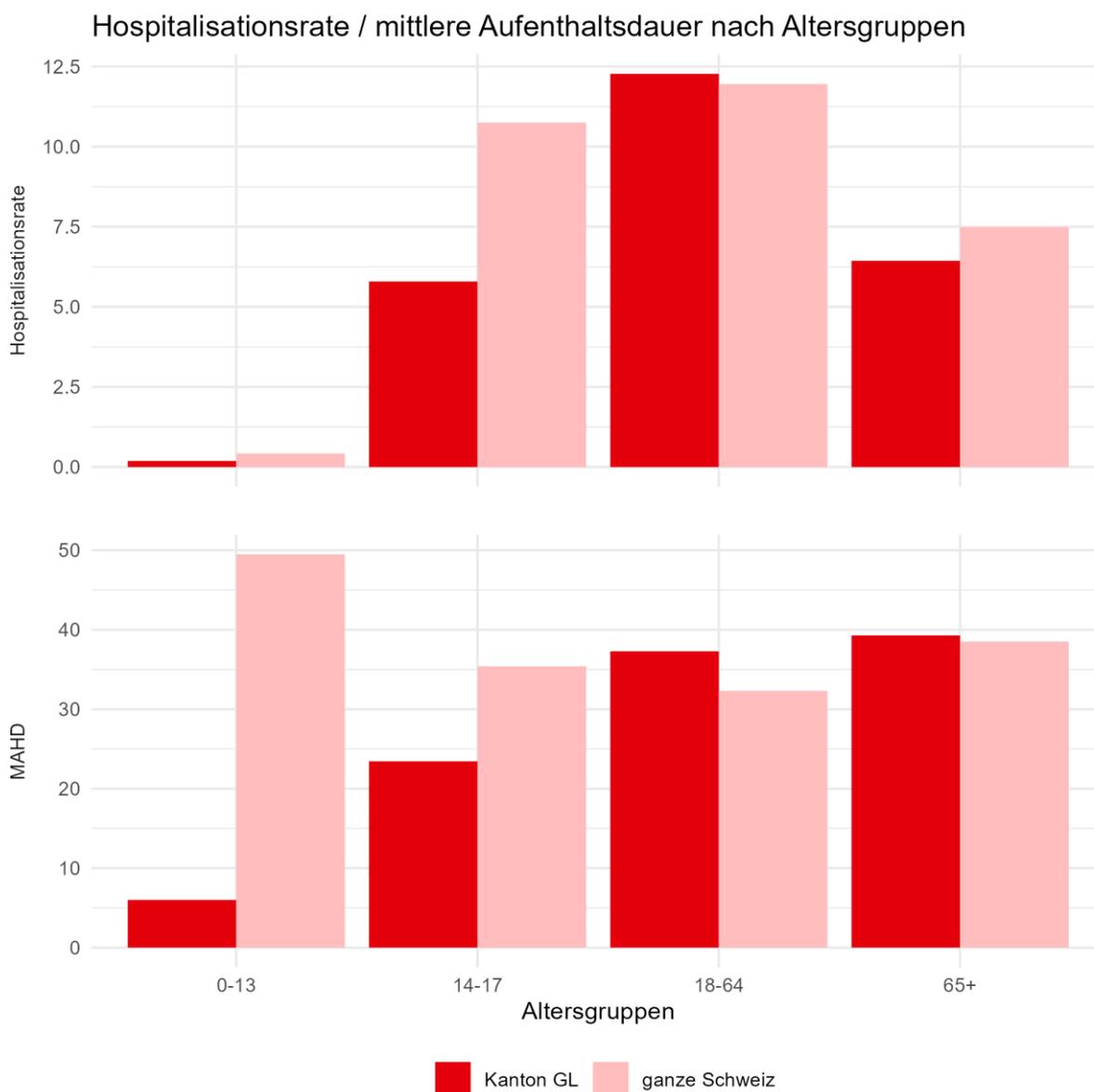


Tabelle P8. Hospitalisationsraten (pro 1'000 Einwohner), MAHD und Pflgetage (pro 1'000 Einwohner) der psychiatrischen stationären Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Glarus im Jahr 2022 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Hospitalisationsrate			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflgetage / 1'000 Ew.		
	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ	CH	GL	Δ
0-13	0.4	0.2	-0.2	49.5	6.0	-43.5	20.9	1.1	-19.8
14-17	10.8	5.8	-5.0	35.4	23.4	-12.0	380.6	135.8	-244.8
18-64	12.0	12.3	0.3	32.3	37.3	5.0	386.2	472.0	85.8
65+	7.5	6.4	-1.1	38.5	39.3	0.8	288.4	252.9	-35.5
Alle Altersgruppen	9.5	9.2	-0.3	33.5	37.2	3.7	318.4	350.5	32.1

Der Vergleich der Hospitalisationsrate und der MAHD der Glarner Bevölkerung mit der Schweizer Bevölkerung zeigt ein uneinheitliches Bild. In der Altersgruppe 18–64 mit den häufigsten Fällen waren die Glarner ein wenig häufiger und auch etwas länger hospitalisiert worden als in der restlichen Schweiz. Dafür waren sie in allen anderen Altersgruppen deutlich weniger häufig und bei den Kindern und Jugendlichen auch deutlich kürzer hospitalisiert.

6.3. Entwicklung seit 2012

In der Tabelle P9 sind die Fälle, die MAHD und die Pflgetage der Jahre 2012 und 2022 dargestellt. Die Fallzahlen sanken im Total leicht um -2 Prozent aufgrund der deutlichen Abnahme der innerkantonalen Fallzahlen um -25 Prozent. Die vor allem im KSGL starke Zunahme der MAHD um 32 Prozent, bei allerdings sehr tiefem Ausgangswert 2012, führte insgesamt zu einer Steigerung der MAHD um 23 Prozent und der Pflgetage um 23 Prozent.

Tabelle P9. Anzahl Fälle, MAHD und Pflgetage psychiatrischer stationärer Fälle von Glarner Einwohnerinnen und Einwohnern der Jahre 2012 bis 2022²²

	Fälle			MAHD			Pflgetage		
	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ	2012	2022	Δ
KSGL	177	133	-25% ∨	17.5	23.1	32% ⤴	3 089	3 075	0% =
ZzC Braunwald	-	15		-	64.8			972	
Ausserkantonal	213	233	9% ⤴	41.2	43.6	6% ⤴	8 771	10 488	20% ⤴
Total	390	381	-2% ∨	30.4	37.3	23% ⤴	11 860	14 535	23% ⤴

Bei der Interpretation ist insbesondere die leichte Abnahme der Fälle auffällig. Dies vor dem Hintergrund der Zunahme der Glarner Bevölkerung um rund 5 Prozent und der Entwicklung der Fallzahlen in der Psychiatrie auf nationaler Ebene. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass leichtere Fälle vermehrt ambulant, z.B. in der 2014 eröffneten psychiatrischen Tagesklinik in Glarus, behandelt werden. Dies war in der Glarner Spitalplanung Psychiatrie 2012 entsprechend vorgesehen.²³ Auch die Verschiebung vom KSGL zu ausserkantonalen Spitälern

²² Hinweis: Die Fälle des ZzC Braunwald wurden 2012 als Rehabilitationsfälle und 2022 als Psychiatriefälle abgerechnet und in der Statistik entsprechend zugeteilt.

²³ Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012, S. 145–146.

ist bemerkenswert, was zumindest teilweise durch die Zuweisung komplexer Fälle an spezialisiertere ausserkantonale Spitäler erklärt werden kann.

6.4. Einflussfaktoren auf die Fallzahlen- und Belegungsentwicklung

6.4.1. Angleichung Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt

Wie in der Akutsomatik und der Rehabilitation kann allgemein betrachtet eine lokal höhere Hospitalisationsrate als der Vergleichswert des Schweizer Durchschnitts als eine Überversorgung interpretiert werden, welche sich in den nächsten zehn Jahren tendenziell angleichen wird. Entsprechend wurde die Hospitalisationsrate bei den PsyLG, bei welchen sie pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, für die Prognose an den schweizerischen Durchschnitt angeglichen. Die Angleichung erfolgte ebenfalls, wie bei der Akutsomatik und der Rehabilitation, je nach Szenario unterschiedlich. Beim Hauptszenario wurde um 50 Prozent der Differenz zwischen der Glarner und der Schweizer Hospitalisationsrate, im Minimalszenario um 75 Prozent angeglichen und im Maximalszenario erfolgte gar keine Angleichung. Details dazu siehe Anhang, Kapitel 7.3.3. Angleichung Hospitalisationsraten.

6.4.2. Angleichung MAHD an den Schweizer Durchschnitt

Auch in der Psychiatrie ist allgemein betrachtet davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauern von Behandlungen, die bei einem Teil der Glarner Patienten bisher länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren sinken werden. Aus diesem Grund wurde, wie in der Akutsomatik und der Rehabilitation, davon ausgegangen, dass bei den PsyLG, bei welchen die Aufenthaltsdauer pro Altersgruppe über dem entsprechenden schweizerischen Durchschnitt lag, sich die MAHD dem schweizerischen Durchschnitt annähern wird.

Wie bei der Hospitalisationsrate wurden die MAHD je nach Szenario unterschiedlich angeglichen. Beim Hauptszenario wurde die MAHD um 50 Prozent der Differenz zwischen der Glarner und der Schweizer MAHD angeglichen, im Minimalszenario um 75 Prozent und im Maximalszenario erfolgte gar keine Angleichung. Details dazu siehe Anhang, Kapitel 7.3.4. Angleichung Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD).

6.4.3. Demografie

Die in Kapitel 1.3. gezeigte Bevölkerungsprognose des BFS für den Kanton Glarus für das Jahr 2035 wirkt sich auch auf die Fallzahlen der Psychiatrie aus. Die Bevölkerungszunahme wird in der Psychiatrie durch die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen, die eine tiefere Hospitalisationsrate haben, kompensiert. Dies führt insgesamt dazu, dass die Psychiatriefallzahlen praktisch gleich bleiben. Die Tabelle P10 zeigt die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle P10. Entwicklung der Fallzahlen pro Altersgruppen der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner²⁴

Alter	2022		Veränderung		2035	
	Fälle	Anteil	Fälle	Δ	Fälle	Anteil
0-13	1	0%	2	200% ⬆	3	1%
14-17	9	2%	9	100% ⬆	18	5%
18-64	311	82%	-29	-9% ⬇	282	73%
65+	60	16%	21	35% ⬆	81	21%
Total	381	100%	3	1% =	384	100%

6.4.4. Medizintechnische Entwicklung

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 zeichnen sich in der Medizintechnik keine für die Psychiatrie relevanten Entwicklungen ab.

6.4.5. Epidemiologische Entwicklung

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 zeichnen sich in der Epidemiologie keine für die Psychiatrie relevanten Entwicklungen ab.

6.4.6. Ambulantisierung

Die Entwicklung zur ambulanten Behandlung macht auch vor der Psychiatrie nicht halt. Zudem fördert der Kanton Glarus die Umorganisation zu einer ambulanten Psychiatrie.

Für die Prognoserechnung wurden deshalb die im Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 genannte Einschätzung des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte übernommen. Diese geht davon aus, dass in der Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) das ambulante Potenzial 15 bis 20 Prozent beträgt, wenn ausreichend und nachhaltig finanzierte ambulante Strukturen geschaffen werden. Kein Verlagerungspotential in den ambulanten Bereich sehen sie bei den Kindern und Jugendlichen sowie in der Alterspsychiatrie. Für die Prognose wird deshalb im Hauptszenario mit einer Verlagerung in den ambulanten Bereich gerechnet, die zu einer Abnahme der stationären Fälle von -15 Prozent führt, im Minimalszenario zu einer solchen von -20 Prozent und von -5 Prozent im Maximalszenario.

Tabelle P11. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der Verschiebung in den ambulanten Bereich nach Altersgruppe und Szenario

Altersgruppe	Haupt	Min	Max
0-13	1.00	1.00	1.00
14-17	1.00	1.00	1.00
18-64	0.85	0.80	0.95
65+	1.00	1.00	1.00

6.4.7. Steigende Inanspruchnahme

Gemäss dem Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 wird in der Psychiatrie von einer steigenden Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen ausgegangen.

²⁴ Die Altersgruppen 0–13 und 14–17 sind hellgrau dargestellt, weil die tiefe Fallzahl keine aussagekräftige Prognose zulässt.

Hauptgrund dafür sei nicht die Zunahme von psychischen Erkrankungen, sondern vielmehr die zunehmende Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz zum Kanton Zürich, wo diese Entwicklung bereits in den letzten Jahren bemerkbar war, ist die Hospitalisationsrate im Kanton Glarus von 2012 bis 2022 gesunken (siehe Kapitel 6.3.). Die zuständige kantonale Verwaltungsstelle geht aber davon aus, dass diese Entwicklung im Kanton Glarus mit Verzögerung ebenfalls eintreten wird.

Für die Glarner Prognoserechnung wurden deshalb die im Versorgungsbericht der Zürcher Spitalplanung 2023 gemachten Berechnungen basierend auf der Entwicklung der Jahre 2012 bis 2018 im Kanton Zürich übernommen. Die Werte sind in der Tabelle P12 dargestellt. Für Details zur Berechnung wird auf den in der Zürcher Spitalplanung 2023 veröffentlichten Versorgungsbericht verwiesen.²⁵

Tabelle P12. In der Glarner Bedarfsprognose berücksichtigte Einflussfaktoren der steigenden Inanspruchnahme nach Altersgruppe der Psychiatrie und Szenario

Altersgruppe	Haupt	Min	Max
0-13	1.29	1.19	1.40
14-17	1.47	1.29	1.66
18-64	1.14	1.09	1.19
65+	1.07	1.04	1.09

6.5. Prognose psychiatrischer stationärer Bedarf 2035

Die Prognoserechnung basiert auf der Zürcher Methodik, welche für den Kanton Glarus, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, angepasst wurde. Es wird der Bedarf der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner gezeigt.

Hinweis: Aufgrund der teilweise sehr tiefen Fallzahlen in einzelnen Leistungsgruppen (< 5 Fälle) sind für diese keine aussagekräftigen Prognosen möglich. In den folgenden Auswertungen sind diese mit Vorsicht zu interpretierenden Werte jeweils hellgrau dargestellt.

6.5.1. Übersicht prognostizierter Bedarf 2035

Die Tabelle P13 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Anzahl Fälle, der Hospitalisationsrate, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage für das Jahr 2035 in den verschiedenen Szenarien.

²⁵ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/archiv-projekt-spitalplanung-2023.html>.

Tabelle P13. Prognose der Kerngrößen im Bereich Psychiatrie der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035

	Basis 2022	Prognose 2035 (Veränderung)			
		Szenario Haupt	Min	Max	
Bevölkerung (in 1'000) EW	41.5	43.3	4% ^	4% ^	4% ^
Hospitalisationsrate/ 1'000 EW	9.2	8.9	-3% v	-15% v	20% ^
Stationäre Behandlungsfälle	381	384	1% =	-12% v	26% ^
Mittlere Aufenthaltsdauer	37.2	34.7	-7% v	-11% v	2% ^
Pflegetage	14 535	13 342	-8% v	-24% v	25% ^
Pflegetage / 1'000 EW	350	308	-12% v	-27% v	20% ^

Die Bedarfsprognose für die Psychiatrie wird ebenfalls primär durch die demografische Entwicklung beeinflusst. Da aber die ältere Bevölkerung weniger häufig psychiatrisch hospitalisiert wird, steigen die psychiatrischen stationären Fälle nur minim um 1 Prozent von 381 auf 384 Fälle an. Demgegenüber sinken die MAHD um -7 Prozent und die Pflegetage um -8 Prozent.

Beim Minimalszenario wurde die Hospitalisationsrate stärker, nämlich zu 75 Prozent an den Schweizer Durchschnitt angepasst. Zudem wurde eine höhere Verschiebung von 20 Prozent in den ambulanten Bereich angenommen. Dies führt insgesamt zu einer kräftigen Reduktion der Hospitalisationsrate um -15 Prozent. Auch die MAHD wurde etwas stärker als beim Hauptszenario an den Schweizer Mittelwert angeglichen und sinkt entsprechend etwas mehr, nämlich um -11 Prozent. Damit sinken die Pflegetage um -24 Prozent. Das Minimalszenario markiert die untere Bandbreite der Entwicklung und ist als solches nicht als die erwartete Entwicklung, sondern als unterer Grenzwert zu verstehen.

Das Maximalszenario markiert die obere Bandbreite der Entwicklung. Beim Maximalszenario wurden sämtliche Parameter etwas mehr in Richtung der oberen Erwartungsschwelle prognostiziert. Die Prognose weist damit bei den Fallzahlen ein Plus von 26 Prozent und einer kleinen Zunahme der mittleren Aufenthaltsdauer von 2 Prozent aus. Dadurch steigen die Pflegetage um 25 Prozent.

In der folgenden Analyse wird nur noch das Hauptszenario betrachtet.

6.5.2. Prognose nach Leistungsbereichen

Die Tabelle P14 zeigt die erwartete Entwicklung der Fallzahlen, der MAHD und der Pflegetage, aufgeschlüsselt nach Leistungsgruppen.

Tabelle P14. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Leistungsbereichen²⁶

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
Demenzen und Delire	7	10	43% ↗	39.6	37.8	-5% ↓	277	378	36% ↗
Abhängigkeitserkrankungen	86	84	-2% ↓	36.8	31.6	-14% ↓	3 168	2 660	-16% ↓
Psychotische und bipolare Störungen	61	64	5% ↗	27.8	28.7	3% ↗	1 699	1 838	8% ↗
Depressive Störungen	163	159	-2% ↓	35.1	34.7	-1% ↓	5 730	5 522	-4% ↓
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	20	22	10% ↗	39.5	35.3	-11% ↓	789	776	-2% ↓
Persönlichkeitsstörungen	26	26	0% =	69.0	49.7	-28% ↓	1 795	1 293	-28% ↓
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	7	6	-14% ↓	47.7	39.1	-18% ↓	334	235	-30% ↓
Essstörungen	1	3	200% ↗	37.0	78.3	112% ↗	37	235	535% ↗
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	3	3	0% =	4.7	49.7	964% ↗	14	149	964% ↗
Autismusspektrumsstörungen	3	1	-67% ↓	76.0	50.0	-34% ↓	228	50	-78% ↓
Störungen des Sozialverhaltens	0	2		-	34.0		0	68	
Störungen in Verbindung mit Sexualität	0	0		-	-		0	0	
Mutter-Kind-Behandlungen	2	1	-50% ↓	43.0	25.0	-42% ↓	86	25	-71% ↓
Nichtorganische Schlafstörungen	0	0		-	-		0	0	
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	0	1		-	74.0		0	74	
Intellektuelle Beeinträchtigungen	1	2	100% ↗	14.0	19.5	39% ↗	14	39	179% ↗
Forensische Psychiatrie	1	0	-100% ↓	0.0	-		364	0	-100% ↓
Total	381	384	1% =	37.2	34.7	-7% ↓	14 535	13 342	-8% ↓

Im Überblick widerspiegeln die Veränderungen der Fallzahlen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur.

6.5.3. Prognose nach Altersgruppen

Die Tabelle P15 zeigt die Prognose der Fallzahlen, die MAHD und die Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner pro Altersgruppe.

Tabelle P15. Prognostizierte Fallzahlen, MAHD und Pflegetage der Glarner Einwohnerinnen und Einwohner für das Jahr 2035 nach Altersgruppen

	Fälle			Mittlere Aufenthaltsdauer			Pflegetage		
	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ	2022	2035	Δ
0-13	1	3	200% ↗	6.0	50.7	744% ↗	6	152	2 433% ↗
14-17	9	18	100% ↗	23.4	39.1	67% ↗	211	704	234% ↗
18-64	311	282	-9% ↓	37.3	33.5	-10% ↓	11 961	9 451	-21% ↓
65+	60	81	35% ↗	39.3	37.5	-5% ↓	2 357	3 035	29% ↗
Total	381	384	1% =	37.2	34.7	-7% ↓	14 535	13 342	-8% ↓

Wie bereits erläutert, wirkt sich die anhaltende Verschiebung zu den älteren Altersgruppen in der Psychiatrie aufgrund der tieferen Hospitalisationsraten der älteren Bevölkerung deutlich weniger auf die Fallzahlen aus als bei der Akutsomatik und Rehabilitation

²⁶ Diverse Leistungsbereiche sind hellgrau dargestellt, weil die tiefe Fallzahl keine aussagekräftige Prognose zulässt.

6.6. Fazit Psychiatrie

Die Zunahme der Glarner Bevölkerung um rund 5 Prozent von 2012 bis 2022 steht im Widerspruch zur Abnahme der Fallzahlen der stationären Psychiatrie um -2 Prozent im gleichen Zeitraum. Wie auch in der Akutsomatik ist die Verschiebung vom KSGL zu ausserkantonalen Spitälern auffällig.

Anders als in der Akutsomatik und Rehabilitation ist die demografische Alterung in der Psychiatrie kein wesentlicher Treiber für ein Wachstum der Fallzahlen, da die Hospitalisationsrate in der ältesten Altersgruppe wieder tiefer ist. Entsprechend hat die Alterung einen dämpfenden Einfluss auf die Fallzahlen. Diese steigen in der Prognose für das Jahr 2035 im Total auch nur minimal um 1 Prozent. Mit der prognostizierten Verkürzung der MAHD um -7 Prozent sinken in der Prognose die Pflage tage um -8 Prozent.

Aufgrund der tiefen Fallzahlen der Psychiatriefälle im Kanton Glarus ist die Aufteilung auf die Leistungsbereiche wenig aussagekräftig. In absoluten Zahlen kommt es in den einzelnen Leistungsbereichen zu kleinen, nicht relevanten Verschiebungen.

Wie auch bei der Rehabilitation wird den Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung, der Epidemiologie, der Ökonomie und der Ambulantisierung ein geringer Einfluss auf die Entwicklung des Versorgungsbedarfs in der Psychiatrie zugemessen.

7. Anhang

7.1. Details Akutsomatik

7.1.1. Leistungsgruppen

Der SPLG-Grouper berücksichtigt für die Fallzuteilung nicht sämtliche SPLG. Fälle der SPLG BPE werden dem BP zugeordnet. Die SPLG GEBH und GEBS werden GEB1 zugeordnet und NEOG wird NEO1 zugeordnet. Für die Prognose wurde diese vom SPLG-Grouper verwendete Zuteilung verwendet.

Tabelle A.A1. Darstellungsebenen und Gliederung der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) in Leistungsbereiche (SPLB) und Leistungshauptbereiche (SPLHB, grau hinterlegt)

Leistungsbereich	Leistungsgruppen	Bezeichnung
Grundversorgung Chirurgie und Medizin		
Basispaket	BP	Basispaket
Nervensystem und Sinnesorgane		
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten
HNO	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
	NCH1.1.1	Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
	NCH1.1.1.1	Behandlungen von komplexen vaskulären Anomalien des ZNS (IVHSM)
	NCH1.1.2	Stereotaktische funktionelle Neurochirurgie (IVHSM)
	NCH1.1.3	Epilepsiechirurgie (IVHSM)
	NCH2	Spinale Neurochirurgie
	NCH2.1	Primäre und sekundäre intramedulläre Raumforderungen (IVHSM)
NCH3	Periphere Neurochirurgie	
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des ZNS (ohne Palliativpatienten)
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
NEU4.2	Prächirurgische Epilepsiediagnostik	
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie (inkl. Glaukom)
	AUG1.4	Katarakt
	AUG1.5	Glaskörper- und Netzhautprobleme

Leistungsbereich	Leistungsgruppen	Bezeichnung
Spezialversorgung Innere Organe		
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)
	VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Operationen (IVHSM)
	VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefäße	GEF1	Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
	GEFA	Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
	GEF3	Gefäßchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakraniellen Gefäßen
	RAD1	Interventionelle Radiologie
	RAD2	Interventionelle Radiologie EBIR
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschiene
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie/Kardiologie
	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
	HER1.1.6	Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (IVHSM)
	KAR1	Kardiologie und Devices
	KAR2	Elektrophysiologie und CRT
	KAR3	Interventionelle Kardiologie, Koronareingriffe
	KAR3.1	Interventionelle Kardiologie, Strukturelle Eingriffe
	KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie, Strukturelle Eingriffe
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (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
	URO1.1.7	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 und Pneumonektomie)
	THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen	TPL1	Herztransplantation (IVHSM)
	TPL2	Lungentransplantation (IVHSM)
	TPL3	Lebertransplantation (IVHSM)
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM)
	TPL5	Nierentransplantation (IVHSM)
	TPL6	Darmtransplantation
	TPL7	Milztransplantation

Leistungsbereich	Leistungsgruppen	Bezeichnung
Bewegungsapparat		
Bewegungsap. chir.	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
	BEW7.1	Erstprothesen Hüfte
	BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen
	BEW7.2	Erstprothesen Knie
	BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1.1	Hochkomplexe Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Tumore am Bewegungsapparat
	BEW10	Plexuschirurgie
BEW11	Replantationen	
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe		
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYNT	Gynäkologische Tumore
	GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe	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 35 0/7 SSW und GG 2000g)
	NEO1.1	Neonatalogie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatalogie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)
Übrige Spezialversorgung		
(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)

7.1.2. Fallzahlen und Korrekturen

Gemäss der Struktur der Bedarfsprognose wurden 1260 Schichten gerechnet.

Tabelle A.A2. Übersicht Fallzahlenbereiche und Anzahl Schichten, in denen die entsprechende Fallzahlen vorkommen

Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	787
1-4	305
5-9	82
10-99	73
100+	13
Total	1 260

Aufgrund der insgesamt kleinen Fallzahl im Kanton Glarus waren viele Schichten nur schwach oder gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung eine Korrektur bei Schichten mit tiefen Fallzahlen und bei Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2022

wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020 wegen des Einflusses der Coronavirus-Pandemie).

Bei 79 (68+10+1) von 787 Schichten mit Fallzahl 0 konnte so eine Fallzahl erreicht werden, die auch für die Prognose verwendet werden konnte:

Tabelle A.A3. Übersicht der Schichten mit Fallzahl 0 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Korrigierte Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	708
1	68
2	10
4	1
Total	787

In 217 (71+146) von 1092 (875+71+146) Schichten mit Fallzahlen kleiner gleich 5 wurde die Fallzahl korrigiert, in den meisten Fällen nach oben. Daraus ergibt sich eine Korrektur der Fallzahlen von 118 (199 Fälle nach oben, 81 Fälle nach unten).

Tabelle A.A4. Übersicht der Schichten mit Fallzahlen ≤ 5 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Richtung	Anzahl	Korrektur
Keine	875	0
Negativ	71	-81
Positiv	146	199

In 4 Schichten wurde die Anzahl Fälle um mehr als 3 Fälle nach oben korrigiert:

Tabelle A.A5. Schichten mit Korrekturen um mehr als 3 Fälle

Geschlecht	Altersgruppe	SPLG	Fallzahl 2022	Korrigierte Fallzahl 2022	Korrektur
Frau	16-39	VIS1.4	3	8	5
Frau	80+	RHE1	1	5	4
Mann	60-79	HAE3	1	5	4
Mann	60-79	KAR3.1	0	4	4

Damit wurde die Anzahl effektiver Fälle von Total 6'313 um 118 auf Total 6'431 Fälle korrigiert bzw. erhöht. Aufgrund dieser Korrektur sind die Werte des Jahres 2022 bei der Darstellung der bisherigen Entwicklung (2012–2022) oder der Versorgungslage 2022 anders als bei der Darstellung der Prognose (2022–2035).

Hinweis: Es gab insgesamt 83 Schichten die auch schweizweit keine Fälle aufwiesen:

Tabelle A.A6. Schichten ohne Fälle GL und CH

Anzahl Schichten	Keine Fälle GL	Keine Fälle CH
1 260	708	83

Von den 83 Schichten in denen auch keine Schweizer Fälle existierten, entfiel mehr als 1/3 auf 3 Leistungsgruppen in denen insgesamt gar kein Fall vorkam. Es waren dies:

- HER1.1.6 Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (IVHSM)
- TPL6 Darmtransplantation
- TPL7 Milztransplantation

7.1.3. Angleichung Hospitalisationsraten

Zusätzlich zu der im Kapitel 4.4.1. beschriebenen Angleichung der Glarner Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt, wurde bei Schichten, die auch im Durchschnitt der 3 Jahre 2019, 2021, 2022 keine Glarner Fälle aufwiesen, die Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt angepasst.

Problem: Wenn in einer Schicht 0 Fälle vorkommen, ist auch die Hospitalisationsrate = 0, d.h. es kann gar keine Fallzahl > 0 prognostiziert werden.

Bei konstant bleibender Bevölkerung ist die Annahme plausibel, dass es auch weiterhin 0 Fälle gibt. Bei einer Bevölkerungszunahme (oder wenn die Hospitalisationsrate aufgrund von Einflussfaktoren steigt) ist diese Annahme aber nicht mehr gültig.

Massnahme: Wenn in einer Schicht 0 Fälle vorkamen, wurde die Hospitalisationsrate an diejenige der Schweiz je nach Szenario angeglichen. Dabei wurden je nach Szenario für die drei Leistungsbereiche dieselben Prozentsätze verwendet.

- Szenario Haupt: Angleichung um 50 Prozent der Differenz zwischen der Glarner und Schweizer Hospitalisationsrate. Hinweis: Die Angleichung um 50 Prozent anstelle von 100 Prozent berücksichtigt die Tatsache, dass sich der Kanton Glarus z. B. in der Bevölkerungsstruktur vom Schweizer Durchschnitt unterscheidet.
- Szenario Max: Übernahme Schweizer Hospitalisationsrate
- Szenario Min: Glarner Hospitalisationsrate bleibt 0

Es gibt nun 2 Situationen in denen die Hospitalisationsrate GL angeglichen wird:

- Anzahl Fälle in der Schicht = 0 → Hospitalisationsrate wird gemäss obigen Szenarien an den Schweizer Wert angeglichen
- Hospitalisationsrate GL > Hospitalisationsrate CH → nach Szenario unterschiedliche Anpassung an Hospitalisationsrate CH

Tabelle A.A7. Angleichung Hospitalisationsraten GL an CH

Vergleich Hospitalisationsraten GL vs. CH		Fälle
GL = CH = 0	Fälle & Hospitalisationsrate = 0	83
GL = 0	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	625
GL > CH	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	252
GL = CH ¹	Keine Angleichung	152
GL < CH	Keine Angleichung	148

¹Hospitalisationsraten GL = Hospitalisationsraten CH ± 0.0001

Tabelle A.A8. Angleichung Hospitalisationsrate GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die prognostizierte Hospitalisationsrate (Hosprate)

Szenario	Einwohner	Fälle ¹	Schritt 1 ²			Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴	
			Hosprate	Hosprate	Δ	Hosprate	Δ	Hosprate	Δ
Haupt	41 471	6 431	155.1	145.0	-7% ▼	156.7	1% ^	146.7	-6% ▼
Min	41 471	6 431	155.1	140.0	-11% ▼	155.1	0% =	140.0	-11% ▼
Max	41 471	6 431	155.1	155.1	0% =	158.6	2% ^	158.6	2% ^

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) Hospraten CH

³Schritt 2: Angleichung an Hospitalisationsraten CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Schritte 1 & 2: Hospitalisationsrate für Prognose

Nachdem gemäss Kapitel 7.1.2. Fallzahlen und Korrekturen die Fallzahlen für das Ausgangsjahr 2022 korrigiert wurden (Spalte Fälle in Tabelle A.A8) erfolgt nun die für die einzelnen Szenarien unterschiedliche Prognose der Glarner Hospitalisationsrate fürs Jahr 2035. Ausgehend von der Hospitalisationsrate 2022 von 155.1 erfolgt im Schritt 1 die Angleichung an den Schweizer Durchschnitt gemäss den oben dargestellten Szenarien Haupt/Min/Max. In Schritt 2 erfolgt die Korrektur der Hospitalisationsrate 2022 um die Schichten, welche gemäss obiger Beschreibung korrigiert wurden. Im Schritt 3 schliesslich werden die ersten beiden Schritte im Prognosewert 2035 zusammengefasst.

7.1.4. Angleichung Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)

Tabelle A.A9. Angleichung MAHD GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die MAHD

Szenario	Fälle 2022 ¹	MAHD 2022	Schritt 1 ²		Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴		Schritt 4 ⁵	
			MAHD	Δ	MAHD	Δ	MAHD	Δ	MAHD	Δ
Haupt	6 431	5.3	5.0	-5% ▼	5.3	0% =	4.6	-12% ▼	4.4	-16% ▼
Min	6 431	5.3	4.9	-7% ▼	5.3	0% =	4.4	-18% ▼	4.0	-24% ▼
Max	6 431	5.3	5.3	0% =	5.3	0% =	4.8	-9% ▼	4.8	-9% ▼

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) MAHD CH

³Schritt 2: Angleichung an MAHD CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Jährliche Reduktion MAHD

⁵Schritt 4: Schritte 1 & 2 & 3: MAHD für Prognose

Nachdem gemäss Kapitel 7.1.2. Fallzahlen und Korrekturen die Fallzahlen für das Ausgangsjahr 2022 korrigiert wurden (Spalte Fälle 2022 in Tabelle A.A9) erfolgt nun die für die einzelnen Szenarien unterschiedliche Prognose der Glarner MAHD fürs Jahr 2035. Ausgehend von der MAHD 2022 von 5.3 Tagen erfolgt im Schritt 1 die Angleichung an den Schweizer Durchschnitt gemäss den in Kapitel 6.4.2. dargestellten Szenarien Haupt/Min/Max. In Schritt 2 erfolgt die Korrektur der MAHD 2022 um die Schichten, welche gemäss Beschreibung in Kapitel 7.1.3. korrigiert wurden. Im Schritt 3 erfolgt die Bestimmung der MAHD aufgrund der in Kapitel 6.4.2. beschriebenen jährlichen Reduktion dieses Wertes. Schliesslich werden in Schritt 4 die ersten drei Schritte im Prognosewert 2035 zusammengefasst.

7.1.5. Prognose Geburten und Neugeborene

Die Prognose der Fallzahlen der Geburten und Neugeborenen (also SPLG GEB* und NEO*) ist verfälscht, wenn mit den sonst für die Berechnung verwendeten Altersbereichen (0–15, resp. 16–39 und 40–59) gerechnet wird. Es wurden deshalb separate Altersbereiche gebildet.

- Es muss eine zusätzliche Altersgruppe 0 nur für den Leistungsbereich NEO eingeführt werden.
- Die GEB Fälle verteilen sich über 2 Altersgruppen (16–39 und 40–59). Für die Prognose der Geburten ist es zweckmässig diese zusammenzufassen in nur eine Altersgruppe (neue Altersgruppe 16–59).
 - Die Altersgruppe wurde so gewählt, dass sie genau 2 Altersgruppen der Bedarfsprognose entspricht. Dabei liegen einzelne Fälle der Medizinischen Statistik ausserhalb dieses Bereichs, diese Fälle werden, da es sich z.T. um Kodierfehler handelt (Range: 0–88), nicht berücksichtigt (kein Fall aus GL betroffen).

Zudem hat sich gezeigt, dass es zweckmässig ist, wenn die Prognose der Geburten und Neugeborenen direkt von der Geburtsprognosen der BFS Bevölkerungsprognose abhängig gemacht wird.

Problem:

- Jede Geburt im Spital hat mind. 1 oder mehrere NEO-Fälle zur Folge, z. B:
 - Fall: Geburt
 - Und evtl. ein zusätzlicher Fall: Verlegung in eine spezialisierte Einrichtung, wo der Fall wiederum als NEO geführt wird.
- Jede Geburt im Spital hat mind. 1 oder mehrere GEB-Fälle zur Folge, z. B:
 - Eventueller Fall: vorgeburtlicher Eintritt ohne Geburt (die Mutter geht wieder nach Hause)
 - Eigentlicher Fall: eigentliche Geburt

Massnahme: Die Prognose der Geburten wird an die Prognose des BFS gekoppelt.

1. Die Anzahl Geburten im Basisjahr 2022 wird aus der Bevölkerungsstatistik BFS ermittelt (Anzahl Einwohner mit Alter = 0).
2. Aus den Fällen in den Leistungsbereichen NEO und GEB wird eine Geburtsratio gebildet (Anzahl Fälle pro tatsächliche Geburt).
3. Die Anzahl Geburten im Prognosejahr 2035 wird aus der Bevölkerungsprognose BFS ermittelt (Anzahl Einwohner mit Alter = 0).
4. Die Anzahl NEO-Fälle (Altersgruppe 0) wird aus der Geburtsratio und den prognostizierten Geburten berechnet.
5. Die Anzahl GEB-Fälle (Altersgruppe 16–59) wird aus der Geburtsratio und den prognostizierten Geburten berechnet.

Dieses Vorgehen ist eine verbesserte Variante der Prognose der GD ZH, die nur die reine Anzahl Geburten im Prognosejahr verwendet (Unterschätzung der NEO/GEB-Fälle).

Tabelle A.A10. Prognose anhand der Bevölkerungsentwicklung Alter 0 Jahre (Anzahl Geburten)

Leistungsbereich	Altersgruppe	Fälle 2022	Geburten 2022	Geburten 2035	Fälle 2035
Neugeborene	0	373	356	371	379
Geburtshilfe	16-59	403	356	371	421

Siehe hierzu auch die Bemerkung in Fussnote 7 auf Seite 33.

7.1.6. Ambulant vor Stationär

Grundlage für die Berechnung des Einflusses von AVOS war die aktuelle Definition des BAG vom 1. Juli 2023. Potentiell sollten alle Fälle mit einem entsprechenden CHOP-Code ambulant behandelt werden. Als erster Schritt wurde deshalb die Gesamtmenge der Fälle mit CHOP-Codes gemäss der BAG Liste ermittelt.

In dieser Ausgangsmenge befinden sich nun aber Fälle die klar stationär behandelt werden müssen. Diese klar stationär zu behandelnden Fälle mussten deshalb in einem zweiten Schritt abgezogen werden. Als klar stationär zu behandelnde Fälle wurden folgende Kriterien verwendet:

- MAHD >2 Tage
- PCCL >1 (Patient Comorbidity and Complication Level)
- Notfälle (oder andere nicht geplante Eintrittsart)
- Fälle die andere relevante CHOP-Codes haben oder in eine andere «höhere» SPLG zugeordnet werden
- Beidseitige Eingriffe

Die restlichen verbleibenden Fälle entsprechen dem Verlagerungspotential. In einem dritten Schritt wurden von diesem Verlagerungspotential je nach Szenario unterschiedliche Prozentsätze von stationär nach ambulant verschoben bzw. von den stationären Fallzahlen der Prognose abgezogen:

- Szenario Haupt: 50 Prozent
- Szenario Min: 75 Prozent
- Szenario Max: 0 Prozent

7.1.7. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren

Tabelle A.A11. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren in der Akutsomatik

Einflussfaktoren / Korrekturen	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Angleichung Hospitalisationsrate	Wenn Hospirate GL > Hospirate CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Wenn MAHD GL > MAHD CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleichung bei Fallzahl GL = 0	Wenn GL keine Fälle (2019, 2021 und 2022), Angleichung Hospitalisationsraten bzw. MAHD um x% an CH	> Haupt 50% > Min 0% > Max 100%
Demografie	Bevölkerungsprognose BFS für das Jahr 2035	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Verschiebung Fälle NEU3 und zu NEU3.1	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Zunahme der Revisionen von Hüft- und Knieprothesen (BEW7.1.1. und BEW7.2.1)	> Haupt 8% > Min 16% > Max 0%
Epidemiologie	-	-
Ambulantisierung	Verlagerbare Fälle auf Grundlage AVOS Definition BAG vom 1.7.2023	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Generelle Verkürzung der MAHD	Konstante jährliche Abnahme der MAHD pro Jahr	> Haupt -1% > Min -1,5% > Max -,7%

7.1.8. Detailanalysen

Beispiel: Rheumatologie

In diesem Leistungsbereich wird eine Reduktion der MAHD von 7.83 auf 6.2 (-20.82 Prozent) und daraus folgend auch eine Abnahme der Pflage tage von 224 auf 186 (-19.96 Prozent) prognostiziert.

Tabelle A.A12. Detailanalyse Rehabilitation: Beispiel Rheumatologie

SPLG	Geschlecht	Altersgruppe	Mittlere Aufenthaltsdauer									
			Fälle GL	GL	CH	GL mod.	Δ	GL 2035	Δ	Fälle GL 2035	Δ	
RHE1	Frau	40-59	3	7.9	6.5	7.2	-9% ▼	6.3	-20% ✘	2.8	-7% ▼	
RHE1	Frau	60-79	6	8.4	6.6	7.5	-11% ✘	6.6	-22% ✘	5.7	-5% ▼	
RHE1	Frau	80+	5	9.4	7.9	8.6	-8% ▼	7.6	-19% ✘	5.2	4% ▲	
RHE1	Mann	40-59	1	6.5	5.6	6.1	-7% ▼	5.3	-18% ✘	1.1	11% ▲	
RHE1	Mann	60-79	5	6.8	6.2	6.5	-4% ▼	5.7	-16% ✘	4.4	-12% ✘	
RHE1	Mann	80+	2	12.0	7.2	9.6	-20% ✘	8.4	-30% ✘	2.9	44% ▲	
RHE2	Frau	40-59	0	0.0	5.0	2.5		2.2		0.3		
RHE2	Frau	60-79	1	6.5	5.5	6.0	-7% ▼	5.3	-19% ✘	1.1	14% ▲	
RHE2	Frau	80+	0	0.0	9.0	4.5		4.0		0.3		
RHE2	Mann	40-59	2	2.8	4.9	2.8	0% =	2.5	-12% ✘	1.3	-36% ✘	
RHE2	Mann	60-79	2	6.4	6.4	6.4	0% =	5.6	-12% ✘	1.5	-27% ✘	
RHE2	Mann	80+	1	12.0	6.5	9.3	-23% ✘	8.1	-32% ✘	1.1	6% ▲	
Total	Total	Total	28	7.9	6.6	7.2	-9% ▼	6.4	-19% ✘	27.7	-1% ▼	

Der Leistungsbereich Rheumatologie ist insgesamt schwach besetzt (30 Fälle im Jahr 2022). Die Altersgruppen 0–15 und 16–39 wurden weggelassen, weil hier praktisch keine Fälle vorkommen.

Bei den restlichen Altersgruppen zeigt sich, dass die meisten Schichten im Kanton Glarus eine längere MAHD haben als im Schweizer Durchschnitt. Gemäss beschriebener Vorgehen wurde in diesen Schichten die GL-MAHD der CH-MAHD angenähert (im Szenario Haupt um 50 Prozent der Differenz), das Ergebnis dieser Annäherung ist in der Spalte "GL mod." aufgeführt.

Zusätzlich wird in den nächsten Jahren eine weitere generelle Reduktion der MAHD um -1 Prozent pro Jahr angenommen (Ergebnis in Spalte "GL 2035").

Bei ungefähr gleichbleibender Anzahl Fälle im Prognosejahr 2035 sinken MAHD und Anzahl Pflgetage um ca. -20 Prozent (resp. um -17 Prozent).

Beispiel: Gynäkologie

In diesem Leistungsbereich wird eine Reduktion der Anzahl Fälle prognostiziert (von 204 auf 180, d.h. um -11.8 Prozent).

Tabelle A.A13. Beispiel Gynäkologie

SPLG	Altersgruppe	Hospitalisationsraten									
		Fälle GL	GL	CH	GL mod.	Faktor AVOS	Hosprate GL 2035	Fälle GL 2035	Δ		
GYN1	16-39	65	11.6	6.5	9.1	0.9	8.4	41.9	-23.1		
GYN1	40-59	52	9.3	9.0	9.1	0.9	8.5	50.4	-1.6		
GYN1	60-79	25	5.3	4.4	4.9	0.9	4.5	24.2	-0.8		

In diesem Leistungsbereich kommen Fälle hauptsächlich in der SPLG GYN1 (Gynäkologie) in den 3 Altersgruppen von 16–79 Jahren vor.

Die Anpassung an den CH-Schnitt (v. a. in der Altersgruppe 16–39) und der Einflussfaktor "AVOS" führen zu einer Reduktion der Hospitalisationsrate. Da in der Altersgruppe 16–39 auch eine Abnahme der weiblichen Bevölkerung prognostiziert wird (in den beiden anderen Altersgruppen eine leichte Zunahme) führt dies zu einer prognostizierten Abnahme der Fälle in der Gynäkologie.

7.2. Details Rehabilitation

7.2.1. Fallzuteilung RehaLG23

Der SPLG-Grouper teilt Fälle, die nicht durch das Regelwerk abgebildet werden können, in die Gruppe Basispaket (BP) ein. Da es im Bereich Rehabilitation kein BP gibt, wurden diese Fälle umgeteilt. Die meisten dieser Fälle waren nach bisheriger SPLG-Definition in SOM eingeteilt, diese wurde nun auch für die SPLG-Systematik SPLG23 übernommen. Die 2 Fälle mit Wohnkanton GL konnten so zugeteilt werden.

7.2.2. Fallzahlen und Korrekturen

Gemäss der Struktur der Bedarfsprognose wurde 54 Schichten gerechnet.

Tabelle A.R1. Übersicht Fallzahlenbereiche und Anzahl Schichten, in denen die entsprechende Fallzahlen vorkommen

Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	27
1-4	13
5-9	5
10-99	9
Total	54

Aufgrund der insgesamt kleinen Fallzahl im Kanton Glarus waren viele Schichten nur schwach oder gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung eine Korrektur der tiefen Fallzahlen und der Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2022 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020, wegen des Einflusses der Coronavirus-Pandemie).

Bei 3 von 27 Schichten mit Fallzahl 0 konnte so eine Fallzahl erreicht werden, die auch für die Prognose verwendet werden konnte:

Tabelle A.R2. Übersicht der Schichten mit Fallzahl 0 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Korrigierte Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	24
1	3
Total	27

In 10 (4+6) von 40 (30+4+6) Schichten mit Fallzahlen kleiner gleich 5 wurde die Fallzahl korrigiert, je 6 Fälle nach unten und 6 Fälle nach oben:

Tabelle A.R3. Übersicht der Schichten mit Fallzahlen ≤ 5 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Richtung	Anzahl	Korrektur
Keine	30	0
Negativ	4	-6
Positiv	6	6

In 6 Schichten wurde die Anzahl Fälle korrigiert:

Tabelle A.R4. Schichten mit Korrekturen

Altersgruppe	RehaLG	Fallzahl 2022	Korrigierte Fallzahl 2022	Korrektur
0-17	NER2	1	2	1
18-75	MSK3	0	1	1
18-75	MSK4	0	1	1
18-75	NER5	1	2	1
18-75	SOM1	3	4	1
76+	MSK4	0	1	1

Damit kam es zu einzelnen wenigen Korrekturen in den Schichten. Insgesamt hatte diese Korrektur aber keinen Einfluss auf das Total der Fälle, weil die Anpassung positiv wie auch negativ ausfallen kann und sich die Anpassungen zufälligerweise gerade aufhoben.

Hinweis: Es gab insgesamt 3 Schichten, die auch schweizweit keine Fälle aufwiesen.

Tabelle A.R5. Schichten ohne Fälle GL und CH

Anzahl Schichten	Keine Fälle GL	Keine Fälle CH
54	24	3

7.2.3. Angleichung Hospitalisationsraten

Bei Schichten, die auch im Durchschnitt der 3 Jahre keine Glarner Fälle aufwiesen, wurde die Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt angepasst. Erklärungen dazu siehe Anhang Akutsomatik, Kapitel 7.1.3. Angleichung Hospitalisationsraten.

Tabelle A.R6. Angleichung Hospitalisationsrate GL an CH

Vergleich Hospitalisationsraten GL vs. CH		Fälle
GL = CH = 0	Fälle & Hospitalisationsrate = 0	3
GL = 0	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	21
GL > CH	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	7
GL = CH ¹	Keine Angleichung	14
GL < CH	Keine Angleichung	9

¹Hospitalisationsraten GL = Hospitalisationsraten CH \pm 0.0001

Tabelle A.R7. Angleichung Hospitalisationsrate GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die prognostizierte Hospitalisationsrate

Szenario	Einwohner	Fälle ¹	Hosprate	Schritt 1 ²		Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴	
				Hosprate	Δ	Hosprate	Δ	Hosprate	Δ
Haupt	41 471	355	8.6	8.0	-7% ▼	8.7	1% ^	8.1	-6% ▼
Min	41 471	355	8.6	7.7	-11% ▼	8.6	0% =	7.7	-11% ▼
Max	41 471	355	8.6	8.6	0% =	8.8	2% ^	8.8	2% ^

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) Hospitalisationsraten CH

³Schritt 2: Angleichung an Hospitalisationsraten CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Schritte 1 & 2: Hospitalisationsrate für Prognose

Zur Systematik hinter der dargestellten Tabelle siehe Kapitel 7.1.3.

7.2.4. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)

Tabelle A.R8. Angleichung MAHD GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die prognostizierte MAHD

Szenario	Fälle 2022 ¹	MAHD 2022	Schritt 1 ²		Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴	
			MAHD	Δ	MAHD	Δ	MAHD	Δ
Haupt	355	23.5	23.0	-2% ▼	23.5	0% =	23.0	-2% ▼
Min	355	23.5	22.8	-3% ▼	23.5	0% =	22.8	-3% ▼
Max	355	23.5	23.5	0% =	23.5	0% =	23.5	0% =

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) MAHD CH

³Schritt 2: Angleichung an MAHD CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Schritte 1 & 2 & 3: MAHD für Prognose

Zur Systematik hinter der dargestellten Tabelle siehe Kapitel 7.1.4.

7.2.5. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren

Tabelle A.R9. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren in der Rehabilitation

Einflussfaktoren / Korrekturen	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Angleichung Hospitalisationsrate	Wenn Hospirate GL > Hospirate CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Wenn MAHD GL > MAHD CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleich bei Fallzahl GL = 0	Wenn GL keine Fälle (2019, 2021 und 2022), Angleichung Hospitalisationsraten bzw. MAHD um x% an CH	> Haupt 50% > Min 0% > Max 100%
Demografie	Bevölkerungsprognose BFS für das Jahr 2035	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	-	-
Medizintechnik aus Akutsomatik	Auswirkung der erwarteten Fallzunahme in BEW7.1.1 und BEW7.2.1 Akutsomatik auf RehaLG MSK1	> 0-17 (Haupt / Min / Max): 0% / 0% / 0% > 18-75: 2.2% / 0% / 4.4% > 76+: 1.5% / 1.5% / 1.5%
Epidemiologie	-	-
Geriatrische Rehabilitation	Zunahme der Austritte von über 75-Jährigen	> Haupt 2.5% > Min 0% > Max 7.5%
Ambulantisierung	-	-
Reduktion MAHD	ST-Reha Effekt	> Haupt 0% > Min -5% > Max 0%

7.3. Details Psychiatrie

7.3.1. Fallzuteilung PsyLG23

Der SPLG-Grouper teilt Fälle, die nicht durch das Regelwerk abgebildet werden können, in die Gruppe Basispaket (BP) ein. Da es im Bereich Psychiatrie kein BP gibt, wurden diese Fälle mit einem zusätzlichen, selber entwickelten Algorithmus eingeteilt:

Für die Umteilung von BP in eine zutreffende PsyLG wurde die erste F-Diagnose (Kapitel F im ICD-Katalog ist Psychiatrie) des Falls berücksichtigt. Alle Fälle mit Wohnkanton Glarus konnten so zugeteilt werden.

Zudem hatte ein Fall aus dem Kanton Glarus keine Kodierung (C-Fall, Durchlieger, siehe Kapitel 7.4. Pflegetage). Da dieser Fall an der PUK Standort Rheinau behandelt wurde, wurde er der PsyLG FOR2 zugeordnet. Hinweis zu diesem Fall: Der nicht 2022 ausgetretene FOR2-Fall ist mit MAHD = unbekannt bewertet und mit Pflegetagen = 364.

7.3.2. Fallzahlen und Korrekturen

Gemäss der Struktur der Bedarfsprognose wurde 92 Schichten gerechnet.

Tabelle A.P1. Übersicht Fallzahlenbereiche und Anzahl Schichten, in denen die entsprechende Fallzahlen vorkommen

Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	65
1-4	15
5-9	3
10-99	8
100+	1
Total	92

Aufgrund der insgesamt kleinen Fallzahl im Kanton Glarus waren viele Schichten nur schwach oder sogar gar nicht besetzt. Um statistische Ausreisser nach unten zu vermeiden, wurde für die Prognoseberechnung eine Korrektur der tiefen Fallzahlen und der Schichten ohne Fälle vorgenommen. In Schichten mit weniger als 5 Fällen im Jahr 2022 wurde die Fallzahl durch die mittlere Anzahl Fälle in den Jahren 2019, 2021 und 2022 ersetzt (ohne 2020 wegen des Einflusses der Coronavirus-Pandemie).

Bei 10 von 65 Schichten mit Fallzahl 0 konnte so eine Fallzahl erreicht werden, die auch für die Prognose verwendet werden konnte:

Tabelle A.P2. Übersicht der Schichten mit Fallzahl 0 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Korrigierte Fallzahl 2022	Anzahl Schichten
0	55
1	10
Total	65

In 17 (2+15) von 80 (63+2+15) Schichten mit Fallzahlen kleiner gleich 5 wurde die Fallzahl korrigiert, 3 Fälle nach unten und 22 Fälle nach oben, was im Total eine Korrektur der Fallzahl um 19 ergibt:

Tabelle A.P3. Übersicht der Schichten mit Fallzahlen ≤ 5 im Jahr 2022 und der Korrekturen

Richtung	Anzahl	Korrektur
Keine	63	0
Negativ	2	-3
Positiv	15	22

In folgenden Schichten wurde die Anzahl Fälle korrigiert:

Tabelle A.P4. Schichten mit Korrekturen

Altersgruppe	PsyLG	Fallzahl 2022	Korrigierte Fallzahl 2022	Korrektur
65+	ABH1	4	9	5
65+	PBS2	3	6	3
18-64	AZB1	4	6	2
0-13	DEPR	0	1	1
0-13	SOZI	0	1	1
14-17	AZB2	0	1	1
14-17	DISS	0	1	1
14-17	ESSS	0	1	1
14-17	ADHS	0	1	1
14-17	SOZI	0	1	1
14-17	KIND	0	1	1
18-64	DEMD	0	1	1
18-64	ESSS	1	2	1
18-64	INTE	1	2	1
65+	AZB1	0	1	1

Damit wurde die Anzahl der effektiven Fälle von Total 381 um 19 auf Total 400 Fälle korrigiert bzw. erhöht. Aufgrund dieser Korrektur sind die Werte des Jahres 2022 bei der Darstellung der bisherigen Entwicklung (2012–2022) oder der Versorgungslage 2022 anders als bei der Darstellung der Prognose (2022–2035).

Hinweis: Es gab insgesamt 17 Schichten die auch schweizweit keine Fälle aufwiesen.

Tabelle A.P5. Schichten ohne Fälle GL (nach Korrektur) und CH

Anzahl Schichten	Keine Fälle GL	Keine Fälle CH
92	55	17

7.3.3. Angleichung Hospitalisationsraten

Bei Schichten, die auch im Durchschnitt der 3 Jahre 2019, 2021, 2022 keine Glarner Fälle aufwiesen, wurde die Hospitalisationsrate an den Schweizer Durchschnitt angepasst. Erklärungen dazu siehe Anhang Akutsomatik Kapitel 7.1.3 Angleichung Hospitalisationsraten.

Tabelle A.P6. Angleichung Hospitalisationsrate GL an CH

Vergleich Hospitalisationsrate GL vs. CH		Fälle
GL = CH = 0	Fälle & Hospitalisationsrate = 0	17
GL = 0	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	38
GL > CH	Angleichung Hospitalisationsrate an CH	16
GL = CH ¹	Keine Angleichung	16
GL < CH	Keine Angleichung	5

¹Hospitalisationsraten GL = Hospitalisationsraten CH ± 0.0001

Tabelle A.P7. Angleichung Hospitalisationsrate GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die prognostizierte Hospitalisationsrate

Szenario	Einwohner	Fälle ¹	Hosprate	Schritt 1 ²		Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴	
				Hosprate	Δ	Hosprate	Δ	Hosprate	Δ
Haupt	41 471	400	9.6	9.0	-8% ▼	9.6	0% =	9.0	-7% ▼
Min	41 471	400	9.6	8.5	-13% ▼	9.6	0% =	8.5	-13% ▼
Max	41 471	400	9.6	9.6	0% =	9.7	1% =	9.7	1% =

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) Hospraten CH

³Schritt 2: Angleichung an Hospraten CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Schritte 1 & 2: Hosprate für Prognose

Zur Systematik hinter der dargestellten Tabelle siehe Kapitel 7.1.3.

7.3.4. Angleichung mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD)

Tabelle A.P8. Angleichung MAHD GL an CH: Auswirkung der einzelnen Anpassungen auf die prognostizierte MAHD

Szenario	Fälle 2022 ¹	MAHD 2022	Schritt 1 ²		Schritt 2 ³		Schritt 3 ⁴	
			MAHD	Δ	MAHD	Δ	MAHD	Δ
Haupt	400	37.9	34.5	-9% ▼	37.9	0% =	34.5	-9% ▼
Min	400	37.9	32.9	-13% ▼	37.9	0% =	32.9	-13% ▼
Max	400	37.9	37.9	0% =	37.9	0% =	37.9	0% =

¹Fälle 2022 nach Korrektur mit Vorjahreswerten bei kleinen Fallzahlen

²Schritt 1: Angleichung an (tiefere) MAHD CH

³Schritt 2: Angleichung an MAHD CH bei Schichten mit 0 Fällen

⁴Schritt 3: Schritte 1 & 2 & 3: MAHD für Prognose

Zur Systematik hinter der dargestellten Tabelle siehe Kapitel 7.1.4.

7.3.5. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren

Tabelle A.P9. Zusammenfassung der Korrekturen, Angleichungen und verwendeten Einflussfaktoren in der Psychiatrie

Einflussfaktoren / Korrekturen	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Angleichung Hospitalisationsrate	Wenn Hospirate GL > Hospirate CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Wenn MAHD GL > MAHD CH, Angleichung um x% (siehe Szenarien)	> Haupt 50% > Min 75% > Max 0%
Angleich bei Fallzahl GL = 0	Wenn GL keine Fälle (2019, 2021 und 2022), Angleichung Hospitalisationsraten bzw. MAHD um x% an CH	> Haupt 50% > Min 0% > Max 100%
Demografie	Bevölkerungsprognose BFS für das Jahr 2035	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	-	-
Epidemiologie	-	-
Ambulantisierung	Basierend auf Einschätzungen des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte, nur für Altersklasse 18-64	> Haupt -15% > Min -20% > Max -5%
Steigende Inanspruchnahme	Steigerung basierend auf der Entwicklung 2012-2018 pro Altersklasse im Kanton ZH	> Haupt 50% > Min 33% > Max 66%

7.4. A-B-C-Fälle und Pflgetage

Insgesamt würden Pflgetage gezählt, indem jeder Aufenthaltstag während eines Kalenderjahres berücksichtigt wird, unabhängig davon, ob bereits ein Austritt stattgefunden hat oder nicht. Da B- und C-Fälle noch keine Austrittscodierung haben, können diese Fälle auch nicht einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Pflgetage pro Leistungsgruppe können also nur unvollständig berechnet werden. Im Bereich Akutsomatik wäre dieses Problem relativ gering, weil es verhältnismässig nur sehr wenige B- oder C-Fälle gibt.

A-Fälle: Patient tritt im Basisjahr ein und aus.

B-Fälle: Patient tritt im Basisjahr ein, nicht jedoch aus.

C-Fälle: Patient tritt im Basisjahr weder ein noch aus. Hinweis: Bei C-Fällen gibt es eine Zwischencodierung, die Zuteilung zu Leistungsgruppen wäre also möglich.

Tabelle A.G1. Übersicht Fallzahlen Kanton Glarus im Jahr 2022 nach Falltypen A (Austritte), B (Überlieger), C (Durchlieger)

Bereich	A	B	C
Akutsomatik	6 313	59	0
Reha	355	21	0
Psychiatrie	380	25	1
Total	7 048	105	1

Aufgrund der beschriebenen Problematik wurden im vorliegenden Bericht in allen Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie nur die A-Fälle sowie 1 C-Fall mit möglicher Zuordnung zur PsyLG FOR2 berücksichtigt.

Nun kann die Anzahl der Pflgetage für die Bedarfsprognose berechnet werden: Anzahl Pflgetage = Anzahl Fälle x MAHD. Damit die Pflgetage zwischen dem Jahr 2022 und der Prognose vergleichbar sind, wurden die Pflgetage im Ausgangsjahr 2022 ebenfalls berechnet und sind im vorliegenden Bericht ebenfalls als Produkt aus Anzahl Fälle x MAHD definiert.

7.5. Glossar

AVOS	Ambulant vor Stationär
BFS	Bundesamt für Statistik
Fälle	Stationäre Spitalbehandlungen
A-Fälle	Austrittsdatum im Basisjahr
B-Fälle	Eintritt im Basisjahr, Austritt nicht im Basisjahr
C-Fälle	Weder Eintritt noch Austritt im Basisjahr
CH	Schweiz
GD ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GL	Glarus
Hospitalisationsrate	Die Hospitalisationsrate weist die Anzahl stationärer Behandlungen pro 1'000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus.
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer: Die Aufenthaltsdauern unterscheiden sich je nach Behandlung sehr stark. Es wird deshalb generell der Mittelwert über alle Fälle betrachtet und entsprechend die mittlere Aufenthaltsdauer ausgewiesen.

RehaLG	Rehabilitations-Leistungsgruppen
RehaLB	Rehabilitations-Leistungsbereiche. Ein Leistungsbereich fasst verschiedene zusammengehörende Leistungsgruppen zusammen.
PsyLG	Psychiatrie-Leistungsgruppen
PsyLB	Psychiatrie-Leistungsbereiche. Ein Leistungsbereich fasst verschiedene zusammengehörende Leistungsgruppen zusammen.
Schichten	Der zukünftige Bedarf (Anzahl Fälle und Pflgetage) für die Wohnbevölkerung des Kantons Glarus wurde pro Leistungsgruppe (SPLG), Altersgruppen (Akutsomatik: 0-15, 16-39, 40-59, 60-79, 80+; Rehabilitation: 0-17, 18-75, 76+; Psychiatrie: 0-13, 14-17, 18-64, 65+) und Geschlecht berechnet. Daraus ergaben sich z.B. für die Akutsomatik 1320 Kombinationsmöglichkeiten (Schichten).
SPLG, SPLB, SPLHB	Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) werden zusammengefasst zu Spitalplanungsleistungsbereichen (SPLB) und diese zu Spitalplanungsleistungshauptbereichen (SPLHB).

7.6. Spitalkurzzeichen der aufgeführten Spitäler

Tabelle A.S1. Spitalkurzzeichen der aufgeführten Spitäler Akutsomatik²⁷

Kurzbez.	Bezeichnung SL
KSSL	Kantonsspital Glarus, Glarus
KSGR	Kantonsspital Graubünden, Chur
KSSG	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
USZ	UniversitätsSpital Zürich, Zürich
Triemli	Stadtpital Triemli, Zürich
Balgrist	Universitätsklinik Balgrist, Zürich
Schulthess	Schulthess Klinik, Zürich
LUKS	Luzerner Kantonsspital, Luzern
Lengg	Klinik Lengg, Zürich
SPZ Nottwil	Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil
Hirslanden	Klinik Hirslanden, Zürich
Klinik Im Park	Klinik Im Park, Zürich
Kispi	Kinderspital Zürich, Zürich
Lachen *	Spital Lachen, Lachen
Linth *	Spital Linth, Uznach

²⁷ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Akutsomatik vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

Tabelle A.S2. Spitalkurzzeichen der aufgeführten Spitäler Rehabilitation²⁸

Kurzbez.	Bezeichnung SL
ZzC Glarus	Zurzach Care Rehaklinik Glarus, Glarus
ZzC Zurzach	Zurzach Care Rehaklinik Zurzach, Zurzach
ZzC Baden	Zurzach Care Rehaklinik Baden, Baden
ZzC Zollikerberg	Zurzach Care Rehaklinik Zollikerberg, Zollikerberg
ZzC Kilchberg	Zurzach Care Rehaklinik Kilchberg, Kilchberg
Bellikon	Rehaklinik Bellikon, Bellikon
RhzV Valens	Kliniken Valens - Rehazentrum Valens, Valens
Seewis	Reha Seewis AG, Seewis
ZRZ Davos	Zürcher RehaZentren Klinik Davos, Davos
Nottwil	Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil
REHAB Basel	REHAB Basel, Basel
Balgrist	Universitätsklinik Balgrist, Zürich
ZRZ Wald	Zürcher RehaZentren Klinik Wald, Wald
Kispi	Kinderspital Zürich, Affoltern
HGBK Davos *	Hochgebirgsklinik Davos AG, Davos
RhzV Walenstadtberg *	Kliniken Valens - Rehazentrum Walenstadtberg, Walenstadtberg

Tabelle A.S3. Spitalkurzzeichen der aufgeführten Spitäler Psychiatrie²⁹

Kurzbez.	Bezeichnung SL
KSGL	Kantonsspital Glarus, Glarus
SPV AR	Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, Heiden
PDGR Chur	Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur
PDGR Beverin	Psychiatrische Dienste Graubünden, Cazis
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich
ZzC Braunwald	Zurzach Care Rehaklinik Braunwald, Braunwald
Clenia Littenheid	Clenia Littenheid, Littenheid
Kispi	Kinderspital Zürich, Zürich
Sonnenhof	Klinik Sonnenhof, Ganterschwil
Meissenberg	Klinik Meissenberg, Zug
USZ	UniversitätsSpital Zürich, Zürich
Psy SG *	Psychiatrie St. Gallen, Pfäfers
Kilchberg *	Sanatorium Kilchberg, Kilchberg

²⁸ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Rehabilitation vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

²⁹ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Psychiatrie vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste.

7.7. Fallzahlen 2022 pro Leistungsgruppe und Spital

Tabelle A.F1. Fallzahlen 2022 der Glarner Bevölkerung pro SPLG und Akutspital der Spitalliste Akutsomatik³⁰

SPLG	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Basispaket																
BP	2 141	246	10	57	12	7	4	2	0	0	12	3	9	39	50	161
Dermatologie																
DER1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DER1.1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DER1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DER2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hals-Nasen-Ohren																
HNO1	38	2	9	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
HNO1.1	6	4	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	6
HNO1.1.1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.2	24	2	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9	8
HNO1.2.1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.3	2	0	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
HNO1.3.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.3.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO2	3	5	5	2	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
KIE1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	5
Neurochirurgie																
NCH1	0	9	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NCH1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
NCH1.1.1	0	1	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH1.1.1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH1.1.2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH1.1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH2.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurologie																
NEU1	23	9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NEU2	10	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NEU2.1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NEU3	6	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NEU3.1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
NEU4.1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0

³⁰ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Akutsomatik vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste. Graue Balken: Leistungsbereiche Akutsomatik.

SPLG	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Ophthalmologie																
AUG1	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AUG1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
AUG1.4	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AUG1.5	0	0	11	7	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Endokrinologie																
END1	26	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0
Gastroenterologie																
GAE1	143	8	0	5	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	3
GAE1.1	15	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viszeralchirurgie																
VIS1	45	5	3	5	1	0	0	0	0	0	4	4	0	1	2	15
VIS1.1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.4	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4
VIS1.4.1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1
VIS1.5	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Hämatologie																
HAE1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
HAE1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
HAE2	39	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1
HAE3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAE4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HAE5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gefässe																
GEF1	4	8	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0
ANG1	7	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	5
GEFA	1	21	1	6	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
GEF3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANG3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAD1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RAD2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

SPLG	KSSL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Herz																
HER1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HER1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HER1.1.1	0	0	0	3	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HER1.1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
HER1.1.3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HER1.1.4	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HER1.1.5	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
HER1.1.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KAR1	15	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1
KAR2	0	3	2	4	6	0	0	0	0	0	7	14	1	0	0	0
KAR3	22	44	8	20	13	0	0	0	0	0	6	7	0	0	0	3
KAR3.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
KAR3.1.1	0	1	1	2	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Nephrologie																
NEP1	19	4	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urologie																
URO1	204	4	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	9	8	11
URO1.1	24	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	8
URO1.1.1	15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
URO1.1.2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
URO1.1.3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
URO1.1.4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
URO1.1.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
URO1.1.8	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie																
PNE1	63	9	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PNE1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNE1.2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNE1.3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
PNE2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thoraxchirurgie																
THO1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
THO1.1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1
THO1.2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SPLG	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Transplantationen																
TPL1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TPL7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bewegungsapparat chirurgisch																
BEW1	111	8	2	4	0	11	18	0	0	0	3	1	3	18	3	28
BEW2	22	4	1	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	5	0	8
BEW3	7	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3
BEW4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BEW5	16	4	1	0	0	3	4	0	0	0	2	0	0	15	0	30
BEW6	29	1	1	0	0	3	16	0	0	0	1	0	0	69	2	16
BEW7	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
BEW7.1	101	3	0	0	0	5	7	0	0	0	4	0	0	1	1	9
BEW7.1.1	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW7.2	95	2	0	0	0	4	10	1	0	0	0	1	0	9	0	18
BEW7.2.1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
BEW8	32	27	0	1	0	14	11	0	0	0	6	1	0	8	0	18
BEW8.1	6	6	0	0	1	1	2	0	0	0	1	3	0	0	0	11
BEW8.1.1	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW9	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SPLG	KSGL	KSGR	KSSG	USZ	Triemli	Balgrist	Schulthess	LUKS	Lengg	SPZ Nottwil	Hirslanden	Klinik Im Park	Kispi	Lachen *	Linth *	Übrige
Rheumatologie																
RHE1	13	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RHE2	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynäkologie																
GYN1	97	7	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	14	4	22
GYNT	8	5	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
GYN2	24	2	0	0	1	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	3
PLC1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geburtshilfe																
GEB1	324	23	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	24	8	14
GEB1.1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
GEB1.1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neugeborene																
NEO1	269	9	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	22	7	10
NEO1.1	13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NEO1.1.1	2	27	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
NEO1.1.1.1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(Radio-)Onkologie																
ONK1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAO1	12	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NUK1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Schwere Verletzungen																
UNF1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UNF1.1	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
UNF2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total																
Total	4 143	605	98	239	88	52	82	9	8	0	87	50	28	261	98	465

Tabelle A.F2. Fallzahlen 2022 der Glarner Bevölkerung pro RehaLG und Rehabilitationsklinik der Spitalliste Rehabilitation³¹

RehaLG	ZzC Glarus	ZzC Zurzach	ZzC Baden	ZzC Zollikerberg	ZzC Kilchberg	Bellikon	RhV Valens	Seewis	ZRZ Davos	SPZ Nottwil	REHAB Basel	Balgrist	ZRZ Wald	Kispi	HGBK Davos *	RhV Walenstadtberg *	Übrige
Muskuloskelettal																	
MSK1	100	4	3	2	0	7	4	0	5	2	0	0	3	0	1	6	20
MSK2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MSK3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MSK4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MSK5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurologisch																	
NER1	3	2	0	0	1	1	31	0	1	0	0	0	9	2	1	0	4
NER2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1
NER3	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NER4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NER5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NER6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	1
Kardiovaskulär																	
RKA1	2	1	0	0	0	0	0	23	0	0	0	0	5	0	13	0	3
RKA2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulmonal																	
PNR1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	4	4	1
PNR2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Internistisch-Onkologisch																	
INO1	6	1	0	1	0	1	1	4	0	0	0	0	2	0	2	3	7
INO2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	4	0	0	4	4
Somatoform																	
SOM1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total																	
Total	116	9	3	3	1	12	47	29	8	6	1	1	33	3	22	17	42

³¹ Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Rehabilitation vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste. Graue Balken: Leistungsbereiche Rehabilitation.

Tabelle A.F3. Fallzahlen 2022 der Glarner Bevölkerung pro PsyLG und Psychiatrieklinik der Spitalliste Psychiatrie³²

PsyLG	KSGL	SPV AR	PDGR Chur	PDGR Beverin	PUK	ZzC Braunwald	Cilenia Littenheid	Kispi	Sonnenhof	Meissenberg	USZ	Psy SG *	Kilchberg *	Übrige
Demenzen und Delire														
DEMD	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abhängigkeitserkrankungen														
ABH1	25	8	6	14	0	0	1	0	0	0	0	2	1	7
ABH2	5	3	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ABH3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychotische und bipolare Störungen														
PBS1	19	3	18	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
PBS2	5	0	5	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Depressive Störungen														
DEPR	64	4	39	19	2	10	0	0	2	3	0	2	1	17
Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen														
AZB1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
AZB2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AZB3	6	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Persönlichkeitsstörungen														
PERS	3	0	12	4	1	0	1	0	0	0	0	2	1	2
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen														
DISS	4	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Essstörungen														
ESSS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung														
ADHS	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autismusspektrumsstörungen														
AUTI	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Störungen des Sozialverhaltens														
SOZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Störungen in Verbindung mit Sexualität														
SEXS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mutter-Kind-Behandlungen														
MUKI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Nichtorganische Schlafstörungen														
SCHL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Säuglings- und kinderspezifische Störungen														
KIND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intellektuelle Beeinträchtigungen														
INTE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Forensische Psychiatrie														
FOR1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FOR2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total														
Total	133	20	102	53	5	15	2	0	2	3	0	8	5	33

³² Spitäler mit einem * sind nicht in der Spitalliste Psychiatrie vertreten, haben aber die häufigsten Glarner Fälle ausserhalb der Spitalliste. Graue Balken: Leistungsbereiche Psychiatrie.