

Regierungsrat  
Rathaus  
8750 Glarus

## Provisorischer Spitalplanungsbericht 2026 – Anhang 1

### Glarner Spitalplanung 2026 Akutsomatik und Rehabilitation: Anforderungen an die Listenspitäler [Arbeitsversion für das Vernehmlassungsverfahren]

#### Inhaltsverzeichnis

<b>1. Generelle Anforderungen</b> .....	<b>2</b>
1.1. Allgemeines .....	2
1.2. Leistungsaufträge .....	2
1.3. Versorgungsauftrag .....	3
1.4. Qualitätssicherung und -entwicklung.....	3
1.5. Versorgung in besonderen und ausserordentlichen Lagen (nur für Listenspitäler mit Standort im Kanton Glarus).....	4
1.6. Daten .....	5
1.7. Rettungswesen, Transporte .....	5
1.8. Aus- und Weiterbildung .....	5
1.9. Zahlungsmodalitäten .....	6
1.10. Rechnungslegung und Kodierrevision .....	6
1.11. Verbot ökonomischer Anreizsysteme.....	6
<b>2. Umsetzung des SPLG-Konzepts Akutsomatik gemäss GDK im Kanton Glarus</b> .....	<b>7</b>
2.1. Leistungsspezifische Anforderungen.....	7
2.2. Sonderregelungen Kanton Glarus .....	7
<b>3. Anforderungen des Kantons Glarus an Kooperationen zwischen Spitälern zur Erfüllung eines Leistungsauftrags</b> .....	<b>9</b>
3.1. Einleitung.....	9
3.2. Kooperationen zwischen Spitälern .....	9
3.3. SPLG-Konzept .....	9
3.3.1. Notfall nur in Verbindung mit einem Basispaket .....	9
3.3.2. Verknüpfungen von SPLG .....	10
3.3.3. Gesamtes Spektrum einer SPLG.....	10
3.3.4. Folgerungen für die Qualitätssicherung .....	10
3.4. Anforderungen an Kooperationen zwischen Spitälern.....	10
3.4.1. Eindeutige Regelung der Notfälle .....	10
3.4.2. Umfassendes und zusammenhängendes Therapieangebot .....	11
3.4.3. Qualitätssicherung .....	12
3.5. Ergänzende Bemerkungen .....	12
<b>4. Umsetzung des SPLG-Konzepts Rehabilitation gemäss GDK im Kanton Glarus</b> ..	<b>13</b>
4.1. Leistungsspezifische Anforderungen.....	13
4.2. Definition der Leistungsgruppen (Operationalisierung).....	13
4.3. Mindestfallzahlen .....	13

## 1. Generelle Anforderungen

### 1.1. Allgemeines

Die vorliegenden generellen Anforderungen stützen sich auf die gesetzlichen Regelungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und seiner Verordnungen, das Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Glarus (Gesundheitsgesetz, GesG; GS VIII A/1/1) und das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG; GS VIII D/21/1). Sie gelten für alle Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag in den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation des Kantons Glarus.

Neben den hier aufgeführten generellen Anforderungen sind weitere Anforderungen und Definitionen in folgenden Dokumenten der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zu berücksichtigen. Es gelten die jeweils gültigen Versionen, für die Bewerbung diejenige des Jahres 2025, welche demnächst aufgeschaltet wird:

- Definitionen der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen gemäss der für das entsprechende Jahr geltenden Version, GDK  
Download: [Leistungsbereiche Akutsomatik](#)
- Weitergehende generelle Anforderungen – Auszug Akutsomatik, GDK  
Download: [Weitergehende generelle Anforderungen - Auszug Akutsomatik](#)
- Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik und Rehabilitation, Empfehlungen der GDK  
Download: [Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik](#)  
Download: [Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation](#)
- Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik, Empfehlungen GDK  
Download: [Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik](#)

### 1.2. Leistungsaufträge

1. Die Leistungsaufträge und die damit verbundenen Auflagen gemäss den Anhängen zur Glarner Spitalliste 2026 Akutsomatik und Rehabilitation gelten grundsätzlich unbefristet. Sie fallen bei einer neuen umfassenden Spitalplanung ohne Weiteres dahin.
2. Neu aufzunehmende Leistungen oder zu streichende Leistungen (Kündigung) sind mit einer Frist von mindestens sieben Monaten per Ende Mai für eine Änderung des Leistungsauftrags auf den 1. Januar schriftlich bei der Hauptabteilung Gesundheit (HAG) des Departements Finanzen und Gesundheit (DFG) zu beantragen bzw. zu kündigen.
3. Bietet das Spital Leistungen eines neu erhaltenen Leistungsauftrages nicht innerhalb von sechs Monaten an, verfällt der Leistungsauftrag in Bezug auf diese Leistungsgruppe wieder.
4. Die teilweise oder vollständige Übertragung eines Leistungsauftrags auf einen anderen Leistungserbringer ist nicht zulässig. Zulässig ist die Übertragung von nicht an der Patientin und dem Patienten selbst erbrachten medizinischen Supportleistungen (z. B. Laboruntersuchungen).
5. Das Listenspital ist zur Meldung an die HAG verpflichtet, wenn ein Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann. Zudem teilt es der HAG, wenn möglich vorgängig oder mindestens umgehend schriftlich mit, wenn eine oder mehrere Anforderungen der vorhandenen Leistungsaufträge nicht mehr erfüllt sind.
6. Die HAG behält sich vor, die Einhaltung der Voraussetzungen für die Erteilung des Leistungsauftrages mittels Audits oder anderen Methoden zu überprüfen. Sie kann

auch Dritte damit beauftragen. Das Listenspital hat alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

7. Ein Leistungsauftrag wird vorübergehend oder dauernd entzogen, wenn die Voraussetzungen für die Erteilung nicht mehr erfüllt sind. Er kann ebenfalls entzogen werden, wenn Auflagen und Bedingungen nicht eingehalten oder gesetzliche Bestimmungen verletzt werden. Der Entzug kann mit einer Übergangsfrist oder sofort erfolgen, je nach Schwere der Verletzung des Leistungsauftrags.

### **1.3. Versorgungsauftrag**

8. Das Listenspital ist verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Glarner Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig von Versicherungsklasse oder Schweregrad einer Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln.
9. Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums der ihm erteilten Leistungsaufträge sicherstellen.
10. Das Listenspital erbringt die gesetzlichen und in der Spitalliste definierten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der notwendigen Qualität. Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) sind zu beachten.
11. Für medizinische Notfälle besteht unabhängig vom zugesprochenen Leistungsspektrum eine Beistandspflicht. Diese umfasst lebensrettende Sofortmassnahmen, Triage und Organisation der weiteren Behandlung im Normalfall sowie bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen.
12. Das Listenspital garantiert die Versorgungssicherheit und -qualität in besonderen und ausserordentlichen Lagen. Es verfügt über ein internes Konzept zur Bewältigung seiner Aufgaben als Teil des Hospitalisationsraumes im Falle eines Grossereignisses oder einer Katastrophe. Es passt das Konzept periodisch neuen Gegebenheiten an, instruiert sein Personal und überprüft die geplanten Massnahmen durch Übungen.

### **1.4. Qualitätssicherung und -entwicklung**

13. Das Listenspital verpflichtet sich, die jeweiligen Vorgaben des Bundesrechts einzuhalten, insbesondere die Massnahmen der Leistungserbringer und der Versicherer zur Qualitätsentwicklung gemäss Artikel 58a KVG und die Qualitätsanforderungen gemäss Artikel 58d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).
14. Das Listenspital ist verpflichtet, an den Qualitätsmessungen des ANQ teilzunehmen. Im Übrigen wird auf Ziffer 53 verwiesen.
15. Das Listenspital ist verpflichtet, sämtliche für die Erfüllung des Leistungsauftrages notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen am Spitalstandort zu gewährleisten. Es sichert und fördert die Qualität der zu erbringenden Leistungen.
16. Die Behandlungen der Patientinnen und Patienten erfolgen nach auf aktueller Evidenz beruhenden Leitlinien der nationalen Fachgesellschaften oder, wenn solche fehlen, nach entsprechenden internationalen Leitlinien.
17. Wird in der Behandlung von Leitlinien oder Behandlungskonzepten abgewichen, ist dies in der Patientendokumentation zu begründen.
18. Die Listenspitäler erstellen und implementieren Behandlungskonzepte oder Standard Operating Procedures (SOP) als Grundlage für wichtige Behandlungen. Die Konzepte enthalten Vorgaben zur Diagnostik und zu den Behandlungen. Sie sind für

das medizinische Fachpersonal zugänglich und verbindlich. Der Umgang mit Abweichungen von den Behandlungskonzepten ist geregelt.

19. Das Listenspital setzt die strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von Healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler (Swissnoso) um.
20. Das Listenspital führt ein Zwischenfallmeldesystem (Critical Incident Reporting System; CIRS) mit Analyse der Eingabemeldungen und Umsetzung der notwendigen Massnahmen (konkrete Anforderungen und Erläuterungen sind im Kapitel 4.1.3 im «Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023: [Generelle Anforderungen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie](#)» aufgeführt).
21. Das Listenspital händigt der HAG auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten (so z.B. die gemäss Ziff. 51 unten notwendigen Übersichten der Anzahl Eingriffe der betroffenen Operateure) oder Qualitätsnachweise aus, welche für die Spitalplanung oder die Qualitätskontrolle nötig sind. Die Datenlieferungen erfolgen in der erforderlichen Qualität und fristgerecht gemäss den Vorgaben der HAG.
22. Das Listenspital verwendet für die Qualitätsberichterstattung die H+-Qualitätsberichtsvorlage.
23. Das Listenspital gewährleistet ein Ein- und Austrittsmanagement. Bei Bedarf sorgt es beim Austritt für einen über alle notwendigen Stufen verlaufenden Nachsorgeplan.
24. Das Listenspital gewährleistet einen Dolmetscherdienst für fremdsprachige Patientinnen und Patienten, die sich nicht in einer Schweizer Landessprache oder Englisch verständigen können. Spitalinterne Ressourcen (fremdsprachiges medizinisches Fachpersonal oder spezifisch geschultes Personal) können für Übersetzungszwecke in Anspruch genommen werden.
25. Das Listenspital mit Basispaket verfügt über einen eigenen oder über eine vertragliche Kooperation mit einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst.
26. Das Listenspital befolgt bei der Beschaffung, der Inbetriebnahme und beim Betrieb von IT-Fremdsystemen die Anforderungen des Leitfadens von H+ Die Spitäler der Schweiz über die IT-Sicherheit von Fremdsystemen. Das Listenspital setzt die vom Nationalen Zentrum für Cybersicherheit (NCSC) veröffentlichten Mindestanforderungen an die Cybersicherheit für Unternehmen im Gesundheitswesen um.

**1.5. Versorgung in besonderen und ausserordentlichen Lagen (nur für Listenspitäler mit Standort im Kanton Glarus)**

27. Das Listenspital mit Standort im Kanton Glarus ist verpflichtet, im Pandemiefall die Vorgaben des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101), des Pandemieplans Schweiz sowie des Pandemieplans des Kantons Glarus, des Bundesgesetzes über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz, BZG; SR 520.1) und des Gesetzes über den Bevölkerungsschutz (Bevölkerungsschutzgesetz, BevG GL; GS V G/1), jeweils in der aktuellen Version, zu berücksichtigen und umzusetzen. Das Listenspital mit Basispaket verfügt über einen innerbetrieblichen Pandemieplan. Es bezeichnet eine Kontaktperson, die für die Planung und Umsetzung von Massnahmen in besonderen und ausserordentlichen Lagen zuständig ist.
28. Das Listenspital muss über ein Konzept für eine Strom-Mangellage verfügen sowie in der Lage sein, seinen Betrieb für wenigstens zwei Wochen zu 80 Prozent zu gewährleisten, wobei der Dieselnachschub vertraglich gesichert sein muss. Für Spitalunternehmen mit Basispaket elektiv reduziert sich die sicherzustellende Betriebszeit auf fünf Tage.

29. Das Listenspital muss Vorkehrungen getroffen haben für einen funktionierenden IT-Betrieb im Spital während einer Strom-Mangellage.
30. Das Listenspital muss über Mindestvorräte an Schutzmasken, Handschuhen, Überschürzen, Desinfektionsmitteln und Medikamenten gemäss nachfolgender Auflistung verfügen.

<i>Material</i>	<i>Mindestvorrat</i>
Schutzmasken	Vorrat für viereinhalb Monate im Regelbetrieb
Handschuhe	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Überschürzen	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Desinfektionsmittel	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Medikamente	Aufrechterhaltung eines autonomen Betriebs während mindestens einem Monat im Regelbetrieb (d. h. ohne Medikamentennachschub)

### **1.6. Daten**

31. Das Listenspital stellt der HAG Kosten-, Leistungs- und weitere Daten kostenlos zu, die für die optimale Umsetzung der kantonalen Aufgaben gemäss KVG erforderlich sind. Die Datenlieferungen erfolgen in der erforderlichen Qualität und fristgerecht gemäss den Vorgaben der HAG.
32. Die Informations- und Cybersicherheit muss bei der Übermittlung der Daten sichergestellt sein. Das Listenspital verfügt über die notwendige Ausstattung, um einen sicheren Datentransfer durchführen zu können.

### **1.7. Rettungswesen, Transporte**

33. Für die Patientenübergabe von und an Rettungsdienste ist das strukturierte Übergabeprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) zu verwenden. Bei Notfalleinweisungen durch die Rettungsdienste ist entscheidend, dass das Zielspital über die für die Behandlung erforderlichen Kompetenzen und einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Die Spitäler dürfen bei der Anmeldung durch den Rettungsdienst nur Fälle annehmen, für deren erwartete Behandlung sie über einen Leistungsauftrag verfügen. Patientenaufnahmen sind nicht zulässig, wenn ausserhalb des Leistungsauftrags eine Behandlung durchgeführt wird, die zu erwarten war und in der Planung hätte berücksichtigt werden können. Damit sollen kurzfristige Sekundärverlegungen während der Erstbehandlung möglichst verhindert werden.
34. Rettungs- und Verlegungstransporte richten sich nach den Vorgaben der Einsatzleitzentrale.

### **1.8. Aus- und Weiterbildung**

35. Das Listenspital stellt seinem Bedarf und Potential entsprechend Aus- und Weiterbildungsplätze für ärztliches Personal sowie pflegerische und medizinisch-therapeutische und -technische Berufe zur Verfügung.
36. Das Listenspital stellt für alle Berufsgruppen des Spitals angemessene Fortbildungsmöglichkeiten zur Erhaltung und Förderung der fachlichen Kompetenzen sicher.
37. Aus-, Weiter- und Fortbildungsleistungen können in Zusammenarbeit mit anderen Spitälern wahrgenommen werden.
38. Für Listenspitäler mit Standort im Kanton Glarus gelten zudem die Bestimmungen zur Aus- und Weiterbildungsverpflichtung von Pflegeberufen gemäss Artikel 23a GesG und deren Ausführungsbestimmungen.

### **1.9. Zahlungsmodalitäten**

39. Der Kanton übernimmt bei stationären Leistungen den Kantonsanteil nur, wenn das Spital über einen gültigen Leistungsauftrag des Kantons Glarus verfügt. Abgeltungen für Leistungen, für die kein Leistungsauftrag bestanden hat, werden zurückgefordert. Bei Vorliegen zwingender medizinischer Gründe kann die HAG im Interesse der Patientin und des Patienten die Durchführung eines Eingriffes genehmigen und sich an den Kosten beteiligen, auch wenn das Spital nicht über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt.
40. Das Listenspital stellt der HAG den kantonalen Vergütungsanteil für die Behandlungen elektronisch über Einzelrechnungen in Rechnung. Die Rechnungsstellung hat elektronisch nach aktuellem XML-Standard sowie gemäss den Regeln von Swiss DRG und gestützt auf die Angaben des Forum Datenaustausch zu erfolgen. Das Listenspital liefert der HAG die für die Prüfung der kantonalen Zahlungspflicht notwendigen Angaben und Unterlagen.
41. Die Rechnungsstellung des Spitals erfolgt in der Regel innert 30 Tagen nach Austritt der hospitalisierten Patientin und des hospitalisierten Patienten.
42. Das Listenspital lässt alle Rechnungskorrekturen, die es gegenüber den Versicherern vornimmt, in voller Höhe in die Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton einfließen. Die Stornierung der Rechnung hat elektronisch nach aktuellem XML-Standard zu erfolgen und der stornierte Betrag muss auch bei Neufakturierung der Rechnung vollumfänglich zurückbezahlt werden.
43. Falls Rechnungen aufgrund der Genehmigung oder Festsetzung eines definitiven Tarifs rückabgewickelt werden müssen, nimmt der Leistungserbringer vor der Rückabwicklung mit der HAG Kontakt auf. Die HAG entscheidet über die Form der Rückabwicklung.

### **1.10. Rechnungslegung und Kodierrevision**

44. Die Buchführung erfolgt nach den für den Betrieb geltenden gesetzlichen Grundlagen und den branchenüblichen Standards. Die Kostenrechnung wird nach den Bestimmungen des Bundes und allfälligen, für eine optimale Umsetzung des KVG erforderlichen Vorgaben der HAG geführt.
45. Das Listenspital erstellt eine Jahresrechnung nach dem Standard Swiss GAAP FER und lässt diese revidieren. Der Revisionsbericht ist der HAG vorzulegen. Die Betriebsbuchhaltung muss nach dem Branchenstandard REKOLE® zertifiziert sein. Geburtshäuser sind von diesen Bestimmungen ausgenommen. Der Betrieb erstellt einen Rechnungsabschluss pro Kalenderjahr. Auf Anfrage sind weitere Kostendetails zu liefern.
46. Das Listenspital ist verpflichtet, jährlich eine Kodierrevision durchführen zu lassen. Die Kodierrevision erfolgt verdachtsunabhängig und stichprobenbasiert. Die Durchführung der Kodierrevision richtet sich schweizweit nach den aktuell geltenden Reglementen für die Durchführung der Kodierrevision der SwissDRG AG.
47. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Revision werden für die Verbesserung der Kodierqualität und die Beseitigung von Unzulänglichkeiten genutzt. Die HAG behält sich vor, in begründeten Fällen zusätzliche Revisionen zu Lasten des Spitals vornehmen zu lassen.

### **1.11. Verbot ökonomischer Anreizsysteme**

48. Die Auftragnehmerin verpflichtet sich, keine Abgeltungsmodelle mit ökonomischen Anreizsystemen zu verwenden, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung führen. Insbesondere dürfen Lohnbestandteile für das medizinische

Personal nicht direkt abhängig sein von der Anzahl der Behandlungen, von der Art der Behandlung, vom Umsatz oder von Sparzielen.

## **2. Umsetzung des SPLG<sup>1</sup>-Konzepts Akutsomatik gemäss GDK im Kanton Glarus**

### **2.1. Leistungsspezifische Anforderungen**

49. Die vorliegenden leistungsspezifischen Anforderungen gelten für alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag Akutsomatik des Kantons Glarus (Listenspitäler).
50. Grundsätzlich gelten die jeweils gültigen Anforderungen und Definitionen gemäss den Empfehlungen der GDK, für die Bewerbung diejenige des Jahres 2025:
- Definitionen der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen gemäss der für das entsprechende Jahr geltenden Version, GDK  
Download: [Leistungsbereiche Akutsomatik](#)
  - Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik  
Download: [Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik](#)
  - Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik  
Download: [Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik](#)

### **2.2. Sonderregelungen Kanton Glarus**

Ergänzend oder ersatzweise gelten im Kanton Glarus die folgenden Sonderregelungen:

51. Erreicht ein Spital in einer Leistungsgruppe mit Mindestfallzahlen diese nicht, ist die Erteilung eines Leistungsauftrages trotzdem möglich, wenn:
- das Listenspital über eine Kooperation mit einem Spital zur Erfüllung eines Leistungsauftrags gemäss Kapitel 3 verfügt; oder
  - das Listenspital nachweist, dass die Fachärztin oder der Facharzt die entsprechenden Mindestfallzahlen erreicht. In diesem Fall gelten die Regelungen gemäss Kapitel 4.1.2 der [weitergehenden generellen Anforderungen – Auszug Akutsomatik](#) des Kantons Zürich sinngemäss.
52. Die Mindestfallzahlen pro Operateur/in und die entsprechenden Regelungen gemäss Kapitel 4.1.2 der weitergehenden generellen Anforderungen – Auszug Akutsomatik des Kantons Zürich werden nicht angewandt. Eine Ausnahme gilt nur in den Fällen gemäss Ziffer 51 oben.
53. Das Listenspital ist für ausgewählte Leistungsgruppen zur Teilnahme an einem Qualitätscontrolling verpflichtet, das Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglicht. Insbesondere trifft dies auf die vom Kanton Zürich entwickelten Qualitätsprogramme zu, welche grossmehrheitlich auf Routinedaten basieren. Die Ergebnisse des leistungsgruppenspezifischen Qualitätscontrollings werden an in der Regel jährlich stattfindenden Qualitätszirkeln mit allen teilnehmenden Leistungserbringern unter Leitung des Kantons Zürich diskutiert. Die Prüfung der Kenndaten erfolgt durch ein Fachgremium mit Festlegung von Massnahmen (bspw. Peer Review) bei Auffälligkeiten.
54. NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen

---

<sup>1</sup> SPLG: Spitalplanungs-Leistungsgruppen. Der Kanton Zürich hat die medizinischen Leistungen, die ein Spital erbringt, systematisch sogenannten Leistungsgruppen zugeordnet, die insbesondere in der Spitalplanung zum Einsatz kommen.

- Auf die Anforderung der Zertifizierten Stroke Unit wird verzichtet. Die Spitäler mit Leistungsauftrag NEU3 müssen alternativ die Anforderungen gemäss aktuell gültiger «Stroke care in geographically remote regions» gemäss den [«Swiss guidelines for the prehospital Phase in suspected acute stroke»](#) erfüllen, für die Bewerbung gilt die Version 2021.
  - Zudem sind die Listenspitäler Teil eines Stroke Netzwerkes mit entsprechendem Kooperationsvertrag mit einem Stroke Center und verbindlichen SOP des Stroke Centers.
55. GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)  
Die Verknüpfung in Kooperation ist möglich.
56. KAR1 Kardiologie und Devices
- Die ambulanten Eingriffe werden bei der Fallzählung für KAR1 mitberücksichtigt.
  - Als Alternative zu den Mindestfallzahlen pro Spital wird eine umfassende Kooperationsvereinbarung mit einem Zentrumsspital mit Leistungsauftrag Kardiologie und einer Beschränkung der Implantation auf Operateure, welche die Fallzahlen gemäss aktuell gültiger [«guidelines update for performing cardiac implantable electronic device procedures and catheter ablation of arrhythmias»](#) der Swiss Society of Cardiology erfüllen. Für die Bewerbung gilt die Version 2015.
  - Zudem ist das Spital verpflichtet, sämtliche Schrittmachereingriffe im entsprechenden Register zu erfassen und dem Kanton jährlich die Ergebnisse zusammengefasst mitzuteilen.
57. URO1.1 bis URO1.1.8 Urologie  
Alternativ zum geforderten Schwerpunkttitel «operative Urologie» ist die Erteilung eines Leistungsauftrages möglich, wenn das Listenspital nachweist, dass die Fachärztin oder der Facharzt über die notwendige Erfahrung zur Erlangung des Schwerpunkttitels verfügt.
58. BEW8 Wirbelsäulenchirurgie  
Alternativ zum geforderten Schwerpunkttitel «Wirbelsäulenchirurgie» ist die Erteilung eines Leistungsauftrages möglich, wenn das Listenspital nachweist, dass die Fachärztin oder der Facharzt über die notwendige Erfahrung zur Erlangung des Schwerpunkttitels verfügt.
59. UNF1 Unfallchirurgie  
Auf die Anforderung der inhouse Verknüpfung mit UNF1.1 wird verzichtet. Es müssen als Alternative jedoch folgende Anforderungen erfüllt sein:
- Das Spital ist Standort eines zertifizierten Traumanetzwerkes nach DGU.
  - Der Standort ist ebenfalls zertifiziert und mindestens als «regional» in der Systematik gemäss Ausführungsbestimmungen zum Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU klassifiziert.
  - Sowohl Standort als auch das Netzwerk als Ganzes haben eine uneingeschränkte (Re-)Zertifizierung und bestehen uneingeschränkt die vorgesehenen Audits.
  - Die Zertifikate und die Audits des Standorts und des Netzwerkes werden jeweils unverzüglich, komplett und unredigiert der HAG zugestellt.

- Verzögert sich die Rezertifizierung oder müssen Mängel gemäss Audit behoben werden (durch den Standort oder das Netzwerk), wird der Leistungsauftrag bis zum Erreichen der Rezertifizierung, resp. Bestehen des Audits sistiert.
- Diese Bedingungen sind auf der Spitalliste zu publizieren und werden Bestandteil der Leistungsvereinbarung.

### **3. Anforderungen des Kantons Glarus an Kooperationen zwischen Spitälern zur Erfüllung eines Leistungsauftrags**

#### **3.1. Einleitung**

Der Kanton Glarus unterstützt Kooperationen zwischen Spitälern, mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringenden sowie mit weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen und aus der Wirtschaft, wenn sie dazu beitragen, die Zugänglichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Im Rahmen der Glarner Spitalplanung 2026 soll konkretisiert werden, unter welchen Bedingungen Kooperationen zwischen Spitälern vom Kanton als Massnahmen zur Qualitätssicherung anerkannt werden. Insbesondere sollen Kooperationen es ermöglichen, spezialisierte Leistungen wohnortnah anzubieten, für welche die Anforderungen wie z. B. die geforderten Mindestfallzahlen pro Spital vor Ort nicht erreicht werden.

Durch die Entwicklung der Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere im ambulanten Bereich, und der damit verbundenen Abnahme der stationären Fallzahlen, wird es für Regionalspitäler zunehmend schwierig, ein umfassendes Angebot zu gewährleisten. Deshalb werden Kooperationen von Regionalspitälern mit Zentrumspitälern an Bedeutung gewinnen.

#### **3.2. Kooperationen zwischen Spitälern**

Überweisungen, Verlegungen und Verbringungen von Patientinnen und Patienten sind an der Tagesordnung. Sie funktionieren in der Regel gut und sind insbesondere bei planbaren Behandlungen unproblematisch. Bei nicht planbaren Behandlungen wie z. B. Notfällen ist hingegen möglichst eine Komplettversorgung vor Ort anzustreben. Verlegungen von Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen wirken sich in manchen Fällen negativ auf die Behandlungsqualität und das Ergebnis aus. Engere Kooperationsformen zwischen den Spitälern sind deshalb vor allem für die nicht planbaren Behandlungen wichtig. Zugleich wird davon ausgegangen, dass eine engere Kooperation auch in allen anderen, nicht direkt akuten Bereichen, zu Verbesserungen der Behandlungsqualität führt.

#### **3.3. SPLG-Konzept**

Im Folgenden wird die Ausgangslage gemäss SPLG-Konzept dargelegt. Darauf aufbauend werden die Anforderungen an Kooperationen zwischen den Spitälern definiert.

Im SPLG-Konzept ist die Behandlung aus einer Hand insbesondere bei Notfällen ein wichtiges Qualitätselement. Dies wird durch verschiedene Anforderungen sichergestellt:

##### **3.3.1. Notfall nur in Verbindung mit einem Basispaket**

Das Basispaket (BP) umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesiologie teilweise mit Zuzug von weiteren Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Als wichtige Elemente der Grundversorgung sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten.

### 3.3.2. *Verknüpfungen von SPLG*

Bei fachübergreifenden Leistungsgruppen, die verschiedene Behandlungsmöglichkeiten darstellen (konservative, interventionelle oder chirurgische Therapie), müssen die wesentlichen Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden. Um dies sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Die Leistungen müssen am gleichen Standort erbracht werden, wenn die fachübergreifende Behandlung eng und die zeitliche Verfügbarkeit wichtig ist. Ansonsten können die Verknüpfungen in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer erfolgen.

### 3.3.3. *Gesamtes Spektrum einer SPLG*

Damit eine umfassende Behandlung angeboten werden kann, muss ein Listenspital die Erbringung des gesamten Spektrums der ihm erteilten Leistungsaufträge sicherstellen.

### 3.3.4. *Folgerungen für die Qualitätssicherung*

Diese Anforderungen sind grundsätzlich zweckmässig, engen jedoch das Behandlungsangebot eines Spitals oder die Kooperationsformen zwischen Spitälern teilweise stärker ein, als dies medizinisch gerechtfertigt ist. Der Kanton Glarus lockert deshalb gewisse Vorgaben im SPLG-Konzept unter der Voraussetzung, dass sich die Behandlungsqualität dadurch nicht verschlechtert. So muss nicht in jedem Fall das gesamte Spektrum innerhalb einer Leistungsgruppe vor Ort erbracht werden. Die strikte Anforderung der internen Verknüpfungen wird neu in Form von Anforderungen an Kooperationen ergänzt bzw. teilweise ersetzt. An der Anforderung der Verbindung zwischen Notfall und Basispaket, welches die Grundlage dieser Anforderungen zur Qualität im Notfall bildet, wird festgehalten.

## 3.4. **Anforderungen an Kooperationen zwischen Spitälern**

Im Folgenden werden die Anforderungen an Kooperationen zwischen Spitälern definiert, damit gewährleistet ist, dass die Behandlung in der Kooperation qualitativ gleichwertig ist wie die Behandlung aus einer Hand gemäss SPLG-Konzept.

Bei der Zusammenarbeit von zwei Spitälern stellt sich die Frage der Zuständigkeit in Einzelfällen. Wenn die beiden Spitäler ihr Behandlungsspektrum aufteilen, ist zudem die Verfügbarkeit von Mitteln (Fachpersonal und Infrastruktur) für eine sofortige Intervention nicht an beiden Standorten gegeben. Um Probleme bei der akuten Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Kooperation zu vermeiden, muss durch eine gute Organisation dafür gesorgt werden, dass diese Probleme möglichst gar nicht erst entstehen und wenn doch, die weiteren Abläufe klar geregelt sind.

Die Kooperation erfolgt in der Regel zwischen einem Komplettanbieter (Zentrumsspital) und einem Spital mit inkomplettem Angebot (Regionalspital). Als Zentrumsspital kann jedes Spital fungieren, das im jeweiligen Leistungsbereich die kompletten Leistungsaufträge hat und das Regionalspital unterstützen kann.

Daraus ergeben sich die folgenden Anforderungen an die Kooperation:

### 3.4.1. *Eindeutige Regelung der Notfälle*

#### 3.4.1.1. Nur ein Kooperationspartner

Damit die Zuständigkeit für Patientinnen und Patienten sowie Zuweisende übersichtlich bleibt, ist die Kooperation in einem Behandlungsbereich auf zwei Spitäler (Zentrum- und Regionalspital) zu beschränken. In einem Behandlungsbereich werden die sich ergänzenden Fachgebiete wie beispielsweise Kardiologie und Herzchirurgie zusammengefasst.

#### 3.4.1.2. Externe Notfälle direkt ins Spital

Damit der Zuweisungsort für Aussenstehende, insbesondere Rettungsdienste und andere Zuweisende, in der Notfallsituation eindeutig ist, müssen alle externen Notfälle des in der Kooperation geregelten Behandlungsbereichs, direkt ins Zentrumsspital gebracht werden. Davon ausgenommen sind Notfälle, bei welchen – wie beispielsweise beim Herzinfarkt – mittels EKG die Triagediagnostik vom Rettungsdienst vorgenommen werden kann. Diese Ausnahmen sind im Kooperationskonzept zu definieren und den Rettungsdiensten sowie der Einsatzleitzentrale mitzuteilen.

#### 3.4.1.3. Notfallkonzept für spitalinterne Notfälle

Damit die Abläufe bei spitalinternen Notfällen für alle Beteiligten klar geregelt sind, sind diese zwischen den Kooperationspartnern in einem Notfallkonzept zu definieren. Unter spitalinternen Notfällen werden Revisionseingriffe oder Komplikationen ambulant behandelte Patientinnen und Patienten sowie Selbsteinweiserinnen und Selbsteinweiser auf den Notfall zusammengefasst. Im Notfallkonzept sind neben den Abläufen unter anderem die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Fachspezialisten des Zentrumspitals zu regeln.

#### 3.4.1.4. Verfügbarkeit des Operateurs

Damit die Behandlung von postoperativen Revisionen oder Komplikationen nach elektiven Eingriffen sichergestellt werden kann, muss die Verfügbarkeit des Operateurs während mindestens 48 Stunden postoperativ gemäss den Anforderungen des SPLG-Konzepts sichergestellt sein. Das heisst, die Operateure bzw. die Spitäler sind in der postoperativen Phase verpflichtet, die Erreichbarkeit und die Möglichkeit zur Intervention zu gewährleisten.

### 3.4.2. *Umfassendes und zusammenhängendes Therapieangebot*

#### 3.4.2.1. Gesamtes Behandlungsspektrum

Damit eine umfassende und zusammenhängende Behandlung mit allen üblichen Therapiealternativen angeboten wird, muss das Behandlungsspektrum in der Kooperation sämtliche anerkannten Therapiealternativen und Verknüpfungen gemäss SPLG-Konzept, inklusive ambulante Vor- und Nachsorge umfassen.

#### 3.4.2.2. Definierte Behandlungspfade

Damit die Behandlung möglichst wie aus einer Hand erfolgt und Zuständigkeitskonflikte vermieden werden, sind Behandlungspfade für die wichtigsten Diagnosen im Behandlungsbe- reich zu definieren. Beispielsweise sollte die stationäre (präoperative Aufklärung, Visite etc.) und ambulante (Sprechstunde, Poliklinik etc.) Versorgung am Regionalspital durch die Spezialisten des Zentrumspitals definiert und in genügender Kapazität angeboten werden.

#### 3.4.2.3. Interdisziplinäre Indikationskonferenz

Damit die für die Patientin und den Patienten beste Therapie zur Anwendung kommt und eine Patientenselektion vermieden wird, muss die Therapiefestlegung bei einer interdisziplinären Indikationskonferenz zusammen mit dem Zentrumsspital erfolgen. An der Indikationskonferenz sind alle betroffenen Fachrichtungen beteiligt und die Fallbesprechung ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Davon abweichende Therapien sind zu begründen und zu dokumentieren.

#### 3.4.2.4. Datenaustausch komplett und rechtzeitig

Damit die Daten zu einer Patientin und einem Patienten ohne Informationsverlust und Verzögerung für alle Beteiligten verfügbar sind, ist ein kompletter und zeitnaher elektronischer Datenaustausch zwischen den Kooperationspartnern sicherzustellen.

### 3.4.3. Qualitätssicherung

#### 3.4.3.1. Qualitäts- und Indikationscontrolling

Die Kooperationspitäler sind verpflichtet, ein Qualitäts- und Indikationscontrolling durchzuführen. Dies kann durch die Beteiligung an bestehenden, im SPLG-Konzept anerkannten Programmen, wie beispielsweise von Fachgesellschaften oder der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), erfolgen. Wenn für einen Behandlungsbereich kein anerkanntes Qualitätscontrolling besteht, sind die Kooperationspartner verpflichtet, der Hauptabteilung Gesundheit (HAG) des Departements Finanzen und Gesundheit bis 30. Juni 2028 ein Konzept vorzulegen, wie das Qualitätscontrolling durchgeführt wird.

#### 3.4.3.2. Erfahrene Operateure

Die Erfahrung des Operateurs ist auszuweisen, insbesondere bei Eingriffen von Operateuren aus dem Zentrumsspital im Regionalspital und damit mit ungewohnter Infrastruktur. Dies ist teilweise durch das Qualitätscontrolling und eine entsprechende Anerkennung von Operateuren gewährleistet.

### 3.5. **Ergänzende Bemerkungen**

Diese Anforderungen an Kooperationen gelten bei Leistungsaufträgen, die nicht umfassend von einem Listenspital alleine, sondern in Kooperation mit einem Zentrumsspital erbracht werden. Die Anforderungen an die Kooperation sind für beide Kooperationspartner – das Listenspital und das Zentrumsspital – verbindlich. Zu jeder Kooperation muss eine von beiden Kooperationspitälern unterzeichnete Kooperationsvereinbarung vorliegen. Diese ist der HAG zur Genehmigung einzureichen.

In der Kooperation sollte die Behandlung unabhängig vom Eintrittsspital jeweils am für die Patientin und den Patienten besten geeigneten Standort (innerkantonales Listenspital oder Zentrumsspital) und vom Experten mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (Fachexperte des innerkantonalen Listenspitals oder Zentrumsspitals) durchgeführt werden.

Die Anforderungen an Kooperationen umfassen neben der stationären Versorgung immer auch den ambulanten Bereich.

Ein Wechsel des Kooperationspartners ist jeweils mit einer neuen Spitalplanung oder auf Antrag bei der HAG möglich.

#### 4. Umsetzung des SPLG-Konzepts Rehabilitation gemäss GDK im Kanton Glarus

##### 4.1. Leistungsspezifische Anforderungen

60. Die vorliegenden leistungsspezifischen Anforderungen gelten für alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag Rehabilitation des Kantons Glarus (Listenspitäler).
61. Es gelten die aktuell gültigen «[Qualitativen Mindestanforderungen an Rehabilitationskliniken sowie leistungsspezifische Mindestanforderungen für die Rehabilitationsbereiche der Musterplanungssystematik](#)» der GDK.

##### 4.2. Definition der Leistungsgruppen (Operationalisierung)

62. Der Kanton Glarus verwendet die Operationalisierung der Leistungsgruppen des Kantons Zürich.

##### 4.3. Mindestfallzahlen

63. Das Spitalleistungsgruppenkonzept der GDK überlässt die Festlegung der Mindestfallzahlen den Kantonen.
64. Im Kanton Glarus gelten für die Rehabilitation folgende Mindestfallzahlen:

<i>Mindestfallzahl</i>	<i>Leistungsgruppen</i>
200 Hospitalisationen / Jahr abzüglich Mindestfallzahlen in anderen zugewiesenen Leistungsgruppen desselben Leistungsbereichs	MSK1, NER1, RKA1, PNR1
100 Hospitalisationen / Jahr	INO1, INO2
50 Hospitalisationen / Jahr	NER2
30 Hospitalisationen / Jahr	NER3, NER4, SOM1
25 Hospitalisationen / Jahr	MSK2, MSK4
15 Hospitalisationen / Jahr	MSK3, PNR2
10 Hospitalisationen / Jahr	NER5, RKA2
5 Hospitalisationen / Jahr	MSK5
8'000 Pflage tage / Jahr	NER6

65. Erreicht ein Spital in einer Leistungsgruppe mit Mindestfallzahlen diese nicht, ist die Erteilung eines Leistungsauftrages trotzdem möglich, wenn:
- das Listenspital über eine Kooperation mit einem Spital zur Erfüllung eines Leistungsauftrags 3 verfügt. Die Anforderungen für entsprechende Kooperationen in der Akutsomatik gemäss Kapitel 3 gelten dabei sinngemäss; oder
  - wenn die Mindestfallzahl von keinem versorgungsrelevanten Leistungserbringer erreicht wird.