



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Bericht zur Bedarfsanalyse für die Spital- planung 2024

Kanton Freiburg

Autorinnen Sylvie Füglistler-Dousse, Clémence Merçay
(Obsan)

Unter Mitarbeit von Alexandre Tuch, Reto Jörg, Marcel Widmer,
Isabelle Sturny, Daniela Schuler, Sacha Roth
(Obsan)
Cyrill Berger, Pauline Sallin, Baptiste Michel,
Claudine Mathieu Thiébaud (Amt für Gesund-
heit des Staates Freiburg)

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
(Obsan)

Neuenburg, Januar 2023

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
<hr/>	
1 Einleitung	10
<hr/>	
1.1 Kontext	10
1.1.1 Rahmenbedingungen der Spitalfinanzierung aufgrund der KVG-Revision	11
1.1.2 Die Spitalversorgung als Gegenstand der Planung	13
1.2 Das Verfahren der Spitalplanung	14
1.2.1 Bedarfsermittlung	15
1.2.2 Angebotsbestimmung	16
1.2.3 Sicherung des Angebots (Erstellung der Spitalliste)	16
1.2.4 Überprüfung der Planung	17
1.2.5 Interkantonale Koordination	18
2 Daten und Methode	20
<hr/>	
2.1 Datenquellen	20
2.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	20
2.1.2 Krankenhausstatistik (KS)	20
2.1.3 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	20
2.1.4 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung	21
2.1.5 Weitere Datenbanken	21
2.2 Einschlusskriterien	21
2.3 Abgrenzung der Versorgungstypen	22
2.4 Definition der Regionen	24
2.5 Fallzusammenführung	25
2.5.1 Akutversorgung	25
2.5.2 Psychiatrie	26
2.5.3 Rehabilitation	27
2.6 Berechnung der Aufenthaltsdauer	28
2.6.1 Akutversorgung	28
2.6.2 Psychiatrie	28
2.6.3 Rehabilitation	28
2.7 Prognosemodell	29
2.7.1 Prognosetechnik	29
2.7.2 Demografische Entwicklung	30
2.7.3 Weitere Faktoren	33

3	Akutsomatik	41
3.1	Bedarfsanalyse	41
3.1.1	Inanspruchnahme der Versorgung	42
3.1.2	Inanspruchnahme von Notfallstationen und Bereitschaftsdiensten der Spitäler	48
3.1.3	Versorgungsangebot	52
3.1.4	Patientenströme	65
3.2	Prognosen des Versorgungsbedarfs	78
3.2.1	Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung	79
3.2.2	Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren	82
4	Psychiatrie	88
4.1	Bedarfsanalyse	88
4.1.1	Inanspruchnahme der Versorgung	88
4.1.2	Versorgungsangebot	98
4.1.3	Patientenströme	101
4.2	Prognosen des Versorgungsbedarfs	105
4.2.1	Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung	106
4.2.2	Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren	109
5	Rehabilitation	111
5.1	Bedarfsanalyse	111
5.1.1	Inanspruchnahme der Versorgung	112
5.1.2	Versorgungsangebot	116
5.1.3	Patientenströme	121
5.2	Bedarfsprognose	128
5.2.1	Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung	129
5.2.2	Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren	132
6	Literaturverzeichnis	135
7	Glossar und Abkürzungen	139
8	Anhänge	142
Anhang 1	KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien (Stand 1. Januar 2022)	143
Anhang 2	Liste der für die Spitalplanung 2023 entwickelten Leistungsgruppen des Kantons Zürich	145
Anhang 3	Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, nach SPLB, Schweiz und Kanton FR, 2015–2019	148
Anhang 4	Inanspruchnahmerate der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste eines Spitals nach Wohnregion, Kanton FR, 2015–2020	152

Zusammenfassung

Die letzte Spitalplanung des Kantons Freiburg erfolgte im Jahr 2015. Mit dem vorliegenden Bericht zur Bedarfsanalyse werden die statistischen Grundlagen für die neue Spitalplanung, die 2024 im Kanton Freiburg in Kraft treten wird, geschaffen. Der Bericht bezieht sich auf die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie und umfasst eine Analyse der Inanspruchnahme der Spitalversorgung durch die Freiburger Bevölkerung, des Versorgungsangebots, der bestehenden Patientenströme und der Prognosen des zukünftigen Bedarfs unter Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren.

Daten und Methode

Datenquelle

Die Daten der Jahre 2015 bis 2019 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) bilden die zentrale Grundlage für die Auswertungen im Rahmen dieses Berichts zur Bedarfsanalyse. Mit den Daten der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des BFS wird die Inanspruchnahmerate für das Jahr 2019 berechnet. Basierend auf diesen Raten ermöglichen die kantonalen demografischen Szenarien des BFS die Erstellung von Prognosen für den zukünftigen Bedarf an Leistungen unter Berücksichtigung der Auswirkungen der demografischen Entwicklung. Zwecks Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren wurden zusätzliche Datenquellen wie die Liste der gemäss Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 1. Juli 2020 ambulant zu erbringenden Eingriffe und die im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erstellten Studien und Gutachten zu den epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen herangezogen.

Prognosemodell

Die Schätzungen des zukünftigen Leistungsbedarfs basieren auf dem Prognosemodell von Obsan. Dieses bezieht die massgeblichen demografischen, epidemiologischen, medizintechnischen und wirtschaftlichen Entwicklungen mit ein. In den Berechnungen wird der Bedarf bis zum Jahr 2035 berücksichtigt.

AKUTVERSORGUNG

Bedarfsanalyse

Versorgungsgebiet

Im Kanton Freiburg leben etwas mehr als 320 000 Einwohnerinnen und Einwohner, die im Jahr 2019 38 762 Spitalaufenthalte in der Akutsomatik verzeichnen. Dies entspricht 120 Spitalaufenthalten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Spitalaufenthalte und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Bei der Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten wurde zwischen 2015 und 2019 eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 1,5 % verzeichnet. Die Hospitalisierungsraten der Freiburger Wohnbevölkerung sind im Vergleich zur Gesamtschweiz tiefer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Freiburger Patientinnen und Patienten beträgt im Jahr 2019 5,7 Tage und hat sich seit 2015 kaum verändert. Sie liegt damit über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 5,5 Tagen im Jahr 2019.

Versorgungsangebot

Im Referenzjahr 2019 verfügt der Kanton Freiburg über insgesamt acht Spitalstandorte mit Akutversorgung, davon sieben auf seinem Kantonsgebiet mit 542 Betten, sowie den Standort Payerne des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB). In diesen Spitälern wurden Patientinnen und Patienten für 33 336 Spitalaufenthalte in der Akutversorgung aufgenommen. Am grössten Spitalstandort, dem Standort Freiburg des freiburger spitals (HFR), wurden im Jahr 2019 12 993 Aufenthalte verzeichnet. Zur Vervollständigung des Angebots sind für ausgewählte Leistungsgruppen acht Spitalstandorte in den Kantonen Bern, Genf, Neuenburg und Waadt auf der Freiburger Spitalliste aufgeführt. Mit dem Deckungsgrad der Spitalliste kann die Übereinstimmung der Spitalplanung mit dem Bedarf beurteilt werden. Betrachtet man die verschiedenen SPLG mit einer signifikanten Fallzahl (mindestens 50 Fälle von Freiburger Patientinnen und Patienten) – unter Ausschluss der SPLG, die zur hochspezialisierten Medizin gehören, und der SPLG, die in der für die Berechnungen verwendeten Spitalliste von 2017 noch nicht definiert waren –, so liegt der durchschnittliche Deckungsgrad bei 75 %. Wenn für eine beträchtliche Anzahl SPLG der von der GDK empfohlene Schwellenwert von 80 % nicht erreicht wird, muss die Interpretation durch die Tatsache relativiert werden, dass der Kanton Freiburg die Besonderheit eines zweisprachigen Kantons aufweist und dass der Deckungsgrad in der mehrheitlich deutschsprachigen Region tiefer ist. Dies kann auf eine Unterversorgung und/oder auf Präferenzen der Bevölkerung zurückzuführen sein, wenn genügend Leistungsaufträge erteilt werden, diese aber nicht immer den tatsächlichen Gegebenheiten der Patientinnen und Patienten entsprechen. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Kanton Freiburg mit seiner Bevölkerung an der Grenze des von der GDK empfohlenen Schwellenwerts von 80 % liegt. Für Kantone mit weniger als 300 000 Einwohnerinnen und Einwohnern wird ein Deckungsgrad von 70 % empfohlen.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

In der Gesamtbetrachtung handelt es sich beim Kanton Freiburg um einen Kanton, dessen Abfluss deutlich höher ist als der Zustrom und der gemäss dem Index des Verhältnisses zwischen Abwanderung und Zuwanderung schweizweit an vierter Stelle steht. Während in den Freiburger Einrichtungen hauptsächlich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton behandelt werden, werden mehr als ein Viertel der Freiburger Patientinnen Patienten ausserkantonale hospitalisiert. Die geringe Zuwanderung erfolgt hauptsächlich aus dem Kanton Waadt und konzentriert sich auf Einrichtungen in der Stadt Freiburg. Die zahlenmässig grössere Abwanderung orientiert sich vor allem an den Kantonen Bern und Waadt. Während 55 % der Patientinnen und Patienten aus der Region mit deutschsprachiger Mehrheit in einem ausserkantonalen Spital und fast ausschliesslich im Kanton Bern behandelt werden, werden 17 % der Patientinnen und Patienten aus der Region mit französischsprachiger Mehrheit ausserkantonale, vor allem in den Kantonen Waadt und Bern, hospitalisiert. Betrachtet man die internen Patientenströme, so wird aufgrund der Verteilung der Standorte auf dem Kantonsgebiet ein Viertel der Freiburgerinnen und Freiburger aus der deutschsprachigen Region in einem Spital im französischsprachigen Gebiet hospitalisiert, während das Gegenteil nur bei 3 % der Bevölkerung aus der französischsprachigen Region zutrifft. Insbesondere die Neurochirurgie und die Ophthalmologie weisen dabei den höchsten Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten auf, gefolgt von den Bereichen Orthopädie, Herz und Oto-Rhino-Laryngologie.

Bedarfsprognosen

Das verwendete Prognosemodell trägt den demografischen, wirtschaftlichen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen und deren Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf Rechnung. Um die Bandbreite möglicher Entwicklungen abzubilden, berücksichtigt das Modell drei Prognoseszenarien: ein Basisszenario, ein Minimalszenario und ein Maximalszenario. Im Basisszenario geht die Bedarfsprognose bis 2035 von einer Zunahme der Fallzahlen um insgesamt 30 % (von 38 762 auf 50 275 Fälle) aus, während im Minimal- und Maximalszenario eine Zunahme von 24 % bzw. 35 % erwartet wird. In der Palliative Care ist die Entwicklung überdurchschnittlich hoch und es wird eine Zunahme von 48 % erwartet (von 291 auf 431 Fälle), wobei die Spanne zwischen 44 % und 52 % liegt. Insgesamt wird der prognostizierte Anstieg durch die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen gebremst. Infolge der Verlagerung in den ambulanten Bereich geht das Prognosemodell im Basisszenario von einer Abnahme der Hospitalisierungen um 0,6 % und im Minimal- und Maximalszenario um 1,1 % bzw. 0,2 % aus. Unter Berücksichtigung der medizintechnischen Entwicklungen wird im Bereich der Orthopädie hingegen eine Zunahme von 0,5 % im Basisszenario und von 0,8 % im Maximalszenario erwartet. Es liegt somit auf der Hand, dass in allen drei Szenarien das Bevölkerungswachstum und die Alterung der Bevölkerung die wichtigsten Triebkräfte für die Entwicklung sind. Bezüglich der Pflegetage der Freiburger Wohnbevölkerung wird im Basisszenario im Jahr 2035 eine Zunahme von 35 % bzw. 296 413 Tage prognostiziert.

PSYCHIATRIE

Bedarfsanalyse

Versorgungsgebiet

Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Freiburg haben 2019 2626 Spitalaufenthalte in der Psychiatrie verzeichnet. Dies entspricht etwas mehr als 8 Spitalaufenthalten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Spitalaufenthalte und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten blieb zwischen 2015 und 2019 ziemlich stabil. Allerdings führte die Einführung von TARPSY ab 2018 zu einer Neudefinition des Falles, was einen Bruch in der Datenserie zur Folge hat und die Analyse des Trends erschwert. Insgesamt liegen die Hospitalisierungsraten der Freiburger Wohnbevölkerung im Jahr 2019 etwas niedriger als die Schweizer Hospitalisierungsraten. Wenn man jedoch die unterschiedlichen Leistungsgruppen betrachtet, liegen die Freiburger Raten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Alterspsychiatrie etwas höher. Mit durchschnittlich 26,5 Pflegetagen pro Aufenthalt im Jahr 2019 sind die Aufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten kürzer als bei der Gesamtheit der Schweizer Patientinnen und Patienten (33,8 Tage).

Versorgungsangebot

2019 besteht das Angebot der stationären Versorgung in der Psychiatrie im Kanton Freiburg aus dem freiburger spital (HFR), das fast ausschliesslich am Standort Freiburg liegt, und dem Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG). Diese Einrichtungen betreiben 170 Betten und behandeln 2327 Patienten, davon 2274 im FNPG. Zur Vervollständigung des Angebots sind für ausgewählte Leistungen die Privatklinik Meiringen und der Standort Saint-Loup des Établissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) auf der Freiburger Spitalliste aufge-

führt. Im September 2022 hat der Kanton Freiburg im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Zusammenarbeit mit den UPD Bern¹ aufgenommen und ihnen einen entsprechenden Leistungsauftrag erteilt. Mit dem Deckungsgrad der Spitalliste kann die Übereinstimmung der Spitalplanung mit dem Bedarf beurteilt werden. 2019 lag er im Kanton Freiburg bei 88 %, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Alterspsychiatrie gar bei 90 %.

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

In der Gesamtheit handelt es sich beim Kanton Freiburg auch in der Psychiatrie um einen Kanton mit mehr Abfluss als Zustrom. Während in den Freiburger Einrichtungen fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton behandelt werden, wird jede siebte Freiburger Patientin oder jeder siebte Freiburger Patient ausserkanton hospitalisiert. Der Abfluss erfolgt überwiegend in die Kantone Bern und Waadt. Die deutschsprachige Region exportiert 41 % der Patientinnen und Patienten, fast ausschliesslich in den Kanton Bern, während die französischsprachige Region nur 8 % der Patienten exportiert, vorrangig in die Kantone Waadt und Bern.

Bedarfsprognosen

Das verwendete Prognosemodell trägt den demografischen, wirtschaftlichen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen und deren Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf Rechnung. Um die Bandbreite möglicher Entwicklungen abzubilden, berücksichtigt das Modell drei Prognoseszenarien: ein Basisszenario, ein Minimalszenario und ein Maximalszenario. Im Basisszenario sieht die Bedarfsprognose bis 2035 eine Zunahme der Fallzahlen um 13 % (von 2626 auf 2971 Fälle) und eine Zunahme der Anzahl Tage um 16 % (von 69 551 auf 80 721 Tage) vor. Die grösste Zunahme betrifft die Alterspsychiatrie, die auf den erheblichen Effekt der demografischen Alterung zurückzuführen ist. Im Maximalszenario sieht die Prognose eine Zunahme der Fälle um 16 % und eine Zunahme der Tage um 19 % vor. Im Minimalszenario hat die erwartete Entwicklung des ambulanten Sektors und die Verlagerung der Versorgung in ebendiesem Sektor einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der stationären Fälle bis 2035. Dem demografischen Effekt wird durch die Verlagerung in den ambulanten Sektor entgegengewirkt, was insgesamt eine Abnahme der Fälle um 1 % und eine Zunahme der Tage um 2 % zur Folge hat. Abgesehen vom Minimalszenario sind das Bevölkerungswachstum und die Alterung der Bevölkerung die einzigen Triebkräfte für die Entwicklungen.

REHABILITATION

Bedarfsanalyse

Versorgungsgebiet

Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Freiburg haben 2019 2651 Spitalaufenthalte in der Rehabilitation verzeichnet. Dies entspricht etwas mehr als 8 Spitalaufenthalten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Spitalaufenthalte und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Trotz des Bevölkerungswachstums und des Anstiegs des Altersquotienten ist die Anzahl Spitalaufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten zwischen 2015 und 2019 gesunken. Dies führt dazu, dass 2019 fast ein Spitalaufenthalt pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner weniger verzeichnet wird als 2015. Insgesamt ist die Hospitalisierungsrate der Freiburger Wohnbevölkerung 2019 etwas niedriger als die der Schweiz, während sie in

¹ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

der geriatrischen Rehabilitation höher ist. Mit durchschnittlich 21,1 Pflagetagen im Jahr 2019 sind die Aufenthalte der Freiburger Patientinnen und Patienten kürzer als die der Gesamtheit der Schweizer Patientinnen und Patienten (23,9 Tage).

Versorgungsangebot

2019 besteht das Angebot des Kantons Freiburg in der stationären Rehabilitation aus den fünf Spitalstandorten des freiburger spitals (HFR) und dem Spital Estavayer-le-Lac des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB), die zusammen 168 Betten betreiben. An diesen sechs Standorten wurden insgesamt Patientinnen und Patienten für 2361 Spitalaufenthalte aufgenommen. Zur Vervollständigung des Angebots sind für ausgewählte Leistungsgruppen sechs Einrichtungen in den Kantonen Bern, Basel-Stadt, Luzern, Waadt und Wallis auf der Freiburger Spitalliste aufgeführt. Mit dem Deckungsgrad der Spitalliste kann die Übereinstimmung der Spitalplanung mit dem Bedarf beurteilt werden. Er beträgt im Kanton Freiburg durchschnittlich 74 %, wenn man die Gruppe der psychosomatischen Rehabilitation, die auf der Spitalliste 2017 nicht gesondert aufgeführt war und für die aufgrund des fehlenden Leistungsauftrags kein Deckungsgrad bestimmt werden konnte, sowie die Gruppe der Rehabilitation Querschnittsgelähmter, für die aufgrund ihrer geringen Fallzahlen und ihrer mangelhaften Definition kein verlässlicher Deckungsgrad berechnet werden kann, ausklammert. Zwischen den einzelnen Leistungsgruppen variiert der Deckungsgrad stark. Die neurologische und die geriatrische Rehabilitation weisen einen Deckungsgrad von mindestens 80 % auf. In der muskuloskelettalen Rehabilitation, der Leistungsgruppe mit den meisten Fallzahlen, liegt der Deckungsgrad bei 61 %. Zur Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung muss der Kanton Freiburg im Rahmen der neuen Spitalplanung den Leistungsgruppen besondere Aufmerksamkeit schenken, deren Deckungsgrad unter dem von der GDK empfohlenen Schwellenwert von 80 % liegt. Es können jedoch die gleichen Feinheiten wie in der Akutversorgung angefügt werden, nämlich, dass die Definition der Gruppen für die nächste Planung nicht exakt der geltenden Spitalliste entspricht, dass der Kanton Freiburg die Besonderheit hat, zweisprachig zu sein, und dass er aufgrund seiner Demografie knapp bei dem von der GDK empfohlenen Schwellenwert von 80 % liegt (für Kantone mit weniger als 300 000 Einwohnern wird ein Deckungsgrad von 70 % empfohlen).

Patientenströme und Spitalversorgungsregionen

Insgesamt ist der Kanton Freiburg sowohl in der Rehabilitation als auch in der Akutversorgung und der Psychiatrie ein Kanton mit mehr Abfluss als Zustrom. Während in den Freiburger Einrichtungen fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton behandelt werden, werden fast 30 % der Freiburger Patientinnen und Patienten ausserkantonale hospitalisiert. Der Abfluss erfolgt überwiegend in die Kantone Bern und Wallis. Die deutschsprachige Region exportiert 65 % der Patientinnen und Patienten, hauptsächlich in den Kanton Bern, während die französischsprachige Region 21 % der Patientinnen und Patienten exportiert, davon etwa die Hälfte in den Kanton Wallis und der Rest vorrangig in die Kantone Bern und Waadt. Auf der Ebene der internen Patientenströme sind 13 % der Freiburger Bevölkerung mit Wohnsitz in der französischsprachigen Region in einem Spital in der deutschsprachigen Region hospitalisiert, während nur 7 % der Freiburger Bevölkerung aus der deutschsprachigen Region in der französischsprachigen Region hospitalisiert sind.

Bedarfsprognosen

Das verwendete Prognosemodell trägt den demografischen, wirtschaftlichen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen und deren Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf Rechnung. Um die Bandbreite möglicher Entwicklungen abzubilden, berücksichtigt das Modell drei Prognoseszenarien: ein Basisszenario, ein Minimalszenario und ein Maximalszenario. Im Basisszenario sieht die Bedarfsprognose zwischen 2019 und 2035 eine Zunahme der Fallzahlen um 58 % (von 2651 auf 4185 Fälle) vor. Im Minimalszenario ist eine Erhöhung von

50 % und im Maximalszenario eine Erhöhung von 64 % vorgesehen. Die Berücksichtigung der medizintechnischen Entwicklungen im Bereich der Orthopädie (Akutversorgung) wirkt sich logischerweise auch im Bereich der Rehabilitation aus, und zwar mit einem Anstieg um 2,4 % im Basisszenario und um 3,6 % im Maximalszenario. Folglich sind das Bevölkerungswachstum und die Alterung der Bevölkerung selbst im Basisszenario und im Maximalszenario, in denen der medizintechnische Faktor berücksichtigt wird, die wichtigsten Triebkräfte für steigende Fallzahlen. Bezüglich der Pflage tage der Freiburger Wohnbevölkerung wird im Basisszenario im Jahr 2035 eine Zunahme von 54 % oder 86 326 Tage prognostiziert.

1 Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) am 1. Januar 1996 und gemäss dessen Artikel 39 sind die Kantone verpflichtet, eine Spitalplanung zu erstellen, die den Spitalversorgungsbedarf der Bevölkerung abdeckt, und auf der Grundlage dieser Planung eine kantonale Liste zu veröffentlichen, in der die Kategorien der Spitäler entsprechend ihren Aufträgen festgelegt sind. Zur Eindämmung des Kostenanstiegs haben die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalplanung und -finanzierung beschlossen. Kernpunkt der Revision war der Wechsel von der Objektfinanzierung (Spital) hin zur Subjektfinanzierung, nämlich der Spitalleistungen, was einem Wechsel vom Kostenrückerstattungsprinzip zu einer Fallabrechnung (Swiss DRG) gleichkam. Als Folge dieser Revision mussten die Kantone ihre Spitalplanung und ihre Spitalliste an die Anforderungen der neuen Bestimmungen anpassen. Der Kanton Freiburg ist diesem gesetzlichen Auftrag nachgekommen, indem er eine Spitalplanung für die stationäre Akutso-matik, die Psychiatrie und die Rehabilitation erstellt hat (Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015 (GSD 2014); Freiburger Spitalplanungsbericht 2015 (GSD 2015)). Die Spitalplanung 2015 des Kantons Freiburg entspricht der aktuell gültigen Spitalplanung. Der vorliegende Bericht zur Bedarfsanalyse dient als Grundlage für die Spitalplanung in der Akutso-matik für die Jahre 2024–2035. Im Auftrag der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (GSD) präsentieren wir hier die Bedarfsanalyse, die die Grundlage dieser neuen Spitalplanung bildet. Diese Bedarfsanalyse betrifft die Akutversorgung, einschliesslich der Palliative Care, die Psychiatrie und die Rehabilitation. Sie umfasst eine vertiefte Analyse der Inanspruchnahme der stationären Versorgung in den Jahren 2015–2019 sowie die Erstellung der Bedarfsprognosen für den Zeitraum bis 2035. Die vorliegenden Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS), d. h. auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Krankenhausstatistik, der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte sowie auf Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone.

1.1 Kontext

Der gesetzliche Rahmen, innerhalb dessen die Kantone ihre Spitalplanung zu erstellen haben, wird im KVG festgelegt und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) konkretisiert (siehe Kasten 1). Diese Bestimmungen werden durch die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, siehe auch Kasten 2) ergänzt. Auf kantonaler Ebene stellt das Gesundheitsgesetz (GesG) eine der wichtigsten rechtlichen Grundlagen im Bereich der Spitalplanung dar (siehe auch Kasten 1).

Kasten 1 Gesetzliche Grundlagen von Bund und Kantonen

Bundesrechtliche Grundlagen:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10;
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102.

Interkantonale Vereinbarungen:

- Interkantonale Vereinbarung vom 14. März 2008 über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM);
- Interkantonale Vereinbarung über das Interkantonale Spital der Broye (HIB) Waadt-Freiburg vom 21.08.2013, in Kraft seit 01.01.2014, SGF 822.0.7

Gesetzliche Grundlagen des Kantons Freiburg (Liste nicht abschliessend)²:

- Gesundheitsgesetz (GesG) vom 16.11.1999 (aktuelle Fassung in Kraft getreten am 01.07.2020), Systematische Gesetzessammlung des Kantons Freiburg, SGF 821.0.1
- Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser (SFIG) vom 04.11.2011 (aktuelle Fassung in Kraft getreten am 01.01.2023), SGF 822.0.3
- Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG) vom 05.10.2006 (aktuelle Fassung in Kraft getreten am 01.01.2019), SGF 822.2.1
- Verordnung über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser vom 31.03.2015 (in der Fassung in Kraft getreten am 01.01.2017; aktuelle Fassung in Kraft getreten am 01.09.2022), SGF 822.0.21
- Gesetz über das freiburger spital (HFRG) vom 27.06.2006 (aktuelle Fassung in Kraft getreten am 01.01.2019), SGF 822.0.1

Der vorliegende Bericht stützt sich zur Präzisierung der Bestimmungen des KVG und der KVV zudem auf die publizierten Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Diese Empfehlungen sind für die Kantone nicht verbindlich, fördern aber ein gemeinsames Verständnis der kantonalen Spitalplanung und unterstützen die interkantonale Koordination. Diese Empfehlungen wurden zwar ausgehend von der Problematik der Akutversorgung erarbeitet, gelten aber grundsätzlich auch für die Planung der Leistungen der Psychiatrie und der Rehabilitation. Dazu gehören insbesondere die Empfehlungen zur Spitalplanung (GDK 2022a), die Empfehlungen zur Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik (GDK 2018), die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (GDK 2019a) und die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation (GDK 2019b). Die GDK stützte sich dabei insbesondere auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) und des Bundesgerichts (BGer)³.

Es ist zu beachten, dass sich die Spitalplanung von den Katastrophen- und Krisenplänen unterscheidet. Denn die Kantone sind gehalten, sich auf allfällige neue Covid-19-Wellen vorzubereiten und sicherzustellen, dass die Behandlungskapazitäten temporär substanziell erhöht werden können. Die GDK hat dazu eine Empfehlung abgegeben (GDK 2022b). Auf diese besonderen Bedürfnisse, die es separat zu behandeln gilt, wird im vorliegenden Bericht nicht eingegangen.

1.1.1 Rahmenbedingungen der Spitalfinanzierung aufgrund der KVG-Revision

Mit der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Zu erwähnen ist insbesondere die Abkehr von der (objektorientierten) Finanzierung der Einrichtungen hin zu einer leistungsorientierten (subjektorientierten) Finanzierung, was einem Wechsel vom Kostenrückerstattungsprinzip zu einem

² https://bdlf.fr.ch/app/de/systematic/texts_of_law

³ Eine Übersicht der Entscheide des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts im Kontext der Spitalplanung und der kantonalen Spitallisten ist auf der Internetseite der GDK abrufbar (<https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/plannung/rechtsprechung>).

Preissystem gleichkommt. Seit 2012 werden alle Spitäler der Akutsomatik, die auf der Spitalliste stehen, nach leistungsorientierten Fallpauschalen gemäss dem Tarifstrukturvertrag SwissDRG entschädigt. Im Bereich der stationären Psychiatrie wurde die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur TARPSY per 1. Januar 2018 für die Erwachsenenpsychiatrie und per 1. Januar 2019 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt. Diese basiert auf leistungsorientierten Tagespauschalen und deckt alle stationären Leistungsbereiche der Psychiatrie ab. Schliesslich wurde für die stationäre Rehabilitation die neue Tarifstruktur ST Reha eingeführt (1. Januar 2022).

Kasten 2 Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin

Artikel 39 Absatz 2bis KVG sieht explizit vor, dass die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gesamtschweizerische Planung erstellen, wobei dem Bundesrat eine subsidiäre Regulierungsfunktion zukommt. Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) abgeschlossen, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Sie haben sich somit verpflichtet, die Leistungen der hochspezialisierten Medizin gemeinsam zu planen und zu verteilen. Mit der Unterzeichnung der IVHSM haben sie eine gesetzliche Grundlage für die Zuteilung von Leistungen geschaffen, die Entscheidungsmechanismen der Organe der IVHSM festgelegt und die Kriterien definiert, die ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten. Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin folgt den Grundsätzen der Bedarfsdeckung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Im Rahmen des Vollzugs der IVHSM haben die Kantone bereits Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin vereinbart. Die Beschlüsse der IVHSM und die von den HSM-Beschlussorganen verabschiedete interkantonale Spitalliste für hochspezialisierte Medizin sind auf der Website der GDK veröffentlicht⁴.

Wie bereits vor der KVG-Revision sind die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und mit der Spitalplanung deren Qualität zu fördern und die Zunahme der Kosten zu bremsen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die kantonalen Spitalplanungen an sich kein neues Instrument darstellen, da sie bereits ab 1996 erstellt wurden. Die mit der KVG-Revision eingetretenen Änderungen ergeben sich hauptsächlich aus der Änderung von Artikel 39, wonach die Kantone ihre Planung koordinieren (Abs. 2) und der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlässt (Abs. 2ter). Die drei zu berücksichtigenden Kriterien werden in Artikel 58b KVV konkretisiert:

- die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: die Effizienz der Leistungserbringung; der Nachweis der notwendigen Qualität; die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien;
- der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Mit der KVG-Revision wurde auch die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz gefördert und die Pflicht der Listenspitäler eingeführt, im Rahmen der Leistungsaufträge alle Personen mit Wohnsitz im Kanton aufzunehmen. Die KVG-Revision brachte zudem weitere Neuerungen, mit denen die für die kantonalen Spitalplanungen geltenden Bestimmungen modifiziert wurden. Damit wird nicht mehr von einer Unterscheidung zwischen gewinnorientierten Spitälern und Spitälern mit einem ideellen Zweck ausgegangen, sondern zwischen Listen- und Vertragsspitalern, womit gewinnorientierte Institutionen und ideelle Zwecke verfolgende Institutionen bei der Finanzierung gleichgestellt werden. Die von den Listenspitalern erbrachten stationären Leistungen werden mit einer dual-fixen Finanzierung abgegolten, die zu mindestens 55 % von den Kantonen und zu maximal 45 % von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbracht wird. Die Vertragsspitäler sind von dieser Finanzierung ausgenommen, da sie nicht in den Genuss des Kantonsanteils kommen. Durch die mit der KVG-Revision eingeführten neuen Instrumente sollen unter anderem den Wettbewerb belebt, die Versorgung sichergestellt und eine hohe

⁴ Siehe <http://www.gdk-cds.ch>

Qualität der Leistungen gewährleistet werden. Bei diesem Balanceakt kommt der öffentlichen Hand nach wie vor eine wichtige Steuerungsfunktion zu, die sie vor allem über die kantonalen Spitalplanungen ausübt.

1.1.2 Die Spitalversorgung als Gegenstand der Planung

Der Planungsgegenstand, d. h. die bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG, wird in Artikel 58a Absatz 1 KVV konkretisiert (Kasten 3 und Anhang 1). Mit der Planung stellt der Kanton die stationäre Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie die Behandlung in einem Pflegeheim für seine Einwohnerinnen und Einwohner sicher. Obwohl Artikel 58a Absatz 1 KVV von der Notwendigkeit einer Planung spricht, um die Behandlung in einem Pflegeheim sicherzustellen, ist festzuhalten, dass die Langzeitpflege nicht Teil der Spitalplanung, sondern Gegenstand einer separaten Planung ist, die hier nicht thematisiert wird. Um zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime gemäss Artikel 39 Absatz 1 KVG der vom Kanton aufgestellten Planung für die bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und folglich auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. Artikel 39 KVG verpflichtet daher die Kantone zur Erstellung einer Spitalplanung.

Je nach Versorgungsbereich bestehen unterschiedliche Anforderungen an die Art der Planung (Art. 58c KVV). Für die Akutsomatik sowie für die Geburtshäuser muss die Planung leistungsorientiert sein.⁵ Für die Rehabilitation und die psychiatrische Behandlung muss sie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen sein. Im Bereich der Pflegeheime sehen die gesetzlichen Grundlagen eine kapazitätsbezogene Planung vor. Die wichtigsten Aspekte der kantonalen Planung werden in Artikel 58b KVV unter dem Titel «Versorgungsplanung» umschrieben, namentlich deshalb, weil diese Bestimmungen nicht nur die Spitalversorgung, sondern, wie oben erwähnt, auch die Behandlung im Pflegeheim betreffen. Da sich der vorliegende Bericht jedoch nur auf die Spitalversorgung bezieht, verwenden wir im Folgenden den Begriff der «(kantonalen) Spitalplanung» und nicht der «Versorgungsplanung».

Kasten 3 Artikel 39 KVG – Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;
- f. sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anschliessen.

² Die Kantone koordinieren ihre Planung.

^{2bis} Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

⁵ Die leistungsorientierte Spitalplanung geht von Fallzahlen aus, während die kapazitätsbezogene Spitalplanung von Pflegetagen ausgeht. Das heisst, bei einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen Leistungsdaten wie Falldaten oder diagnostische Falldaten im Vordergrund, während bei einer kapazitätsbezogenen Planung Aktivitätsdaten wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer oder der Bettenbelegungsgrad im Vordergrund stehen.

^{2ter} Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Siehe auch KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien, im Anhang.

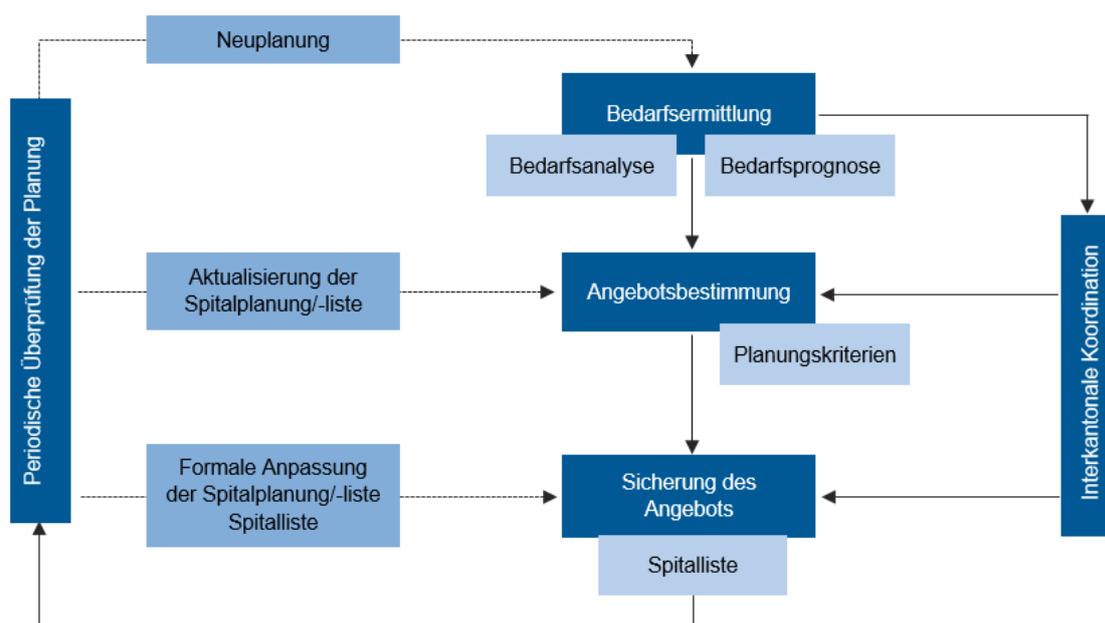
1.2 Das Verfahren der Spitalplanung

In Anlehnung an die Bestimmungen des KVG und der KVV können die Etappen der kantonalen Spitalplanung unterschieden werden (siehe Abbildung G. 1.1). Mit seiner Spitalplanung 2015 hat der Kanton Freiburg diesen Prozess bereits einmal durchlaufen. Die aktuell gültige Spitalliste trat am 1. April 2015 in Kraft und wurde 2017 teilweise revidiert und 2022 für die Psychiatrie leicht angepasst. Die periodische Überprüfung der Spitalliste wurde erleichtert, indem ab 2017 ein regelmässiges Leistungsmonitoring in den Freiburger Spitälern durchgeführt wurde. Dieses Monitoring stützt sich unter anderem auf aktuelle Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

Analog zur letzten Planung lassen sich die aktuellen Arbeiten in drei Etappen unterteilen: (1.) die Ermittlung und Bestimmung des Versorgungsbedarfs der Freiburger Bevölkerung, (2.) die notwendigen Arbeiten für die Erstellung des Spitalplanungsberichts (Angebotsbestimmung) und schliesslich (3.) die Erstellung der neuen Spitalliste und die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler (Angebotssicherung).

Ausgangspunkt der Spitalplanung bildet der Bericht zur Bedarfsanalyse. Dessen Zweck liegt insbesondere darin, den Versorgungsbedarf der Kantonsbevölkerung zu ermitteln. Der vorliegende Bericht dient als Referenz für die Periode 2024–2035 und schafft die statistischen Grundlagen für die neue Planung, die 2024 in Kraft treten wird. Da eine Spitalplanung nie in einem geschlossenen Rahmen erfolgt, ist es sinnvoll, die bestehenden Versorgungsstrukturen aufzuzeigen. Dazu gehören auch Patientenströme, die sich teilweise aus den vorhandenen Versorgungsangeboten ergeben.

G. 1.1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess



Quelle: Eigene Visualisierung gestützt auf KVG, KVV und GDK (2022a)

© Obsan 2023

1.2.1 Bedarfsermittlung

Die Kantone ermitteln ihren Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Artikel 58b Absatz 1 KVV hält fest, dass sie sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Die Kantone sind nach Artikel 58b Absatz 2 KVV verpflichtet, auch das Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Spitalliste aufgeführt sind.

Das Verfahren im Kanton Freiburg

Die neue Liste der Spitäler und Geburtshäuser wird sich auf die Bedarfsanalysen des stationären Bedarfs in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie stützen, die im Rahmen der vorliegenden Spitalplanung 2024–2035 des Kantons Freiburg durchgeführt wurden. Zu diesem Zweck wurden Prognosen für die Inanspruchnahme der Spitalversorgung durch die Freiburger Bevölkerung in dieser Periode erstellt, um den Bedarf in diesem Zeithorizont zu bestimmen. Einflussfaktoren wie die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wurden in die Evaluation einbezogen. Der vorliegende Bericht soll als Grundlage für die neue Planung 2024–2035 dienen. Dazu wird eine umfassende Analyse des Bedarfs an stationärer Spitalversorgung sowie der Prognosen erstellt.

1.2.2 Angebotsbestimmung

Wie in Artikel 58b Absatz 3 KVV vorgesehen, bestimmen die Kantone auf der Grundlage der Bedarfsanalyse das Angebot, das zu sichern ist, damit die Bedarfsdeckung gewährleistet ist. Sie führen die inner- und ausserkantonalen Spitäler auf, mit denen diesem Bedarf entsprochen werden kann (Listenspitäler). Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebots – und damit der Leistungserbringer – berücksichtigen die Kantone insbesondere die Planungskriterien gemäss Artikel 58b Absatz 4 KVV, d. h. die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität gelten die Bestimmungen von Artikel 58d KVV. Gemäss Artikel 58d Absatz 4 KVV haben die Kantone bei der Beurteilung der Spitäler insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration der Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Schliesslich ist in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG festgehalten, dass private Einrichtungen angemessen in die Planung einzubeziehen sind.

Das Verfahren im Kanton Freiburg

Im Rahmen der Spitalplanung 2024–2035 erstellt der Kanton Freiburg seine neue Spitalliste für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Für diese neue Planungsperiode 2024–2035 ist ein analoges Auswahlverfahren wie in der bisherigen Planung vorgesehen. In diesem Sinne wird sie ebenfalls auf den Anforderungen des Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzepts (SPLG) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich basieren. Für die Beurteilung der Leistungserbringer wird der Kanton Freiburg gemäss der Empfehlung der GDK die Kriterien anwenden, die die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich anhand der SPLG-Systematik ausgearbeitet hat. Aus Gründen der Transparenz und zur Förderung des Wettbewerbs gelten die Beurteilungskriterien gleichermassen für alle Bewerber und beinhalten die Qualität, die Kosteneffizienz, die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit und die Relevanz der Gesundheitsversorgung. Zu diesem Zweck werden die einzelnen Spitäler im Rahmen einer Ausschreibung eingeladen, ihre Angebote für die verschiedenen Leistungsgruppen bzw. für die Eintragung auf die Spitalliste einzureichen. Für die Leistungen der Akutsomatik, der spezialisierten Palliative Care, der Rehabilitation und der Psychiatrie gilt das gleiche Verfahren. Nach der Analyse aller fristgerecht eingegangenen Angebote wird ein Vorschlag für eine Spitalliste mit der Zuteilung der verschiedenen Leistungsaufträge ab 2024 ausgearbeitet. Ein Spitalplanungsbericht 2024, in dem die Ergebnisse der Analyse detaillierter dargelegt werden, wird der Kommission für Gesundheitsplanung zur Stellungnahme vorgelegt und muss anschliessend vom Staatsrat genehmigt werden.

1.2.3 Sicherung des Angebots (Erstellung der Spitalliste)

Zur Sicherung des Angebots gemäss Artikel 58b Absatz 3 KVV sind die Kantone verpflichtet, eine Liste der Spitäler zu führen und dabei die Bestimmungen von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG einzuhalten. Letztere Bestimmung sowie Artikel 58f Absatz 3 KVV verpflichten sie, auf der Spitalliste für jede Einrichtung die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen aufzuführen. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so wird gemäss dem neuen Wortlaut von Artikel 58f Absatz 2 KVV im Leistungsauftrag festgelegt, für welchen Standort er gilt. Die Empfehlungen der GDK (GDK 2022a) lassen dem Kanton jedoch einen gewissen Spielraum, indem es bei Spitalunternehmen mit mehreren Standorten dem Kanton überlassen bleibt, Vorgaben für einzelne Standorte zu formulieren.

Die Akutsomatik stützt sich auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH), d. h. rund 130 verschiedene Leistungsgruppen. Abweichungen vom Leistungsgruppenkonzept der GDZH sind auf den entsprechenden Spitallisten vermerkt.

Das Verfahren im Kanton Freiburg

Gemäss den Empfehlungen der GDK (2018) stützt sich der Kanton Freiburg für die Spitalplanung in der Akutversorgung auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für die Akutversorgung erstellt wurden. Für die neue Planung 2024–2035 verwendet der Kanton Freiburg die neue Systematik der SPLG-2023, in der die Fälle in rund 130 Leistungsgruppen zusammengeführt sind. In den Bereichen der Rehabilitation und der Psychiatrie bestehen noch keine schweizweit einheitlichen Leistungsgruppen. Aus diesem Grund hat der Kanton Freiburg für diese beiden Kategorien eine ähnliche Leistungszusammenführung wie bei der Planung 2015 gewählt.

Im Übrigen ist an dieser Stelle zu präzisieren, dass es im Kanton Freiburg dem Staatsrat obliegt, nach Stellungnahme der Kommission für Gesundheitsplanung über die Spitalplanung und die Spitalliste für die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu entscheiden. Diese Planung wird in Form des Spitalplanungsberichts 2024, der vorgängig dem Grossen Rat zur Konsultation unterbreitet wird, konkretisiert werden (siehe Art. 6 Abs. 2 Bst. a GesG und Art. 15 Abs. 2 Bst. a GesG, SGF 821.0.1).

1.2.4 Überprüfung der Planung

Gemäss Artikel 58a Absatz 2 KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Wie in den Empfehlungen der GDK (2022a, S. 5 bis 8) erwähnt, unterscheidet man bei den kantonalen Spitalplanungen verschiedene Arten von Änderungen:

Änderungen formeller Natur. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um:

- den Nachvollzug von IVHSM-Entscheiden;
- den Nachvollzug der Kataloganpassungen CHOP und ICD in den Leistungsgruppen-Definitionen;
- die Korrektur von Fehlern;
- den Nachvollzug von formellen Änderungen wie Namenswechsel von Leistungserbringern.

Aktualisierungen ohne neue Planung: Solange sich die in der Spitalplanung ermittelte Bedarfsprognose als korrekt erweist und auch die übrigen Planungsgrundlagen noch gültig sind, ist innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität keine umfassende neue Spitalplanung notwendig. Es gibt jedoch verschiedene Gründe, weshalb eine bestehende Spitalliste überprüft und aktualisiert wird:

- Entzug eines Leistungsauftrags (gesamthaft oder für eine oder mehrere Leistungsgruppen);
- Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung; Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrags;
- Kündigung eines Leistungsauftrags durch ein Listenspital;
- Erteilung eines Leistungsauftrags in einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungssportfolios;
- Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung;
- Kleinere Anpassungen an den Anforderungen.

Wird eine Spitalliste innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Planungs-Periodizität aktualisiert, sollen die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist und nur bei Aufnahme eines neuen Listenspitals beurteilt werden, in der Regel aber nur in Bezug auf die interessierten Leistungserbringer. Anders als beim Verfahren bei einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers nicht in Frage gestellt.

Die Erstellung einer neuen Planung: Jede neue Planung durchläuft jede der in Abbildung G. 1.1 dargestellten Etappen: Bedarfsermittlung, Angebotsbestimmung (inkl. Evaluation und Auswahl des Angebots) und Publikation einer neuen Spitalliste. Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Eine Ausschreibung unter Beteiligung aller interessierten Leistungserbringer ist integraler Bestandteil des Verfahrens (vgl. BVGer, C-6266/2013). Da im Spitalwesen die Erteilung langfristiger Leistungsaufträge für die Planungs- und Investitionssicherheit der Leistungserbringer zentral ist, ist eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll oder wenn grosse Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Die Kantone entscheiden über die Periodizität der umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen.

Das Verfahren im Kanton Freiburg

Am 31. März 2015 hat der Freiburger Staatsrat den Spitalplanungsbericht 2015 und die Verordnung über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser angenommen. Letztere ist am 1. April 2015 in Kraft getreten. Die Spitalliste wurde teilweise revidiert, woraufhin 2017 die revidierte Verordnung in Kraft trat. Für die Berechnungen wurde ebendiese Fassung herangezogen. Die Verordnung wurde in Bezug auf die Psychiatrie noch leicht angepasst und am 1. September mit den entsprechenden Änderungen in Kraft gesetzt (siehe 4.1.2).

1.2.5 Interkantonale Koordination

Aufgrund der Pflicht zur Koordination ihrer Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 KVG müssen die Kantone gemäss Artikel 58e Buchstabe a und b KVV namentlich: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

Die interkantonale Koordination ist umso wichtiger, als ausserkantonale Leistungserbringer für eine bedarfsgerechte Versorgung potenziell relevant sind. Die Kantone müssen die Versorgung und damit das Angebot mit einer Spitalliste sichern, wobei inner- und ausserkantonale Einrichtungen einzubeziehen sind, soweit dies für die Sicherung der Versorgung notwendig ist (Art. 58b KVV). Im Rahmen der Bedarfsanalyse der kantonalen Wohnbevölkerung (Art. 58a KVV) setzt die Erstellung einer kantonalen Spitalliste voraus, dass die Kantone den Anteil ihrer Wohnbevölkerung kennen, der Spitalbehandlungen in anderen Kantonen in Anspruch nimmt. Dazu sind sowohl Patientenzuwanderungen in den Kanton als auch Patientenabwanderungen aus dem Kanton zu analysieren.

Zudem wurde mit der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, unter anderem die freie Spitalwahl eingeführt. Der Gesetzgeber wollte damit Mobilitätshemmnisse beseitigen, um den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern. Seit der Einführung der freien Spitalwahl können Patientinnen und Patienten grundsätzlich frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen wollen, und zwar unabhängig davon, ob es sich in ihrem Wohnkanton befindet oder nicht. Die obligatorische Krankenversicherung (OKP) und die Kantone übernehmen die Behandlungskosten in jedem Spital mit einem Leistungsauftrag von mindestens einem Kanton für die beabsichtigte Behandlung, höchstens jedoch bis zum Referenztarif des Wohnkantons. Allfällige Tariffdifferenzen gehen zulasten der Patientinnen und Patienten oder ihrer Zusatzversicherung.

Das Verfahren im Kanton Freiburg

Gemäss den Empfehlungen der GDK (2022a) und dem neuen Wortlaut von Artikel 58e KVV koordiniert sich der Kanton Freiburg mit den Nachbarkantonen, den Kantonen, in denen auf der Spitalliste des Kantons Freiburg aufgeführte Einrichtungen ihren Standort haben, den Kantonen, auf deren Liste Einrichtungen des Kantons Freiburg aufgeführt sind, den Kantonen, aus denen bedeutende Patientenströme in die Spitäler des Kantons Freiburg fliessen oder voraussichtlich fliessen werden, den Kantonen, in die bedeutende Ströme von Freiburger Patientinnen und Patienten fliessen oder voraussichtlich fliessen werden. Ausserdem koordiniert sich der Kanton Freiburg mit anderen Kantonen, wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann. Im Kanton Freiburg erfolgt die Koordination hauptsächlich mit den Kantonen Waadt, Bern, Neuenburg, Genf, Wallis, Luzern und Basel-Stadt.

Der Kanton Freiburg hat im Rahmen seiner Spitalplanung stets die Daten zu den Patientenströmen in und aus anderen Kantonen genutzt. Er beteiligt sich zudem regelmässig an verschiedenen interkantonalen Arbeitsgruppen, in denen die interkantonale Spitalplanung und -koordination thematisiert wird. In diesem Zusammenhang besteht ein reger Austausch mit den Nachbarkantonen, insbesondere mit dem Kanton Waadt bezüglich dem Interkantonalen Spital der Broye (HIB) und mit dem Kanton Bern bezüglich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Kanton Freiburg unterhält ausserdem einen intensiven Austausch mit dem Kanton Wallis, der ähnliche Charakteristiken aufweist.

2 Daten und Methode

Dieses Kapitel enthält Informationen über die Methodik und die Datenbanken, die für die Erstellung dieses Berichts verwendet wurden. Auch das Prognosemodell und die verschiedenen Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf werden erläutert.

2.1 Datenquellen

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und die Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) bilden die Grundlage für die Analysen der aktuellen Versorgungssituation und die Bedarfsprognosen. Die Berechnung der Hospitalisierungsraten basiert auf den demografischen Daten gemäss der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), während für die Berechnung der Prognosen die kantonalen demografischen Szenarien des BFS herangezogen wurden. Für die Einschätzung der übrigen Einflussfaktoren stützte sich der Kanton Freiburg im Wesentlichen auf kantonale Informationen. Schliesslich wurden punktuell zusätzliche Datenbanken genutzt, um einen umfassenderen Überblick über die Inanspruchnahme der Versorgung zu geben.

2.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Die MS liefert jährlich individuelle Angaben zu den Spitalaufenthalten. Jede Klinik, jedes Spital oder jedes Geburtshaus führt die obligatorische Erhebung durch. In die MS fliessen soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht oder Wohnregion, administrative Daten wie Informationen zu Ein- und Austritt oder zur Art der Versicherung, ökonomische Daten wie Hauptkostenstelle sowie medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen ein.

2.1.2 Krankenhausstatistik (KS)

Die Krankenhausstatistik (KS) des BFS dient in erster Linie der Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz und gibt Auskunft über die Spitaltypologie. Sie ermöglicht, namentlich mit den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die Einteilung der Fälle in die Akutsomatik, die Psychiatrie oder die Rehabilitation. Das genaue Verfahren zur Abgrenzung der Versorgungsbereiche ist in Kasten 4 auf Seite 22 beschrieben.

2.1.3 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP) ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres. Auf der Basis der Bevölkerungszahlen nach STATPOP werden die standardisierten Hospitalisierungsraten im Rahmen der Analyse der aktuellen Situation sowie die Raten nach Leistungsgruppen, Altersgruppen und Geschlecht als Grundlage für die Bedarfsprognosen berechnet.

2.1.4 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung

Was die demografische Entwicklung betrifft, so stützen sich die Bedarfsprognosen in diesem Bericht aufgrund ihrer Zuverlässigkeit auf die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS, die auf dem Jahr 2018 basieren. Bei der letzten Planung lagen die Ergebnisse der Bevölkerungsprognosen des BFS für das Jahr 2020 gemäss dem mittleren Szenario äusserst nahe bei den tatsächlichen Zahlen (um 0,06 % zu niedrig angesetzt).

Die Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheiten behaftet, weshalb das BFS drei verschiedene demografische Szenarien berechnet. Auf der Basis bestimmter Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung, der Binnenwanderung und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts wird die Zahl der Geburten, Todesfälle, Einbürgerungen sowie Zu- und Abwanderungen für jedes zukünftige Jahr vorausgeschätzt und der voraussichtliche jährliche Bevölkerungsstand ermittelt. Das Referenzszenario schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Das «hohe» Szenario beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die ein stärkeres Bevölkerungswachstum zur Folge hätten, während das «tiefe» Szenario Hypothesen kombiniert, mit denen das Bevölkerungswachstum geringer ausfällt. Die drei Szenarien decken den plausiblen Bereich der möglichen zukünftigen demografischen Entwicklung ab.

2.1.5 Weitere Datenbanken

Punktuell wurden auch andere Datenbanken genutzt. Zur Vervollständigung der Analyse im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglichen die von der SASIS AG (Datenpool) erhobenen Daten der Krankenversicherer eine Darstellung der Konsultationen und deren Entwicklung. Um die Inanspruchnahme der Notfallstationen abzubilden, wurden die Patientendaten Spital ambulant des BFS (PSA) berücksichtigt.

Als zusätzliche Informationsquelle wurde die kantonale Spitalliste herangezogen. Diese dient als Grundlage für die Einteilung der Leistungserbringer in Listenspitäler und Nicht-Listenspitäler und ermöglichte die Berechnung der Deckungsgrade der Spitalliste nach Leistungsgruppen. Hier wird auf die Freiburger Liste gemäss der Verordnung über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser vom 31.03.2015 (Fassung in Kraft getreten am 01.01.2017, Stand Dezember 2021) Bezug genommen. Diese Verordnung wurde in Bezug auf die Psychiatrie noch leicht angepasst und am 1. September 2022 mit den entsprechenden Änderungen in Kraft gesetzt (siehe 4.1.2). Schliesslich wurden anhand des Anhangs 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 01.07.2020⁶ die grundsätzlich ambulant durchzuführenden Fälle ermittelt. In Bezug auf epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen stützt sich der vorliegende Bericht auf Studien und Gutachten, die im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erstellt wurden (ISPM 2009; Hess et al. 2009, 2016; Höglinger et al. 2019; GDZH 2021) sowie den Bericht zur Bedarfsanalyse des Kantons Schaffhausen (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen 2021).

2.2 Einschlusskriterien

Das Jahr 2019 bildet das Referenzjahr für die Prognosen. In den Tabellen und Grafiken sind ausschliesslich die Fälle zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)⁷ aufgeführt, da es das Ziel des vorliegenden Berichts ist, den Versorgungsbedarf der Freiburger Bevölkerung zu ermitteln, der unter das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) fällt. Dies entspricht der Praxis in den Westschweizer Kantonen. Bei Analysen, welche die Mindestfallzahlen als Indikator für die spezifische Fachkompetenz eines Leistungserbringers berücksichtigen, ist es jedoch nicht sinnvoll, die Fälle nach Kostenträger einzugrenzen, weshalb sämtliche Fälle einbezogen wurden. Dasselbe gilt für das Unterkapitel über die Inanspruchnahme von

⁶ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/Anhang-1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang_1a_01.07.20_DE.pdf

⁷ Variable Kostenträger MS 1.4.V02=1 (der Hauptkostenträger bezeichnet die Haupteinheit, welche die Kosten des Spitalaufenthalts entsprechend der allgemeinen Abteilung trägt)

Notfallstationen (3.1.2), das ein Gesamtbild über die Versorgung der Bevölkerung bei Notfällen vermitteln soll.

2.3 Abgrenzung der Versorgungstypen

Die Abgrenzung der Versorgungstypen in Spitälern erfolgt im Wesentlichen nach den Hauptkostenstellen und der Typologie der Gesundheitseinrichtungen des BFS. Für den Kanton Freiburg wurden weitere Anpassungen mit Bezug auf die pädiatrischen Fälle des HFR, die der Psychiatrie zuzuordnen sind, vorgenommen (siehe Kasten 4).

Kasten 4 Abgrenzung der Versorgungsbereiche und Falldefinition

Abgrenzung der Versorgungsbereiche

Zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie werden die Fälle der Medizinischen Statistik (MS) anhand des Spitaltyps gemäss Krankenhaustypologie, der Hauptkostenstelle (Variable 1.4.V01) und dem Abrechnungstarif (Variable 4.8.V01) abgegrenzt:

1. In einem ersten Schritt erfolgt auf Basis der Hauptkostenstelle eine Zuweisung zur Psychiatrie (M500) bzw. zur Rehabilitation (M950).
2. Unter den übrigen Fällen werden in einem zweiten Schritt anhand des Spitaltyps weitere Psychiatrie- (K211, K212) bzw. Rehabilitationsfälle (K221) identifiziert.
3. Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (K234) bzw. Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) werden anschliessend auf Basis des Abrechnungstarifs der Akutsomatik oder der Rehabilitation zugewiesen (Schritt 3).
4. Fälle, die in den vorgängigen Schritten (1–3) keinem Versorgungsbereich zugewiesen wurden, werden der Akutsomatik zugeteilt (Schritt 4).
5. In einem fünften Schritt werden bei einzelnen Spitälern Anpassungen hinsichtlich der Abgrenzung vorgenommen, die sich auf die Ergebnisse der Datenplausibilisierung, Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen stützen. Im Kanton FR werden im HFR hospitalisierte Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit einer Hauptdiagnose Typ 'F' und einer Hauptkostenstelle M400 oder M100 der Psychiatrie und nicht der Akutversorgung zugeteilt.

Die Schritte 3 (Abrechnungstarif) und 5 (manuelle spitalspezifische Anpassung) werden erst seit Einführung der Fallpauschalen (SwissDRG) 2012 vorgenommen. Vor 2012 wurden Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) sowie Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (Spitaltyp K234) der Rehabilitation zugeordnet.

Folgende Definitionen werden angewendet:

	Akutsomatik	Psychiatrie ⁵⁾	Rehabilitation
Falldefinition ¹⁾	A	A, C	A
Hauptkostenstelle (HKST) ²⁾	Übrige	M500	M950
Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie ³⁾	Übrige	K21	K221
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Kombination mit HKST M900	M900 & Tarif = SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Kombination mit Spitaltyp K234	K234 & Tarif = SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Spital- und Standortspezifische Anpassungen:	ja	ja	ja
Spezifische Anpassungen für den Kanton Freiburg	<18 Jahre im HFR mit Hauptdiagnose 'F' und M400 oder M100 => Psychiatrie.		-

1) A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C: Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt

2) M500 = Psychiatrie und Psychotherapie; M900 = Geriatrie; M950 = Physikalische Medizin und Rehabilitation

3) K21 = Psychiatrische Kliniken; K221 = Rehabilitationskliniken; K234 = Geriatrische Kliniken

4) Abrechnungstarif = 1: Behandlungsfall wurde über SwissDRG abgerechnet

5) Für die Psychiatrie sind in der Regel die Fälle A und C enthalten, mit Ausnahme bestimmter Analysen, die auf den Austrittsvariablen des TARPSY-Groupers basieren.

Falldefinition

Ein Fall entspricht grundsätzlich einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, welche während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden (A-Fälle). In der Psychiatrie werden zusätzlich Fälle, die das gesamte Jahr in der Klinik verbringen (C-Fälle), berücksichtigt.

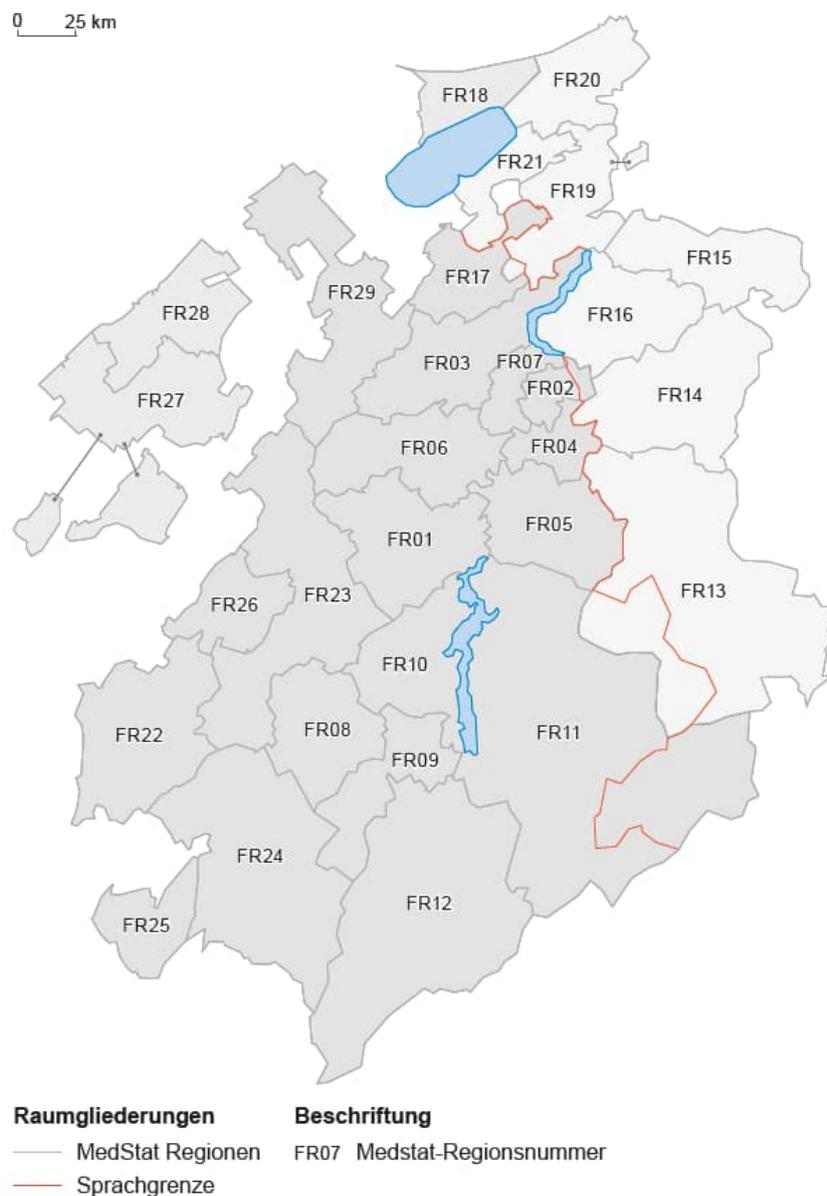
Die Fälle werden in der Akutsomatik ab 2012 mit der Einführung der SwissDRG sowie in der Psychiatrie ab 2018 mit der Einführung von TARPSY neu definiert: Fälle, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen wieder hospitalisiert wurden, werden neu unter derselben Fallnummer zusammengeführt. Somit kann ein Fall auch aus mehreren einzelnen Hospitalisierungen bestehen.

Quellen: Obsan – ObsanSITE, BFS – Krankenhaustypologie © Obsan 2023

2.4 Definition der Regionen

Unter der Annahme, dass die Wahl des Spitals zum Teil mit der Sprache zusammenhängt, wurden die Regionen auf der Grundlage der Sprachgrenze anhand der MedStat-Regionen definiert. Die MedStat-Regionen bestehen aus geografischen Zonen, die genügend gross sind, damit man anonym für jede in der Schweiz hospitalisierte Person einen Wohnort angeben kann. Die Region mit deutschsprachiger Mehrheit (nachfolgend «deutschsprachige Region» genannt) wurde durch die Regionen FR13, FR14, FR15, FR16, FR19, FR20, FR21 abgegrenzt, wobei die restlichen Regionen die Region mit französischsprachiger Mehrheit (nachfolgend «französischsprachige Region» genannt) bilden. Insgesamt werden die Sprachregionen anhand der MedStat-Regionen recht gut eingehalten (siehe G 2.1). Einige Unklarheiten bestehen jedoch hauptsächlich in der Stadt Freiburg (FR02) und in den Regionen FR11 und FR13 betreffend die Gemeinden Cerniat, Charmey und Jaun.

G 2.1 MedStat-Regionen des Kantons Freiburg



Quelle: BFS – ThemaKart

© Obsan 2023

2.5 Fallzusammenführung

2.5.1 Akutversorgung

Die Fälle in der Akutversorgung wurden mithilfe des von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) entwickelten Groupers zusammengeführt. Alle Fälle der MS werden gemäss der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik (SPLG) einer Leistungsgruppe zugeteilt, wobei für jedes Datenjahr (2015–2018) die entsprechenden Versionen des SPLG-Groupers und der Definitionstabellen verwendet werden. Für das Referenzjahr 2019, das den Prognosen zugrunde liegt, wird die eigens für die Spitalplanung 2023 des Kantons ZH entwickelte Version verwendet, in der Version *akut-spl23-10.99.52*. Auf der Grundlage der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) und der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) ist jede Leistungsgruppe mit spezifischen Diagnose- und Behandlungs-codes klar definiert. Bestimmte Leistungsgruppen können in Leistungsbereichen für die Spitalplanung (SPLB) zusammengefasst werden (siehe Kasten 5 für die SPLB und Anhang 2 für die vollständige Liste der SPLG gemäss GDZH (2021)). Damit kann das medizinische Leistungsprofil eines Spitals übersichtlich dargestellt werden. Die Ergebnisse werden im Kapitel Akutversorgung nach SPLB dargestellt. Die Ergebnisse der Prognosen pro SPLG können den angehängten Tabellen entnommen werden.

Kasten 5 Leistungsbereiche für die Akutversorgung (SPLB)	
Grundversorgung	Basispaket
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie Oto-Rhino-Laryngologie Neurochirurgie Neurologie Ophthalmologie
Innere Organe	Endokrinologie Gastroenterologie Viszeralchirurgie Hämatologie Gefässe Herz Nephrologie Urologie Pneumologie Thoraxchirurgie Transplantationen solider Organe
Bewegungsapparat	Orthopädie Rheumatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie Geburtshilfe Neugeborene
Andere	(Radio-) Onkologie Schwere Verletzungen
Palliative Care (gemäss DRG)	

Palliative Care

Der Kanton Freiburg engagiert sich seit mehreren Jahren für die Erarbeitung einer umfassenden Politik der Palliative Care. Die kantonale Strategie Palliative Care und der dazugehörige Massnahmenplan wurden 2016 vom Staatsrat genehmigt und bis 2023 verlängert. Sie zielen darauf ab, Menschen mit einer lebensbedrohlichen, unheilbaren oder fortschreitenden chronischen Krankheit, unabhängig von der gewählten Art der Begleitung, im gesamten Kanton eine würdevolle, unterstützende und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten.

Gemäss den Daten von BAG/GDK und WHO (BAG&GDK 2012; WHO 2020) wird die Zahl der Patientinnen und Patienten, die in der Schweiz und weltweit auf Palliative Care angewiesen sind, in den kommenden Jahren aufgrund der Alterung der Bevölkerung, der Zunahme von chronischen Krankheiten, Demenzerkrankungen und Multimorbidität weiter ansteigen.

Grundsätzlich wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care unterschieden. Beide Versorgungsleistungen werden bei lebensbedrohlicher Prognose erbracht. Die Angebote der allgemeinen Palliative Care werden von nicht auf Palliative Care spezialisierten Fachpersonen im Frühstadium einer unheilbaren Krankheit oder Gebrechlichkeit erbracht, während sich die Angebote der spezialisierten Palliative Care durch Fachpersonen für Palliative Care auf Patientinnen und Patienten mit instabilen Zustände konzentrieren, die eine komplexe Behandlung erfordern (WHO 2020; BAG 2020).

In der Schweiz betrifft die allgemeine Palliative Care in erster Linie betagte Menschen, die zu Hause oder in einem Pflegeheim leben. Gemäss der Nationalen Strategie Palliative Care (BAG 2012) benötigen 75–80 Prozent der Patientinnen und Patienten in Palliative Care eine allgemeine Palliative Care. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten benötigt eine spezialisierte Palliative Care. Derzeit wird die Palliative Care am Ende der Krankengeschichte der Patientin oder des Patienten eingeführt. Allzu oft bezieht sie sich auf das Lebensende oder ist komplexen Situationen vorbehalten. Hinzu kommt, dass Allgemeinmediziner vor allem die Endphase der Krankheit erkennen, und dies manchmal auch erst spät (Harrison N et al. 2012).

Im vorliegenden Bericht wird ausschliesslich die spezialisierte Palliative Care, die eine Spitalbehandlung in der Akutversorgung erfordert, gemäss den Bestimmungen der SwissDRG (Codes A97A – A97G) explizit unter dem Begriff «Palliative Care» abgegrenzt und hinsichtlich des Bedarfs beurteilt. Hospitalisierte Patientinnen und Patienten, die eine allgemeine Palliative Care benötigen, werden gemäss der Hauptbehandlung zusammengeführt und nicht explizit eingegrenzt. In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen lässt sich festhalten, dass es notwendig ist, Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die eine allgemeine Palliative Care benötigen, um später eine Überweisung an geeignete Pflegeleistungen vorschlagen zu können. Denn eine frühzeitige Identifizierung der Patientinnen und Patienten würde es ermöglichen, bestimmte Mängel zu beheben, wie z. B. ungeplante Hospitalisierungen, die Verschreibung unangemessener Behandlungen mit negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen (Dalgaard KM et al. 2014).

2.5.2 Psychiatrie

Für die Psychiatrie gibt es noch keine gesamtschweizerisch einheitlichen Leistungsgruppen für die Spitalplanung. Der Kanton Freiburg hat deshalb die gleichen Gruppen und Definitionen wie bei der Planung 2015 verwendet, nämlich die Fallzusammenführung nach dem Alter der Patientinnen und Patienten. Die Fälle der Psychiatrie werden somit in drei Kategorien unterteilt: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Erwachsenenpsychiatrie und die Alterspsychiatrie. Aufgrund des Inkrafttretens der Tarifstruktur TARPSY per 01.01.2018 werden erste Analysen durch die PCG (Psychiatric Cost Group) vorgelegt, die Prognosen basieren jedoch auf den drei Leistungsgruppen gemäss Kasten 6.

Kasten 6 Leistungsgruppen für die Psychiatrie	
Leistungsgruppen	Definitionen
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Unter 18 Jahren
Erwachsenenpsychiatrie	18 bis 64 Jahre
Alterspsychiatrie	65 Jahre und älter

2.5.3 Rehabilitation

Auch für die Rehabilitation gibt es keine gesamtschweizerisch einheitlichen Leistungsgruppen für die Spitalplanung. Die Leistungsgruppen sind in den Kantonen unterschiedlich definiert und unterliegen unterschiedlichen Anforderungen, was die Koordination zwischen den Kantonen erschwert. Mit Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 20. Mai 2021 wurde die GDK beauftragt, Vorschläge für eine einheitliche und für alle Kantone akzeptable Definition des Begriffs Rehabilitation und für eine einheitliche systematische Planung auszuarbeiten. Während die Arbeiten zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts noch im Gange sind, hat der Kanton Freiburg Gruppen ausgewählt, die im Wesentlichen auf den Diagnosecodes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und marginal, nur für das Jahr 2019, auf den Behandlungscodes gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) basieren. Vor 2019 werden die Gruppen zunächst aufgrund der Diagnosen gebildet, woraufhin die verbleibenden Fälle der geriatrischen Rehabilitation zugeteilt werden, wenn die Patientin oder der Patient 75 Jahre oder älter ist, und der internistisch-onkologischen Rehabilitation, wenn die Patientin oder der Patient jünger als 75 Jahre ist. Im Jahr 2019 ermöglicht ein neuer Behandlungscode die Identifikation der Fälle der geriatrischen Rehabilitation. Die Interpretation der Datenergebnisse für die Jahre 2015–2019 ist daher begrenzt, da die Definitionen zwischen den Jahren 2018 und 2019 geändert wurden. Als Referenzjahr für die Prognosen dient das Jahr 2019. Die Leistungsgruppen werden gemäss Kasten 7 definiert. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fälle der Akutgeriatrie, die im Rahmen der DRG-Tarifstruktur finanziert werden, in planerischer Hinsicht nicht zum Bereich der Rehabilitation gehören, sondern zur Akutversorgung (siehe Kasten 4, Seite 22).

Kasten 7 Leistungsgruppen für die Rehabilitation 2019	
Leistungsgruppen	Definitionen
Geriatrische Rehabilitation	Umfasst den Behandlungscode BA8 «geriatrische Rehabilitation»
Muskuloskelettale Rehabilitation	Hauptdiagnose beginnend mit M (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) oder S (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen)
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Hauptdiagnose beginnend mit I00-I02, I05-I09, I10-I15, I20-I25, I26-I28, I30-I52, I70-I79, I80-I89, I95-I99 (Krankheiten des Kreislaufsystems mit Ausnahme von zerebrovaskulären Störungen)
Pulmonale Rehabilitation	Hauptdiagnose beginnend mit J (Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems)
Psychosomatische Rehabilitation	Hauptdiagnose beginnend mit F (Kapitel V – Psychische Störungen und Verhaltensstörungen)
Neurologische Rehabilitation	Hauptdiagnose beginnend mit I60-I69 (Zerebrovaskuläre Störungen), G00-G09, G10-G14, G20-G26, G30-G32, G35-G37, G40-G47, G50-G59, G60-G64, G70-G73, G90-G99 (Krankheiten des Nervensystems mit Ausnahme von zerebralen Lähmungen und anderen Lähmungssyndromen)
Rehabilitation Querschnittgelähmter	Hauptdiagnose beginnend mit G80-G83 (Zerebrale Lähmung und andere Lähmungssyndrome)

Internistisch-onkologische Rehabilitation	Alle Rehabilitationsfälle, die nicht durch eine Behandlung oder Diagnose identifiziert wurden
---	---

Vor 2019 können die Fälle der geriatrischen Rehabilitation nicht anhand eines Behandlungs-codes identifiziert werden. Die Gruppe der geriatrischen Rehabilitation umfasst die nicht diagnostizierten Fälle von Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren, während die Gruppe der internistisch-onkologischen Rehabilitation die übrigen Fälle umfasst.

2.6 Berechnung der Aufenthaltsdauer

Im Allgemeinen wird die Aufenthaltsdauer für jeden der drei Bereiche jeweils entsprechend der Definitionen der Tarifsyste-me berechnet.

2.6.1 Akutversorgung

Für die Akutversorgung (einschliesslich Akutgeriatrie) wird die Aufenthaltsdauer von SwissDRG zugrunde gelegt, die gemäss den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung (SwissDRG 2019) berechnet wird, namentlich:

$$\text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} - \text{Unterbrüche} - \text{Urlaubstage}$$

Unterbrüche entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen und Urlaubstage einem administrativen Urlaub, wenn eine Patientin oder ein Patient das Spital verlässt. Bei Ein- und Austritt am gleichen Tag reduziert sich die Aufenthaltsdauer im Todesfall und bei Überweisung in ein anderes Spital auf 1. Die Dauer ist auf 365 Tage beschränkt.

2.6.2 Psychiatrie

In der Psychiatrie wird die durchschnittliche Anzahl Pfl egetage gemäss der TARPSY-Definition (SwissDRG 2019) berechnet:

$$\text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} - \text{Unterbrüche} - \text{Urlaubstage} + 1$$

Der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts gelten als abrechenbare Pfl egetage, mit Ausnahme eines allfälligen Verlegungstages. Unterbrüche werden in Abzug gebracht, sie entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen. Vollständige Urlaubstage werden ebenfalls abgezogen. Die Anzahl der Urlaubstage ergibt sich aus der Summe der administrativen Urlaubsstunden (einschliesslich Minuten) geteilt durch 24, wobei nur administrativer Urlaub von mindestens 24 Stunden berücksichtigt wird. Schliesslich ist die Anzahl Tage pro Aufenthalt auf 365 Tage beschränkt.

2.6.3 Rehabilitation

In der Rehabilitation wird die durchschnittliche Anzahl Pfl egetage gemäss der ST-Reha-Definition (SwissDRG 2022) berechnet:

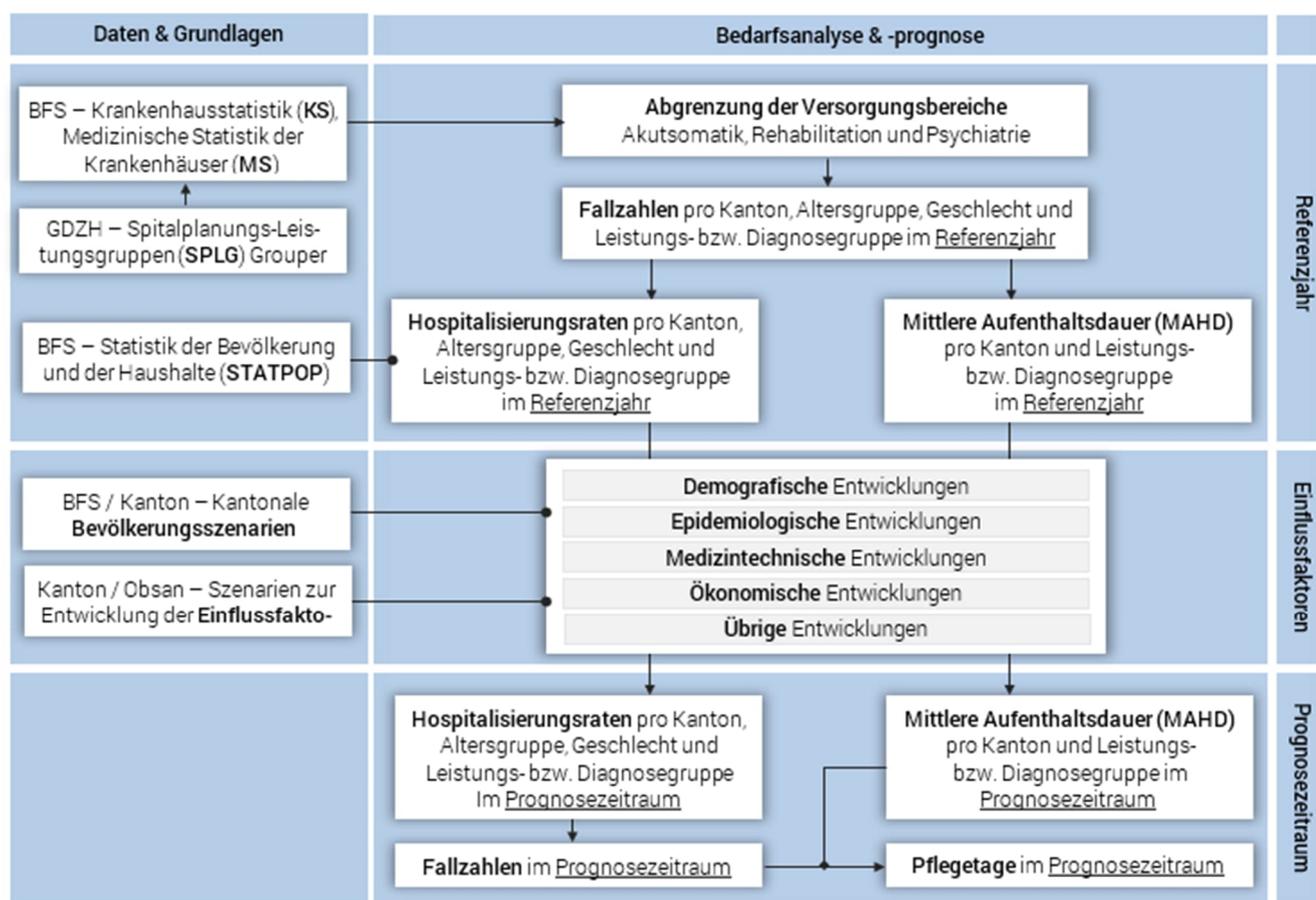
$$\text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} - \text{Urlaubstage} + 1$$

Die Definition entspricht der Definition der Tage in der Psychiatrie mit der Ausnahme, dass es – noch – keine Fallzusammenführungen gibt und daher Unterbrüche nicht abgezogen werden. Die Anzahl Tage pro Aufenthalt ist auf 365 Tage beschränkt.

2.7 Prognosemodell

Im Kontext der von den Kantonen zu erbringenden leistungsorientierten Spitalplanung hat das Obsan in Zusammenarbeit mit Statistique VAUD (ehemals SCRIS) ein Modell zur Prognose der Anzahl Fälle und Pfl egetage erarbeitet, das als Grundlage für die Spitalplanung mehrerer Kantone der Westschweiz und der Deutschschweiz dient. Das Obsan-Dossier Nr. 32 (Weaver et al. 2009) enthält eine ausführliche Dokumentation des Modells und der zugrunde liegenden Methodik. Beim heute verwendeten Modell handelt es sich um eine überarbeitete Version dieses Modells, mit der der Forderung nach Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren besser Rechnung getragen werden kann. Die Abbildung G 2.2 zeigt eine schematische Darstellung des Prognosemodells. Nachfolgend werden die Prognosetechnik und die relevanten Einflussfaktoren erläutert.

G 2.2 Obsan Prognosemodell zur Abklärung des Bedarfs an stationärer Versorgung



Quelle: eigene Visualisierung

© Obsan 2023

2.7.1 Prognosetechnik

Im Gegensatz zu sogenannten Trendextrapolationen oder Zeitreihenmodellen, bei denen die Prognosen auf der Grundlage von Trends der Vergangenheit basieren, basiert das Obsan-Prognosemodell ausschliesslich auf einem Referenzjahr, in der Regel auf dem aktuellsten Datenjahr. Eine Trendextrapolation erfordert stabile Zeitreihen, was im Rahmen der Spitalplanung nicht gewährleistet ist. Die zur Codierung von Diagnosen und Behandlungen verwendeten medizinischen Klassifikationssysteme, insbesondere CHOP und ICD, werden laufend den sich verändernden Bedingungen angepasst. Folglich werden auch die Leistungsgruppen, auf denen die Spitalplanung

basiert, jährlich aktualisiert. Diese Anpassungen sind zwar wichtig, führen aber dazu, dass die Zeitreihen auf der Ebene der verschiedenen Leistungsgruppen nicht unbedingt stabil sind. Es ist daher sinnvoller, für die Prognosen auf das aktuellste Jahr abzustellen. Obwohl die Daten für 2020 verfügbar wären, dient hier als Grundlage für die Prognosen das Jahr 2019, da das Jahr 2020 mit dem Beginn der Covid-19-Pandemie zusammenfällt und die Daten aus diesem Jahr ausserhalb der Norm liegen und daher nicht geeignet sind. Tatsächlich widerspiegeln sie eine ausserordentliche Situation mit vielen notfallmässigen Hospitalisierungen und auch Absagen und/oder Verschiebungen von elektiven Eingriffen. In das Obsan-Prognosemodell werden nur Einflussfaktoren und Entwicklungen einbezogen, für die empirische Evidenz oder ein breiter Konsens unter Spezialisten vorhanden ist, und nur unter der Voraussetzung, dass diese Entwicklungen quantifizierbar sind.

Das Verfahren der Bedarfsanalyse umfasst folgende Schritte:

1. Bestimmung der für die Bedarfsanalyse relevanten Leistungen: Die Abgrenzung der Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie innerhalb der Fälle der Medizinischen Statistik (MS) ist hier entscheidend.
2. Berechnung der Fallzahlen nach Wohnkanton, Altersgruppen, Geschlecht und Leistungsgruppen für das Referenzjahr.
3. Berechnung der Hospitalisierungsraten während des Referenzjahres in Relation der Fälle nach Wohnkanton, Altersgruppen, Geschlecht und Leistungsgruppen zur Wohnbevölkerung des Kantons.
4. Schätzung der Hospitalisierungsraten während der Prognoseperiode unter Berücksichtigung der erwarteten wirtschaftlichen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
5. Schätzung der Fallzahlen während der Prognoseperiode auf der Grundlage der Hospitalisierungsraten und der Szenarien der demografischen Entwicklung.
6. Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (DAD) pro Leistungsgruppe für das Referenzjahr.
7. Schätzung der DAD während der Prognoseperiode unter Berücksichtigung der erwarteten wirtschaftlichen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
8. Schätzung der Pflage tage während der Prognoseperiode auf der Grundlage der geschätzten Fallzahlen und der geschätzten DAD pro Leistungsgruppe.

Mit dem Prognosemodell kann der Leistungsbedarf der Wohnbevölkerung des planenden Kantons in Bezug auf die Fallzahlen und die Anzahl der zu erwartenden Pflage tage geschätzt werden.

2.7.2 Demografische Entwicklung

Die demografische Struktur der Bevölkerung steht im Zentrum der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen jeder Gesellschaft, insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung, Verteilung und Aufrechterhaltung von Sozialleistungen. Die Alterung der Bevölkerung, die sich in der Schweiz von Jahr zu Jahr akzentuiert, setzt das Sozialversicherungssystem unter Druck und belastet insbesondere die Finanzierung der Renten und des Gesundheitswesens. Mit demografischen Prognosen können mögliche Entwicklungen der Bevölkerung reflektiert werden. Demografische Prognosen sind ein wichtiges Instrument für die Planung des Gesundheitssystems und werden in das Obsan-Prognosemodell integriert. Es handelt sich nicht um deterministische Vorhersagen, vielmehr werden sie auf der Grundlage verschiedener Szenarien hinsichtlich der plausiblen Entwicklungen der ständigen Wohnbevölkerung erstellt. Diese Entwicklungen werden eintreten, wenn die aufgestellten Hypothesen eintreten (BFS 2020a). Die in diesem Bericht zur Abklärung des Bedarfs an stationärer Versorgung verwendeten demografischen Prognosen stammen vom BFS (siehe auch 2.1.4). Es ist zu beachten, dass eine Unsicherheit über die tatsächliche Entwicklung, die die Bevölkerung durchlaufen wird, bestehen bleibt. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass das kürzlich veröffentlichte Monitoring des BFS (BFS 2022) einen deutlichen Anstieg der Todesfälle älterer Menschen als Folge der Covid-19-Pandemie aufzeigt. Dies hat das Wachstum der

Anzahl Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber gebremst. Angesichts der Situation in der Ukraine ist zudem davon auszugehen, dass ein stärkerer Zustrom von Flüchtlingen als bisher angenommen in den jüngeren Altersgruppen einen gegenteiligen Effekt haben wird.

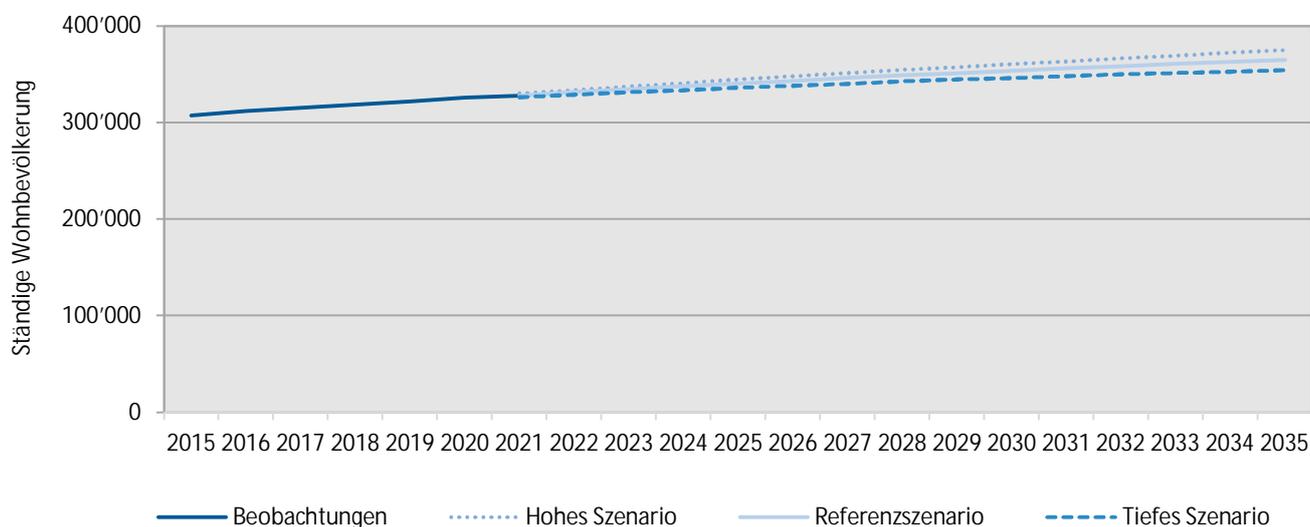
Ende 2019 umfasste die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Freiburg 321 783 Personen (G 2.3). Mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate (CAGR) der Bevölkerung von 1,1 % seit 2015 zählte der Kanton innerhalb von vier Jahren 14 322 zusätzliche Einwohnerinnen und Einwohner. Dieses Bevölkerungswachstum fällt leicht stärker aus als das durchschnittliche gesamtschweizerische Wachstum im gleichen Zeitraum (CAGR von 0,9 %).

Die Szenarien zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) entwickelt. Sie basieren auf Hypothesen, die sich insbesondere auf die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit oder der internationalen Wanderungen beziehen. Das BFS erstellt drei Szenarien, deren Bandbreite die wahrscheinliche zukünftige Bevölkerungsentwicklung abdeckt.

- Das Referenzszenario (mittleres Szenario) beruht auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre.
- Das «hohe» Szenario basiert auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen.
- Das «tiefe» Szenario basiert auf einer Kombination von Hypothesen, die für das Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind.

Gemäss der Prognose im Referenzszenario des BFS wird die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Freiburg bis 2035 auf 364 820 ansteigen (+43 037 gegenüber 2019). Das «tiefe» und das «hohe» Szenario weisen zusammen eine Bandbreite von 354 408 bis 375 233 Personen auf. Im Kanton Freiburg wie in der gesamten Schweiz wird gemäss dem Referenzszenario zwischen 2019 und 2035 ein Bevölkerungswachstum von 13,4 % erwartet.

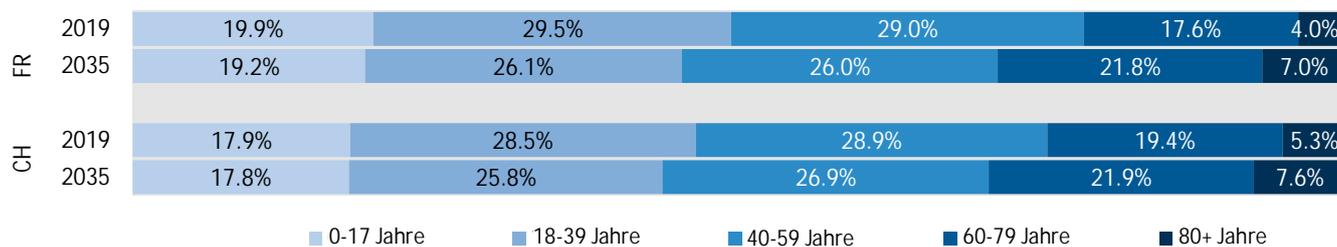
G 2.3 Ständige Wohnbevölkerung des Kantons FR, Entwicklung und Prognosen pro Szenario, 2015–2035



Quelle: BFS – STATPOP, Szenarien zur demografischen Entwicklung

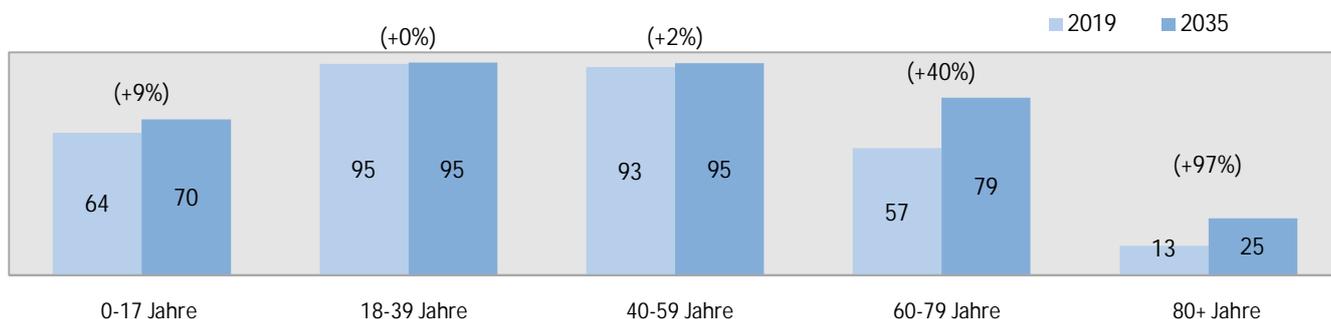
© Obsan 2023

Aufteilung nach Altersgruppen FR und CH, 2019 und 2035



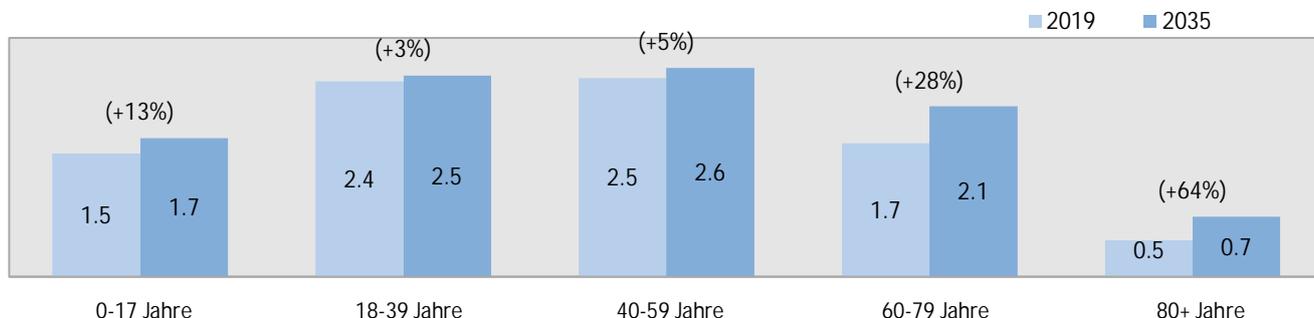
Wohnbevölkerung (in Tausend) nach Altersgruppen, FR, 2019 und 2035

Wachstumsrate in % in Klammern



Wohnbevölkerung (in Millionen) nach Altersgruppen, CH, 2019 und 2035

Wachstumsrate in % in Klammern



Quellen: BFS – STATPOP, Szenarien zur demografischen Entwicklung

© Obsan 2023

2.7.3 Weitere Faktoren

Neben der demografischen Entwicklung können weitere Faktoren den zukünftigen Bedarf beeinflussen. Dazu gehören insbesondere die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die epidemiologischen Veränderungen und die medizintechnischen Entwicklungen. Diese Entwicklungen können sich auf die Häufigkeit und die Dauer der Spitalaufenthalte auswirken. Solche zusätzlichen Einflussfaktoren können in Form von Szenarien zur Hospitalisierungsrate in das Modell zur Bedarfsprognose einbezogen werden.

Entwicklung der Wirtschaftslage

Wirtschaftliche Anreize können einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen haben. Im Zusammenhang mit der stationären Versorgung kommt der Verlagerung in den ambulanten Bereich und der Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer durch die Einführung von Fallpauschalen eine grosse Bedeutung zu.

Verlagerung in den ambulanten Bereich

In den letzten Jahren ist die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Thema geworden. Grundsätzlich gilt, je weniger attraktiv die Vergütung nach Spitaltarif im Vergleich zur Vergütung entsprechender ambulanter Leistungen ist, desto stärker werden die Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Wenn die Behandlungen vollständig vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden, führt dies zu einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich. Es ist auch denkbar, dass nur ein Teil der Komponenten der stationären Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert wird, das heisst, dass die Hauptbehandlung zwar weiterhin im Spital erfolgt, dass aber ein Teil der Untersuchungen und Abklärungen in den ambulanten Bereich verlagert wird (Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Während sich die globalen Verlagerungen auf die stationären Leistungen, insbesondere auf die Fallzahlen oder die Hospitalisierungsraten auswirken, beeinflussen die Teilverlagerungen in erster Linie die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer.

Um die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern, haben mehrere Kantone 2017 Listen mit chirurgischen Leistungen eingeführt, die, ausser bei begründeter medizinischer Kontraindikation, ambulant durchgeführt werden müssen. Auch der Bund hat mit der Anpassung der Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) entsprechende Vorschriften erlassen. Diese gelten auf nationaler Ebene und betreffen sechs Gruppen von chirurgischen Eingriffen. Die entsprechende Änderung der KLV ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten (siehe auch BAG 2019). Bis Ende 2022 orientierte sich der Kanton Freiburg an den Eingriffen, die der Bund im Rahmen der schweizweit geltenden Regelung «Ambulant vor Stationär» (AVOS) definiert hat (siehe T 2.1). Folgerichtig wurde bei den Berechnungen auf diese Liste abgestellt. Im Zeitpunkt des Abschlusses des vorliegenden Berichts hat der Bund beschlossen, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgrund eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Evaluationsberichts zu ändern und empfiehlt eine gesamtschweizerische Harmonisierung der verschiedenen Listen der Kantone und des Bundes. Die KLV wurde deshalb per 1. Januar 2023 mit einer Liste von 18 Gruppen von Eingriffen, die künftig ambulant durchgeführt werden müssen (es sei denn, es liegen besondere Umstände vor, die einen Spitalaufenthalt erfordern), angepasst. Der Kanton Freiburg muss diese neue Liste mit 18 Eingriffen ab dem 1. Januar 2023 befolgen¹⁰.

¹⁰ Es handelt sich um die folgenden Eingriffe: Augen (Katarakt (grauer Star)). Eingriffe am Bewegungsapparat (Handchirurgische Eingriffe; Fusschirurgische Eingriffe im Bereich der Zehen (exkl. Hallux valgus); Osteosynthesematerialentfernungen (OSME); Arthroskopie des Kniegelenks inklusive Eingriffe am Meniskus). Kardiologie (Kardiologische Untersuchungsverfahren (Kardio-Diagnostik); Implantation, Wechsel und Entfernung von Herzschrittmachern). Gefässe (Krampfaderoperationen der unteren Extremität; Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation). Allgemein- / Viszeralchirurgie (Eingriffe an Hämorrhoiden; Einseitige Operationen der Leistenhernie; Eingriffe an Nabelhernien; Eingriffe an Analfisteln). Gynäkologie (Untersuchungen und Eingriffe an der Zervix; Untersuchungen und Eingriffe am Uterus). Urologie (Zirkumzision; Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL). Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden (Tonsillotomie, Adenoidektomie)). Die Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen, wurden ebenfalls angepasst. Siehe Anhang 1a der KLV, Änderungen vom 28. November 2022 per 1. Januar 2023: <https://www.bag.admin.ch/bag/> (Ausgabe 1. Januar 2023)

T 2.1 Liste der analysierten Eingriffe

Gruppe der Eingriffe	Bezeichnung
Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität	Krampfadern
Eingriffe an Hämorrhoiden	Hämorrhoiden
Einseitige Hernienoperationen	Hernien
Untersuchungen / Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter	Eingriffe am Gebärmutterhals
	Untersuchungen der Gebärmutter
	Curettag
Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus	Menishektomie
	Arthroskopie des Knies
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Tonsillektomie

Quelle: Eigene Visualisierung gemäss Tabelle I des Anhangs 1a KLV vom 1. Juli 2020

© Obsan 2023

Das Obsan hat das Thema «Ambulant vor Stationär» in verschiedenen Studien und Analysen behandelt und damit wesentliche Grundlagen für die politische Diskussion geschaffen (vgl. insbesondere Roth & Pellegrini 2018a, 2018b, 2021). Die Analysen des Obsan zeigen, dass der Anteil der tatsächlich ambulant durchgeführten Eingriffe an den grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffen von Kanton zu Kanton stark variiert. Entsprechend bestehen auch kantonale Unterschiede in Bezug auf das noch vorhandene Verlagerungspotenzial. Selbst in Kantonen, in denen ein Grossteil der betroffenen Eingriffe bereits ambulant durchgeführt wird, besteht noch ein grosses Verlagerungspotenzial (vgl. Roth & Pellegrini 2018b). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es Fälle gibt, die de facto nicht ambulant behandelt werden können. Eine stationäre Behandlung ist beispielsweise bei Vorliegen von relevanten Komorbiditäten angezeigt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, hat das BAG Kriterien für eine stationäre Behandlung definiert (vgl. Anhang 1a KLV). Die Aktualisierung des Monitorings anhand der Daten von 2019 und 2020 (Roth & Pellegrini 2021; GDZH 2021) zeigt, dass die Änderung der KLV bei den meisten analysierten Eingriffsgruppen zu einer Abnahme der stationären und zu einer Zunahme der ambulanten Versorgung geführt hat. Inwieweit sich die gegenwärtige Entwicklung fortsetzen wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer vorhersagen. Die weitere Entwicklung wird vor allem vom medizinischen Fortschritt abhängen. Andererseits wird gegebenenfalls auch die Einführung zusätzlicher regulatorischer Massnahmen zur Förderung des ambulanten Bereichs massgebend sein. Der internationale Vergleich lässt vermuten, dass im ambulanten Bereich noch Potenzial besteht. In Deutschland haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Vertrag über Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) abgeschlossen. Die darin vereinbarte Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe (AOP-Katalog)¹¹ ist wesentlich umfangreicher als die AVOS-Listen in der Schweiz.

Nicht alle Fälle, in denen eine ambulante Versorgung grundsätzlich möglich ist, müssen ambulant behandelt werden, z. B. wenn schwere Folgeerkrankungen vorliegen oder wenn während desselben Aufenthalts weitere Eingriffe vorgenommen werden, die einen Spitalaufenthalt erfordern. In einem zweiten Schritt wird deshalb geprüft, welche der zuvor identifizierten Fälle bestimmte Kriterien für einen Spitalaufenthalt erfüllen. Dabei wurden die Kriterien des BAG gemäss Anhang 1a der KLV vom 1. Juli 2020¹² berücksichtigt. Einige können anhand der Medizinischen Statistik (MS) identifiziert werden, andere nicht. Diese Unmöglichkeit, die Kriterien für einen Spitalaufenthalt in der MS genau zu bestimmen, führt zu einer Überschätzung der verlagerbaren Fälle. Um dieser Situation Rechnung zu tragen, nimmt der Kanton eine Schätzung vor, um den Anteil der tatsächlich ambulant behandelten Fälle zu bestimmen.

¹¹ <https://www.dkgev.de>

¹² Zum Zeitpunkt der Berechnungen gültige Kriterien. In der Zwischenzeit hat das BAG die Kriterien überarbeitet, die ab dem 1. Januar 2022 anzuwenden sind (siehe Fussnote 10).

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Neben der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führt die Einführung einer Fallpauschale in der Akutversorgung seit 2012 zu einem wirtschaftlichen Druck auf die Aufenthaltsdauer. Im Gegensatz zu den zeitabhängigen Vergütungsformen (wie Tagespauschalen) oder den Einzelleistungen (Tarmed) werden die medizinischen Leistungen als Pauschale pro Behandlungsfall vergütet, was aus Sicht der Leistungserbringer bedeutet, dass der Gewinn unabhängig von der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist, aber die Kosten steigen, wenn der Aufenthalt länger dauert. In Übereinstimmung mit diesen Hypothesen wurde schliesslich in den Jahren nach der Einführung der SwissDRG in fast allen Kantonen ein kontinuierlicher Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer festgestellt. Es ist jedoch festzuhalten, dass bereits vor der Einführung der Fallpauschalen eine kontinuierliche Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (DAD) zu beobachten war. Inwieweit die Einführung einheitlicher Fallpauschalen die Entwicklung der DAD seit 2012 beeinflusst hat, kann nicht abschliessend beurteilt werden (siehe Tuch et al. 2018). Unabhängig davon stellt sich die Frage, inwiefern Hypothesen über die Entwicklung der Aufenthaltsdauer zum jetzigen Zeitpunkt angemessen sind. Einerseits kann argumentiert werden, dass angesichts der Opportunitätskosten in einem System mit Fallpauschalen immer ein Druck auf die Aufenthaltsdauer bestehen wird. Andererseits liesse sich auch argumentieren, dass das Potenzial zur Reduktion der DAD, das vor der Einführung der SwissDRG bestand, heute weitgehend ausgeschöpft ist. Folglich wäre es nicht plausibel, den Trend zur Abnahme der Aufenthaltsdauer seit der Einführung der SwissDRG im gleichen Ausmass fortzusetzen.

In der Psychiatrie wurde mit der Einführung des Tarifsystems TARPSY im Jahr 2018 eine leistungsorientierte Vergütung auf Basis der PCG (Psychiatric Cost Group) eingeführt. Das effektive Kostengewicht ist das Produkt aus der Aufenthaltsdauer und dem täglichen Kostengewicht, das jedem PCG zugeteilt ist und den spezifischen Ressourcenverbrauch widerspiegelt (BFS 2020b). Dieses neue System führt ebenfalls zu einem wirtschaftlichen Druck, da die täglichen Kostengewichte im Verlauf der Zeit normalerweise degressiv wirken. Im Bereich der Rehabilitation ist erst vor Kurzem (2022) die ST Reha in Kraft getreten und die immer restriktivere Indikation zur stationären Rehabilitation muss auf der Grundlage des Gesundheitszustands der Patientin oder des Patienten und deren/dessen Rehabilitationspotential gerechtfertigt werden.

Epidemiologische Entwicklungen

Die Epidemiologie befasst sich mit der Ausbreitung und der Entstehung von Situationen und Ereignissen, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Untersucht werden die verschiedenen Faktoren, die zur Gesundheit und zu Krankheiten von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen beitragen. Die epidemiologischen Entwicklungen umfassen zeitliche Trends, die zu einer Veränderung des Behandlungs- und/oder Eingriffsbedarfs im Spital führen. Hierzu ein Beispiel: Geht man davon aus, dass der Anteil der erwachsenen Raucherinnen und Raucher abnimmt, kann man auf einen rückläufigen Trend bei der Behandlung von Lungenkrebs in dieser Bevölkerungsgruppe schliessen. Mit dem Obsan-Prognosemodell können epidemiologische Entwicklungen berücksichtigt werden. Die Schwierigkeit besteht darin, sie nicht nur zu identifizieren, sondern auch zu quantifizieren. Es gibt verschiedene Praktiken, die im Folgenden beschrieben werden.

Aus vergangenen Trends lassen sich Hypothesen über epidemiologische Entwicklungen ableiten. Der Kanton Genf hat dies im Rahmen der Spitalplanung 2020–2023 für die Herzinsuffizienz bei Patienten ab 80 Jahren und für metastasierte Krebserkrankungen bei Patienten über 40 Jahren getan. Auf Anregung einer Gruppe medizinischer Experten wurden aus den Entwicklungen der Vorjahre konkrete Hypothesen abgeleitet und in das Prognosemodell integriert (siehe DSES 2019).

Die Auswirkungen der epidemiologischen Entwicklungen sind in der Prognose des zukünftigen Bedarfs mittels demografischer Szenarien bereits weitgehend berücksichtigt. Einerseits ist das Alter einer der wichtigsten «Risikofaktoren» für die in entwickelten Gesellschaften am weitesten verbreiteten Krankheiten, wie Krebs oder kar-

diovaskuläre und neurodegenerative Krankheiten (siehe Niccoli und Partridge 2012; Meijer et al. 2013). Andererseits treten bestimmte Risikofaktoren bei bestimmten Altersgruppen häufiger auf. Dazu gehören beispielsweise gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie der Konsum von Suchtmitteln (z. B. Tabak und Alkohol) oder ungeschützter Geschlechtsverkehr, die für einen Grossteil der gesundheitlichen Probleme junger Erwachsener verantwortlich sind (WHO 2009). Da viele Krankheitsbilder und Risikofaktoren alters- und geschlechtsabhängig sind, ergibt sich eine enge Wechselwirkung zwischen Epidemiologie und Demografie (vgl. Löwel und Meisinger 2006). Im Prognosemodell werden die Hospitalisierungsraten für verschiedene Krankheiten oder Leistungsgruppen nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt berechnet. So werden die Auswirkungen, die sich aus der Wechselwirkung zwischen Krankheitsbildern und alters- und geschlechtsspezifischen Risikofaktoren sowie aus Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur ergeben, in der Prognose des zukünftigen Bedarfs berücksichtigt. Angesichts der steigenden Lebenserwartung könnte man intuitiv davon ausgehen, dass die Hospitalisierungsrate in höheren Altersgruppen sinken wird. Es wäre daher angezeigt, die Hospitalisierungsrate des Referenzjahres für diese Altersgruppen entsprechend anzupassen, um den zukünftigen Leistungsbedarf vorhersagen zu können. Die diesbezüglichen Analysen des Obsan bestätigen einen solchen Zusammenhang jedoch nicht. Vielmehr ist in den letzten Jahren ein leicht steigender Trend bei den Hospitalisierungsraten in den Altersgruppen ab ca. 70 Jahren zu beobachten. Demgegenüber sind die Hospitalisierungsraten in den Altersgruppen zwischen 40 und 65 Jahren tendenziell rückläufig. Unter Berücksichtigung, dass die steigende Lebenserwartung zu einem grossen Teil auf den Fortschritt der Medizintechnik zurückzuführen ist, der es erlaubt, bestimmte Indikationen auch im fortgeschrittenen Alter zu behandeln, erscheint der festgestellte Trend wiederum plausibel. Insgesamt reichen die beobachteten Trends jedoch nicht aus, um aufgrund der steigenden Lebenserwartung eine systematische Anpassung der Hospitalisierungsrate nach Altersgruppen zu rechtfertigen.

Eine weitere Möglichkeit, epidemiologische Entwicklungen in die Bedarfsprognosen einzubeziehen, besteht darin, sich auf empirische Erkenntnisse aus der Fachliteratur zu stützen. Für die Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) mit der Erstellung eines Gutachtens über den Einfluss der epidemiologischen Entwicklung auf die Anzahl stationärer Fälle in der Akutversorgung und der Rehabilitation beauftragt. Das ISPM hat eine umfassende Literaturanalyse durchgeführt, um relevante Informationen zu Eingriffstrends, Krankheiten und Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten für die Schweiz zu erheben (ISPM 2009). Die GDZH hat die quantifizierten Hypothesen im Rahmen ihrer Spitalplanung 2012 (GDZH 2009) sowie für die Aktualisierung der Bedarfsprognosen 2015–2025 in der Akutsomatik (GDZH 2017a) verwendet. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 der GDZH wurden die Hypothesen zu den epidemiologischen Entwicklungen überprüft. Die Analyseergebnisse der GDZH lassen keine besonderen Entwicklungen für die Akutversorgung sowie für die Psychiatrie und die Rehabilitation erkennen. Folglich hat die GDZH in der Spitalplanung 2023 darauf verzichtet, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen, die über die Bevölkerungsalterung hinausgehen, in der Bedarfsprognose zu berücksichtigen (GDZH 2021).

Es sei darauf hingewiesen, dass es äusserst schwierig ist, die Auswirkungen epidemiologischer Entwicklungen zu quantifizieren. Entsprechend finden sich in der Fachliteratur nur wenige Studien, in denen solche Prognosen erstellt werden, und noch weniger solche, die auf die Schweiz angewendet werden können.

Im vorliegenden Bericht wird deshalb die demografische Alterung als zentraler epidemiologischer Einflussfaktor betrachtet und mittels der demografischen Szenarien des BFS in die Prognosen einbezogen. Aufgrund fehlender empirischer Evidenz zur Quantifizierung epidemiologischer Auswirkungen und in Anlehnung an die Arbeiten der GDZH (2021) wird darauf verzichtet, weitere epidemiologische Entwicklungen in das Modell einzubeziehen.

Medizintechnische Entwicklungen

Die Einführung und Verbreitung neuer Technologien für die Diagnose (z. B. bildgebende Verfahren), Therapie (z. B. Methoden der «minimal-invasiven» Chirurgie) oder Prävention (z. B. Impfung) können als medizintechnische Entwicklungen angesehen werden. Einerseits können neue Diagnose- und Behandlungsmethoden dazu führen, dass mehr Patientinnen und Patienten diagnostiziert oder behandelt werden, wodurch die Fallzahlen steigen. Auf der anderen Seite kann der medizintechnische Fortschritt auch zu einer Reduktion der Komplexität von medizinischen Eingriffen und Behandlungen führen, so dass bestimmte Leistungen nicht mehr zwingend stationär erbracht werden müssen. Im Übrigen wurde die Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich grundsätzlich durch den medizinischen Fortschritt möglich. Um dieses Verlagerungspotenzial zu nutzen, werden solche medizintechnischen Entwicklungen häufig von regulatorischen Massnahmen oder wirtschaftlichen Anreizen begleitet. Zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Massnahmen können daher starke Wechselwirkungen bestehen, was die Abgrenzung der Auswirkungen erschwert. Im Obsan-Modell sind die Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich aufgrund medizintechnischer Entwicklungen in die Prognosen im Zusammenhang mit der Einführung von Listen von ambulant durchzuführenden Eingriffen integriert und werden daher im Abschnitt zu den wirtschaftlichen Entwicklungen genauer beschrieben.

Zusätzlich zu den Auswirkungen der Verlagerung ermöglicht das Obsan-Prognosemodell den Einbezug weiterer medizintechnischer Entwicklungen. Voraussetzung sind jedoch quantitative Hypothesen über die Auswirkungen dieser Entwicklungen (z. B. auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen, Diagnosen oder Behandlungsarten). Es ist allerdings schwierig, den Einfluss medizintechnischer Entwicklungen auf den zukünftigen Leistungsbedarf zu quantifizieren, da diese Auswirkungen aufgrund der technologischen Neuheit nicht anhand der vorhandenen Routine-Daten eingeschätzt werden können. Expertenbefragungen, mit oder ohne systematische Analyse der wissenschaftlichen Literatur, wie z. B. die von den Kantonen Bern und Zürich in Auftrag gegebene Studie von Hess et al. (2009) stellen eine geeignete Grundlage für die Quantifizierung medizintechnischer Entwicklungen dar. Im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin stützen sich die Bedarfsanalysen für medizintechnische Entwicklungen auch auf Expertenmeinungen ab. Dank der Einschätzungen der Experten können wichtige Entwicklungen in der Medizintechnik identifiziert und deren Auswirkungen auf den zukünftigen Leistungsbedarf quantifiziert werden (vgl. insbesondere Wehrli 2015).

Bezüglich der medizintechnischen Entwicklungen in der Akutversorgung stützt sich der vorliegende Bericht auf die Arbeiten im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich (vgl. GDZH 2021; Hess et al. 2009 2016). Auf dieser Grundlage können für zwei Leistungsbereiche signifikante Auswirkungen auf den prognostizierten Leistungsbedarf quantifiziert werden. Einerseits könnten im Bereich der Neurologie neue Techniken in Kombination mit einer neuen Art der Diagnose mittels MRI für die endovaskuläre Behandlung von Schlaganfällen dazu führen, dass bestimmte Fälle von der Leistungsgruppe NEU3 in die Leistungsgruppe NEU3.1 verlagert werden. Es wird erwartet, dass künftig 30 Prozent der Schlaganfälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden. Andererseits wird in der Orthopädie von einer Zunahme an Wechseloperationen Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Wechseloperationen Knieprothesen (BEW7.2.1) ausgegangen. Diese Hypothese wird gestützt durch die Zunahme solcher Eingriffe in den vergangenen Jahren, woraus sich schliessen lässt, dass eine Wechseloperation dieser Prothesen notwendig ist. Diese Auswirkungen schlagen sich in der Rehabilitation nieder, da für eine Reihe von zusätzlichen Fällen in der Akutversorgung ein anschliessender Aufenthalt in der muskuloskelettalen Rehabilitation erforderlich sein wird. Für die übrigen Leistungsbereiche der Akutversorgung wurden in der Prognose keine medizintechnischen Entwicklungen berücksichtigt, die einen Einfluss auf den zukünftigen Leistungsbedarf haben. Wie bei den epidemiologischen Entwicklungen ist es äusserst schwierig, das Ausmass der Auswirkungen medizintechnischer Entwicklungen zu quantifizieren, zumal diese die Fallzahlen, wie erwähnt, auf unterschiedliche Weise beeinflussen können. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Entwicklung in der Prognoseperiode tatsächlich eintritt, ist gering. Da es jedoch sehr viele mögliche Entwicklungen gibt, ist es insgesamt realistisch, dass sich eine davon bewahrheitet und zu wesentlichen Änderungen in einer oder mehreren Leistungsgruppen führt. Es ist allerdings

nicht möglich, abzuschätzen, welche dies sein wird und wie sie die Behandlung in den betroffenen Leistungsgruppen verändern wird (GDZH 2021). Bei den Bedarfsprognosen können jedoch nur Entwicklungen berücksichtigt werden, deren Auswirkungen auf die zukünftigen Fallzahlen quantifizierbar sind.

Dasselbe gilt für die Rehabilitation und die Psychiatrie. Die vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Rahmen der Zürcher Spitalplanung durchgeführten und auf eine Literaturrecherche und Expertengespräche gestützten Arbeiten legen nahe, dass die medizintechnische Entwicklung kaum einen Einfluss auf die Hospitalisierungsraten in der Rehabilitation und Psychiatrie haben wird (Höglinger et al. 2019). In Bezug auf die stationäre Rehabilitation werden Innovationen erwähnt (Robotik, Exoskelett, assistierende Geräte, elektronische Prothesen, Elektrostimulation, Gehirn-Computer-Schnittstellen, Virtual-Reality-Anwendungen und telemedizinische Anwendungen), ohne dass dies zu einer signifikanten Veränderung der Fallzahlen der stationären Rehabilitation führt. In der Psychiatrie scheint der Einfluss der medizintechnischen Entwicklung auf die Fallzahlen aktuell nicht relevant zu sein. Basierend auf diesen Arbeiten wurden weder in der Psychiatrie noch in der Rehabilitation Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung berücksichtigt, mit Ausnahme der Auswirkung, die sich logischerweise aus der erwarteten Entwicklung in der Akutversorgung ableitet: Die Zunahme von Wechseloperationen Hüftprothesen und Knieprothesen wird zu einer Zunahme der anschliessenden Aufenthalte in der Rehabilitation führen. Insgesamt haben die medizintechnischen Entwicklungen einen eher geringen Einfluss auf die vorliegende Bedarfsprognose.

Bedarf und Inanspruchnahme

Wie in Abschnitt 2.7.1 erwähnt, verwendet das Prognosemodell die Hospitalisierungsrate des Referenzjahres (nach Leistungsgruppen, Wohnkanton, Geschlecht und Altersgruppen) als Grundlage für die Leistungsbedarfsprognosen. Die Hospitalisierungsrate ergibt sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung während des Referenzjahres. Es ist durchaus üblich, der Prognose des Versorgungsbedarfs die derzeitige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zugrunde zu legen (vgl. Carr-Hill et al. 1994). Dieser Ansatz basiert jedoch auf der vereinfachenden Grundhypothese, dass sich der legitime Bedarf unmittelbar in der Nutzung des Versorgungssystems widerspiegelt (vgl. Schliwen 2015). Die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist nicht nur eine Folge des Bedarfs (vgl. McGregor et al. 2008). Zu berücksichtigen sind u. a. auch regionale Versorgungsangebote und deren Zugänglichkeit. Die Variation der Inanspruchnahme der Spitalversorgung spiegelt in einer kleinräumigen Perspektive nicht nur die Variation des Versorgungsbedarfs, sondern auch die Variation des regionalen Angebots und des Zugangs wider (vgl. Sheldon et al. 1993). Dies bedeutet, dass die Unterschiede bei den kantonalen Hospitalisierungsraten verschiedene Gründe haben, insbesondere:

- Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und damit auch in der Belastung durch die Sterblichkeit;
- soziale oder kulturelle Gründe oder Unterschiede in den Arbeits- oder Ernährungsgewohnheiten;
- Unterversorgung, Überversorgung und/oder ungeeignete Versorgung.

Während Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und soziale oder kulturelle Gründe zu Unterschieden im Versorgungsbedarf führen, können Unterschiede aufgrund von Überversorgung, Unterversorgung oder ungeeigneter Versorgung dazu führen, dass der tatsächliche Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung nicht adäquat abgebildet wird. Da sich die Prognose auf die kantonalen Hospitalisierungsraten des Referenzjahres stützt, besteht im anderen Fall das Risiko, dass solche Situationen von Unterversorgung, Überversorgung und/oder ungeeigneter Versorgung weiterhin auftreten (SVR 2018). Es ist jedoch sehr schwierig, festzustellen, wann die regionalen Unterschiede in einem bestimmten Leistungsbereich auf eine Unterversorgung, Überversorgung und/oder ungeeignete Versorgung zurückzuführen sind. Gleichzeitig fehlen technische und inhaltliche Kriterien, um den absoluten Versorgungsbedarf einer Bevölkerung unabhängig von der Inanspruchnahme der Versorgung zu ermitteln (vgl. Czaja et al. 2012).

Ungeachtet dessen kann es für die kantonale Planung sinnvoll sein, mögliche Verzerrungen bei der Bedarfsabschätzung zu berücksichtigen. Das Prognosemodell berücksichtigt diese Situation durch verschiedene Szenarien der Konvergenz der Hospitalisierungsraten. Konkret wird anstelle der kantonalen Rate die gesamtschweizerische Hospitalisierungsrate nach Geschlecht, Altersgruppe und SPLG als Referenzgrösse herangezogen. Je nach Szenario können verschiedene Hypothesen aufgestellt werden, um die kantonalen Raten dem nationalen Durchschnitt anzunähern. Selbst wenn die Planungsverantwortlichen der Ansicht sind, dass eine Annäherung an die schweizerischen Raten für ihren Kanton nicht zielführend ist, kommt es in der Akutversorgung zu einer Konvergenz, wenn die Fallzahlen pro SPLG unter fünf liegen. Bei sehr geringen Fallzahlen auf kantonaler Ebene (manchmal gar keinem), können die Schwankungen von Jahr zur Jahr erheblich sein. Die Annäherung an die schweizerischen Raten für die betroffenen SPLG ermöglicht es, die Prognosen auf weniger volatile Ergebnisse zu stützen, indem ein zuverlässigerer Ausgangspunkt als Referenz herangezogen wird. In einem solchen Fall sind alle drei Szenarien betroffen und die Konvergenz ist vollständig.

Covid-19

Schliesslich ist zu beachten, dass die Covid-19-Pandemie epidemiologische Folgen haben könnte, und zwar für alle Versorgungstypen. Verschiedene Studien legen nahe, dass Covid-19 eine Krankheitslast verursachen kann, die sich auf die pulmonalen Organsysteme und verschiedene extra-pulmonale Systeme erstreckt (Xie et al. 2022, Katsoularis 2022, Douaud et al. 2022, Liu et al. 2022, Al-Aly et al. 2021), insbesondere, aber nicht ausschliesslich bei Personen mit einer schweren Form von Covid-19. Die Behandlung von Personen mit Covid-19-Folgeerkrankungen könnte sich auf den ambulanten Bereich (mehrere Spitäler und Kliniken haben kürzlich Post-Covid-19-Konsultationen eröffnet) und den stationären Bereich (insbesondere Rehabilitation) auswirken, doch es gibt noch nicht genügend Erfahrungswerte, um dies in den Prognosen zu berücksichtigen. Inwieweit das Auftreten neuer Varianten und wiederholte Infektionen in einer weitgehend geimpften und/oder bereits infizierten Bevölkerung Auswirkungen auf deren Gesundheit haben könnten, ist eine weitere Frage, die noch geklärt werden muss, bevor die Planung des Gesundheitssystems verfeinert werden kann. Zudem könnten die epidemiologischen Folgen durch medizintechnische Fortschritte gemildert werden (Entwicklung alternativer Impfstoffe, insbesondere eines nasalten Impfstoffs, der die Übertragung einschränkt, neue Medikamente usw.), wodurch die Erstellung mittelfristiger Hypothesen eindeutig zu riskant erscheint. Auch die GDZH ist der Ansicht, dass allfällige langfristige Auswirkungen durch Covid-19 in den Prognosen nicht berücksichtigt werden können.

3 Akutsomatik

3.1 Bedarfsanalyse

Gemäss Artikel 58b Absatz 1 KVV müssen die Kantone ihren Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln, indem sie sich sowohl auf statistisch ausgewiesene Daten stützen als auch Vergleiche berücksichtigen. Im Rahmen der Bedarfsanalyse muss auch das Angebot ermittelt werden, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf ihrer Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV).

Das vorliegende Kapitel beinhaltet für den Zeitraum 2015 bis 2019 eine Analyse der Inanspruchnahme der Versorgung (3.1.1) einschliesslich ergänzend der Inanspruchnahme von ambulanten Notfallstationen (3.1.2), eine Analyse des Versorgungsangebots (3.1.3) und der interkantonalen Patientenströme (3.1.5). Die regionale Dimension wird dabei berücksichtigt.

Die folgenden Analysen basieren hauptsächlich auf den Daten 2015–2019 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) und stützen sich auf die im Kanton Freiburg im Jahr 2019 geltende Spitalliste. Die Abgrenzung der Akutversorgung findet sich in Kasten 4 auf Seite 22. Die Bedarfsanalysen für die stationäre Akutversorgung basieren auf dem System der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG). Es handelt sich um die Version 2023 der Definitionen und Anforderungen des SPLG-Systems, die für die Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich erstellt wurde und für die Daten aus dem Jahr 2019 gültig ist (siehe Kasten 5, Kasten 8, Anhang 2).

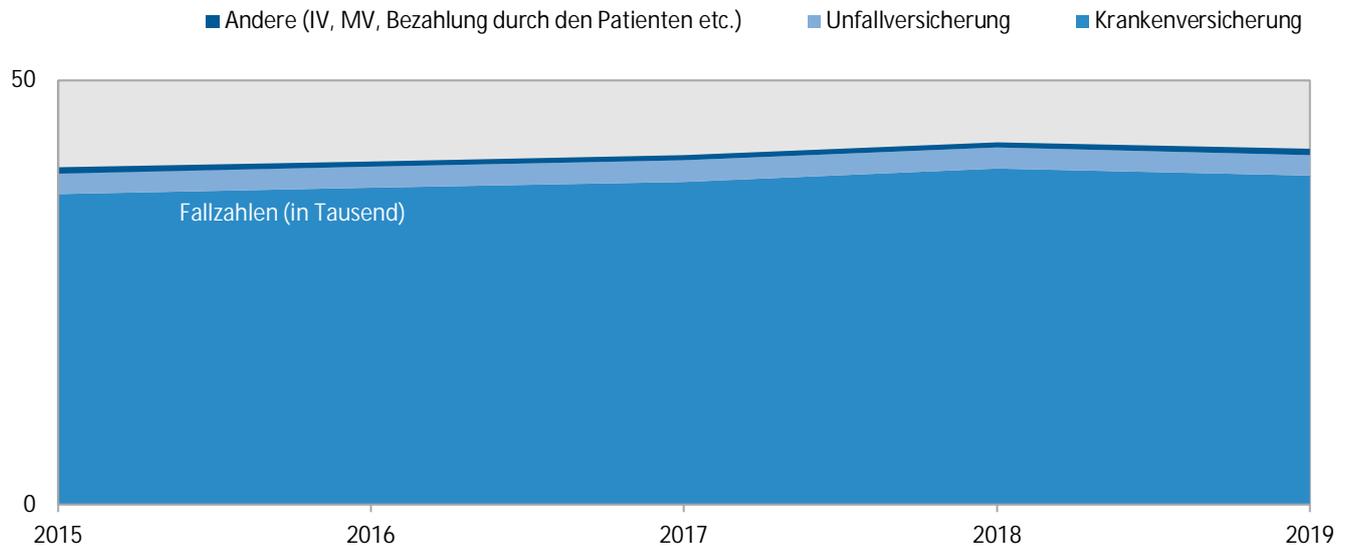
Kasten 8 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erstmals mehr als 100 Experten beigezogen, um ein Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept (SPLG) für die Akutversorgung zu erstellen. Jede der rund 130 bestehenden SPLG ist durch Diagnose- (ICD) und Behandlungscodes (CHOP) klar definiert. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat zudem für jede SPLG Anforderungen zu den spezifischen Leistungen erlassen, die für die Erteilung der Leistungsaufträge massgebend sind. Diese Anforderungen gelten z. B. für notwendige Fachärzte, für die Verfügbarkeit der Notfallstationen oder für Intensivpflegestationen. Das Konzept wird jährlich technischen Anpassungen unterzogen, insbesondere um Änderungen der Behandlungscodes (CHOP) Rechnung zu tragen. Zudem erfolgt rund alle drei Jahre eine Aktualisierung, in der konzeptionelle Anpassungen vorgenommen werden. Im Rahmen der Planung 2023 des Kantons Zürich fand eine umfassende konzeptionelle Überarbeitung statt. In einem angepassten Verfahren konnten die Kantone und damit ihr Einfluss besser in die Entwicklung dieses Instruments einbezogen werden. Das Leistungsgruppensystem wird den anderen Kantonen, die es als zweckmässig erachten, zur Verfügung gestellt.

Die GDK beurteilt das von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte und verwaltete SPLG-Konzept als ein gutes Instrument und empfiehlt dessen Einsatz für die interkantonale Koordination der Spitalplanungen. Sie gibt auch Empfehlungen für leistungsspezifische Anforderungen ab, wobei festgehalten wird, dass die Kantone davon abweichen können.

Wie in Kapitel 2.2 über die Einschlusskriterien erwähnt, zeigen die nachfolgenden Tabellen und Grafiken ausschliesslich die Fälle, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gehen. 2019 machen diese 92.6 % aller Fälle von Patientinnen und Patienten aus, die ihren Wohnsitz im Kanton Freiburg haben (G 3.1). 5,6 % aller Fälle entfallen auf Patientinnen und Patienten aus der Unfallversicherung (weitere Kostenträger: 1,8 %).

G 3.1 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kostenträger, 2015–2019



Hauptkostenträger	2019	
	n	%
Obligatorische Krankenversicherung (OKP)	38 762	92,57 %
Unfallversicherung (UV)	2352	5,62 %
Invalidenversicherung (IV)	564	1,35 %
Andere	193	0,46 %
Total	41 871	100,00 %

Anmerkung: Der Hauptkostenträger (Variable 1.4.V02 MS) bezeichnet die Haupteinheit, welche die Kosten des Spitalaufenthalts entsprechend der allgemeinen Abteilung trägt.

Quellen: BFS – MS, KS

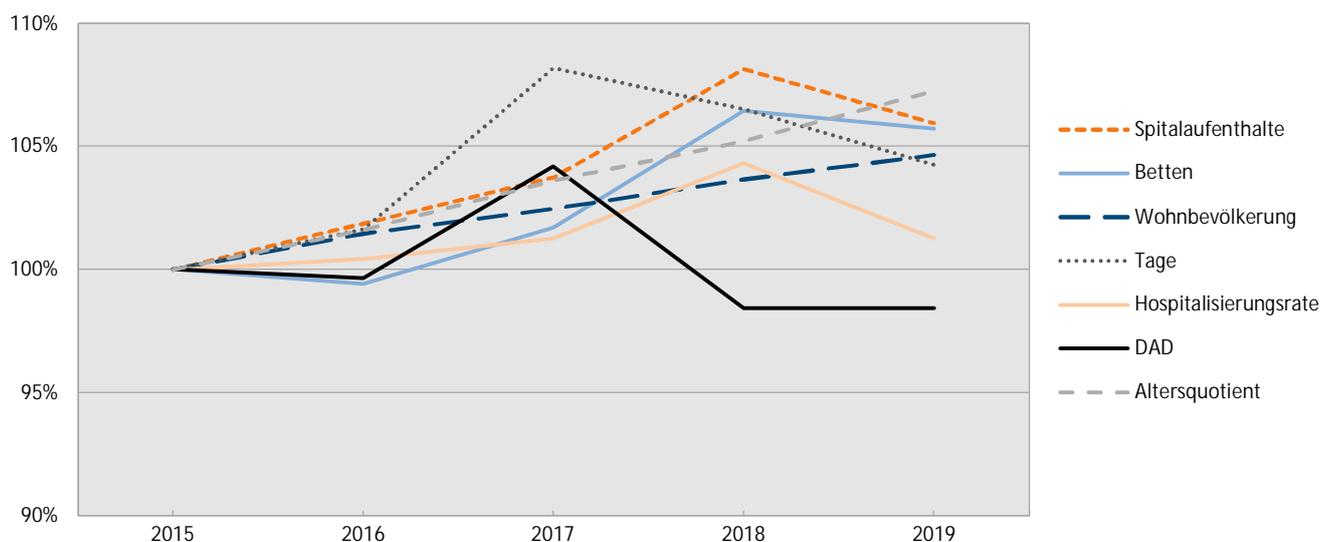
© Obsan 2023

3.1.1 Inanspruchnahme der Versorgung

Die in G 3.2 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Akutversorgung im Kanton Freiburg. Im Zeitraum 2015–2019 verzeichnete die Anzahl der Spitalaufenthalte insgesamt ein etwas schnelleres Wachstum (+6,0 %) als die ständige Wohnbevölkerung (+4,7 %). Dieser Anstieg der Hospitalisierungsrate kann mit der Alterung der Freiburger Bevölkerung in Verbindung gebracht werden, bleibt aber moderat, wenn man die Entwicklung des Altersquotienten von 24,1 % auf 25,9 % betrachtet. Die Zunahme der Anzahl der Spitalaufenthaltsstage (+4,3 %) wird dadurch gedämpft, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) in diesem Zeitraum leicht gesunken ist (-1,6 %). Die Anzahl der Betten in der Akutversorgung ist hingegen etwas schneller gestiegen (+5,7 %) als die Anzahl der Pflergetage.

Die Anzahl der Spitalaufenthaltsstage erreichte 2017 einen Höchststand, was mit einer höheren DAD in diesem Jahr zusammenhängt. Im Jahr 2018 wurde wiederum bei der Anzahl der Spitalaufenthalte ein Höchststand verzeichnet, was in diesem Fall mit einer höheren Hospitalisierungsrate zusammenhängt. Diese Spitzenwerte in den Jahren 2017 und 2018 sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da sie zum Teil auf eine Änderung der Kodierungspraxis des freiburger Spitals zurückzuführen sind, die dazu führte, dass Fälle der geriatrischen Rehabilitation entweder der Akutversorgung oder der Rehabilitation zugeordnet wurden (siehe auch Kapitel 5.1.1).

G 3.2 Allgemeine Kennzahlen zur Situation der Akutversorgung im Kanton FR, 2015–2019



	2015	2019		Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	307 461	321 783		+14 322	+4,7 %	+1,1 %
Spitalaufenthalte	36 583	38 762		+2179	+6,0 %	+1,5 %
Spitalaufenthalte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner	119,0	120,5		+1,5	+1,2 %	+0,3 %
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD)	5,7	5,7		-0,1	-1,6 %	-0,4 %
Spitalaufenthaltsstage	209 855	218 813		+8958	+4,3 %	+1,1 %
Betten	512	542		+29	+5,7 %	+1,4 %
Altersquotient	24,1 %	25,9 %		+1,8 %	+7,2 %	+1,8 %

Anmerkung: Die Bettenzahl ergibt sich aus der Anzahl der Bettenbelegungstage im Bereich «Akutversorgung und Geburtshäuser» gemäss der KS geteilt durch 365. Die ständige Wohnbevölkerung wird am 31. Dezember des betreffenden Jahres in der STATPOP erfasst.

Quellen: BFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2023

Fallzahlen

Die Tabelle T 3.1 zeigt die Inanspruchnahme der Versorgung durch die Freiburger Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (SPLB). 2019 macht die Grundversorgung mit 36,9 % den grössten Leistungsbereich aus. An zweiter Stelle folgt die Orthopädie (12,9 %), gefolgt von der Geburtshilfe (10,2 %) und den Neugeborenen (8,8 %).

Die Anzahl der Spitalaufenthalte ist im Zeitraum 2015–2019 insgesamt um 6,0 % gestiegen. Die Situation ist jedoch je nach Leistungsbereich unterschiedlich¹³. An erster Stelle ist festzuhalten, dass die Fallzahlen des Basispakets leicht überdurchschnittlich angestiegen sind (+8,9 %).

Mit einer Zunahme von über 40 % innerhalb von vier Jahren weisen die Bereiche Herz (+44,1 %) und Viszeralchirurgie (+42,9 %) die grössten Wachstumsraten auf. Im Jahr 2019 entfallen auf diese beiden Bereiche 7,5 % der Spitalaufenthalte, im Vergleich zu 5,5 % im Jahr 2015. Auch in anderen Bereichen ist die Anzahl der betroffenen Spitalaufenthalte rasant gestiegen (z. B. schwere Verletzungen: +122 %; Endokrinologie +81,9 %).

Unter den Bereichen, auf die 2019 ein grosser Anteil der Hospitalisierungsfälle entfällt, ist die abnehmende Entwicklung in der Orthopädie (-3,9 %), der Gynäkologie (-14,8 %) und der Oto-Rhino-Laryngologie (-14,6 %) hervorzuheben. Da diese Leistungsbereiche von der Verlagerung in den ambulanten Bereich besonders betroffen

¹³ Durch die Überarbeitung des Konzepts zur Zusammenführung der SPLG-Fälle für die Daten aus dem Jahr 2019 wird die Analyse der Fallentwicklung nach Leistungsbereichen nicht verhindert. Auf der Ebene der Leistungsbereiche sind die Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen gemäss altem und neuem Konzept marginal.

sind (siehe T 2.1), ist dieser Rückgang der stationären Fallzahlen möglicherweise ein Ausdruck davon. In anderen Bereichen wie Geburtshilfe (+0,3 %), Urologie (+2,8 %) oder Neugeborene (+3,2 %) ist die Zahl der Spitalaufenthalte moderat angestiegen.

T 3.1 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach SPLG, 2015–2019

Hauptbereiche	SPLB	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil in %, 2019	
Grundversorgung	Basispaket	13'123	13'526	14'279	15'136	14'297		+1'174	+8.9%	36.9%	
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	174	123	142	150	121		-53	-30.5%	0.3%	
	Oto-Rhino-Laryngologie	883	888	800	803	754		-129	-14.6%	1.9%	
	Neurochirurgie	134	164	168	195	202		+68	+50.7%	0.5%	
	Neurologie	917	919	982	988	1'016		+99	+10.8%	2.6%	
	Ophthalmologie	137	112	130	152	174		+37	+27.0%	0.4%	
Innere Organe	Endokrinologie	105	92	103	155	191		+86	+81.9%	0.5%	
	Gastroenterologie	774	739	693	757	824		+50	+6.5%	2.1%	
	Viszeralchirurgie	597	619	688	685	853		+256	+42.9%	2.2%	
	Hämatologie	448	418	423	434	485		+37	+8.3%	1.3%	
	Gefässe	558	536	527	536	569		+11	+2.0%	1.5%	
	Herz	1'412	1'504	1'443	1'955	2'035		+623	+44.1%	5.2%	
	Nephrologie	159	132	134	146	122		-37	-23.3%	0.3%	
	Urologie	1'664	1'643	1'718	1'739	1'710		+46	+2.8%	4.4%	
	Pneumologie	784	817	960	715	746		-38	-4.8%	1.9%	
	Thoraxchirurgie	106	97	97	107	135		+29	+27.4%	0.3%	
	Transplantationen solider Organe	16	15	12	19	22		+6	+37.5%	0.1%	
	Bewegungsapparat	Orthopädie	5'183	5'307	5'234	5'112	4'982		-201	-3.9%	12.9%
		Rheumatologie	156	153	169	89	110		-46	-29.5%	0.3%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'593	1'548	1'530	1'463	1'358		-235	-14.8%	3.5%	
	Geburtshilfe	3'922	3'995	3'849	4'047	3'935		+13	+0.3%	10.2%	
	Neugeborene	3'315	3'445	3'372	3'495	3'421		+106	+3.2%	8.8%	
Andere	(Radio-) Onkologie	378	423	402	286	309		-69	-18.3%	0.8%	
	Schwere Verletzungen	45	46	74	74	100		+55	+122%	0.3%	
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	.	8	24	324	291		.	.	0.8%	
Total		36'583	37'269	37'953	39'562	38'762		+2'179	+6.0%	100%	

Anmerkung: Der Bereich Palliative Care, so wie er hier definiert ist, entspricht nicht der Systematik des Zürcher Groupers 2023, sondern einer Definition des Kantons Freiburg.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Hospitalisierungsrate

Die Grafik G 3.3 zeigt die Entwicklung der Hospitalisierungsraten für den Kanton Freiburg in der Periode 2015–2019 im Vergleich mit dem Wert für die ganze Schweiz. Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (siehe Kasten 9), können die Intensitäten verglichen werden, ohne dass Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerungsgruppen die Ergebnisse beeinflussen. Die hier präsentierten Daten unterscheiden sich von den Daten anderer publizierter Indikatoren dadurch, dass nur Fälle der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) berücksichtigt werden.

Kasten 9 Berechnung der standardisierten Hospitalisierungsraten nach Alter und Geschlecht

Die standardisierten Hospitalisierungsraten ermöglichen Vergleiche zwischen verschiedenen Regionen oder Ländern, ohne dass diese durch die demografische Struktur der verglichenen räumlichen Einheiten verzerrt werden. Die in diesem Bericht dargestellten Raten sind nach Alter und Geschlecht standardisiert; das heisst, dass die Ergebnisse um die Variationen bereinigt werden, die in der demografischen Struktur der Kantone bestehen. Die standardisierten Raten werden anhand der folgenden direkten Methode berechnet:

$$R_{IS} = \frac{\sum(N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

R_{IS} = Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate

N_{ij} = Anzahl der Personen der Altersgruppe i und des Geschlechts j in der Standardbevölkerung

r_{ij} = Alters- und geschlechtsspezifische Rate der untersuchten Bevölkerung

Als Standardbevölkerung wird die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat 2013) verwendet. Mit der Standardisierung erhält man die Rate, die die untersuchte Bevölkerung aufweisen würde, wenn sie die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur hätte wie die Referenzbevölkerung. Das Vertrauensintervall ist ein Mass für die Präzision der Schätzung. Es definiert die Grenzen, innerhalb derer der Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt. Die Standardabweichung und die 95 %-Vertrauensintervalle wurden auf der Grundlage einer Gamma-Approximation der Varianz der Rate berechnet (Tiwari et al. 2006).

Mit einer standardisierten Hospitalisierungsrate von 128,8 Promille im Jahr 2019 weist der Kanton Freiburg eine geringere Inanspruchnahme auf als die gesamte Schweiz (134,3 Promille). In der Periode 2015–2019 wurde der Höchstwert für die Schweiz im Jahr 2016 (138,5) erreicht. Danach ging der Wert von Jahr zu Jahr zurück. Für den Kanton Freiburg ist die Rate schwankend. Der Rückgang von 133,5 auf 128,8 Promille zwischen 2018 und 2019 ist zum Teil auf die Umverteilung der Fälle der geriatrischen Rehabilitation in den Bereich der Rehabilitation zurückzuführen (siehe auch 5.1.1).

Im Allgemeinen weist der Kanton Freiburg Hospitalisierungsraten für die verschiedenen Leistungsgruppen auf, die zwar relativ nahe bei, aber unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen. Bei den Spitalaufenthalten im Hauptbereich «Gynäkologie und Geburtshilfe» wies der Kanton Freiburg jedes Jahr etwas höhere Werte auf als der schweizerische Durchschnitt. Zum Beispiel liegt die Hospitalisierungsrate in der Geburtshilfe im Jahr 2019 im Kanton Freiburg bei 11,6 Promille gegenüber 10,7 in der Schweiz, was mit dem Ergebnis der zusammengefassten Geburtenziffer des BFS übereinstimmt, die im Kanton Freiburg über dem schweizerischen Durchschnitt¹⁴ liegt. Die Hospitalisierungsrate in Zusammenhang mit dem Herzen ist im Kanton Freiburg ebenfalls höher (7,3 Promille) als im Schweizer Durchschnitt (6,6 Promille).

Besonders tief sind die Hospitalisierungsraten im Kanton Freiburg hingegen in den Bereichen Oto-Rhino-Laryngologie (im Jahr 2019 2,4 Promille gegenüber 4,3 in der Schweiz), Gastroenterologie (2,9 gegenüber 3,9), Urologie (6,0 gegenüber 7,0) und Ophthalmologie (0,6 gegenüber 1,3).

¹⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.18845668.html>

G 3.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner für eine Auswahl von SPLB, Schweiz und Kanton FR, 2015–2019

SPLB	Kanton	Fälle (n)	Standardisierte Raten					Entwicklung
		2019	2015	2016	2017	2018	2019	
Total	— CH	1 148 676	137,2	138,5	136,8	135,3	134,3	
	— FR	38 762	130,4	129,8	131,2	133,5	128,8	
Urologie	— CH	57 737	6,94	7,08	7,05	7,10	6,99	
	— FR	1 710	6,25	6,06	6,13	6,15	5,97	
Herz	— CH	54 771	6,58	6,80	6,63	6,52	6,58	
	— FR	2 035	5,59	5,80	5,47	7,22	7,32	
Orthopädie	— CH	141 295	17,64	17,98	17,42	16,81	16,48	
	— FR	4 982	18,57	18,66	18,02	17,25	16,61	
Geburtshilfe	— CH	96 319	11,53	11,58	11,05	10,99	10,74	
	— FR	3 935	12,03	12,17	11,59	12,01	11,59	
Neugeborene	— CH	81 815	9,68	9,68	9,74	9,67	9,68	
	— FR	3 421	9,94	9,95	9,99	9,96	9,86	

Anmerkung: Die Grafiken zeigen die Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner standardisiert nach Alter und Geschlecht.

Dargestellt werden die Hospitalisierungsraten sowohl für die Gesamtzahl der Fälle als auch für die häufigsten SPLB (ausserhalb des Basispakets). Eine vollständige Übersicht mit allen SPLB findet sich im Anhang 3.

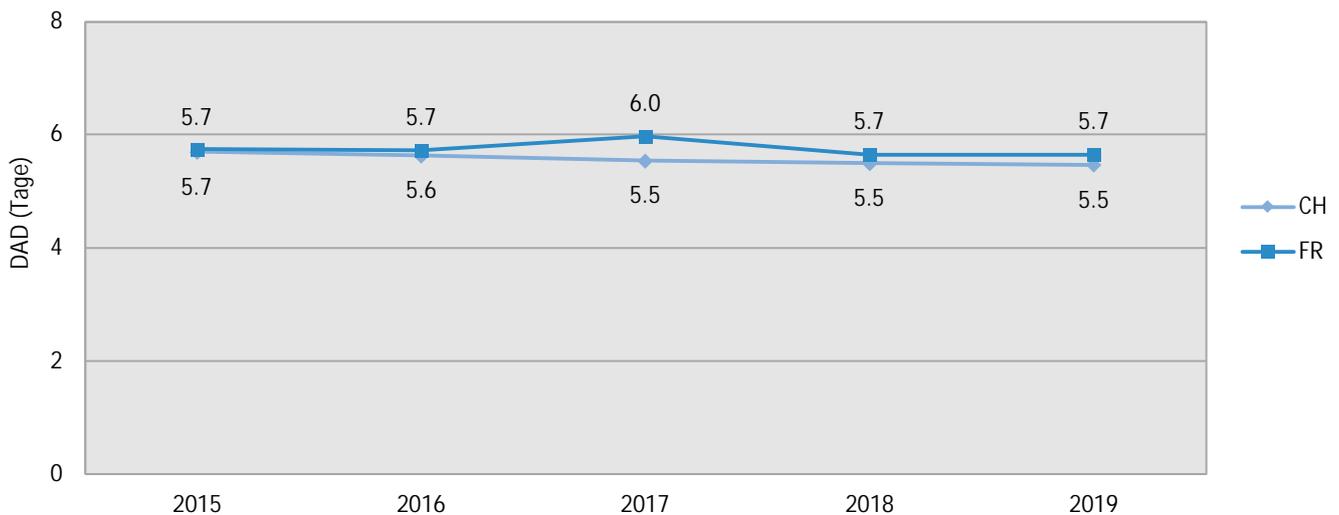
Quellen: BFS – MS, STATPOP, KS

© Obsan 2023

Aufenthaltsdauer

Die Grafik G 3.4 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik (DAD) für den Kanton Freiburg und die Schweiz zwischen 2015 und 2019. Auch wenn der Trend in der Schweiz leicht rückläufig ist (von 5,7 auf 5,5 Tage), stagniert die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Kanton Freiburg bei 5,7 Tagen, mit einer einzigen DAD von 6,0 Tagen im Jahr 2017, was möglicherweise mit den Fällen der geriatrischen Rehabilitation zusammenhängt, die so codiert sind, dass sie unter die Akutversorgung fallen (siehe auch Unterkapitel 5.1.1).

G 3.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) in Tagen, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR und in der CH, 2015–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Für den Kanton Freiburg und die Schweiz sind in der Tabelle T 3.2 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die Anzahl der behandelten Fälle für eine Auswahl der zehn häufigsten DRG im Jahr 2019 in der Schweiz aufgeführt. Auf diese zehn DRG entfallen 20 % aller Spitalfälle in der Schweiz (19,6 %) und im Kanton Freiburg (21,9 %). Bei all diesen Spitalfällen beträgt die Differenz der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zwischen dem Kanton Freiburg und der Schweiz weniger als ein halber Tag; ausgenommen sind Fälle von Herzinsuffizienz und Schock, bei denen die DAD im Kanton Freiburg deutlich höher ist (8,7 Tage) als im Schweizer Durchschnitt (7,9).

Über alle zehn häufigsten DRG betrachtet, beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Kanton Freiburg 4,0 Tage gegenüber 4,2 Tagen im Schweizer Durchschnitt. In den übrigen 90 am häufigsten vorkommenden DRG liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Freiburgerinnen und Freiburger (4,6 Tage) über dem Schweizer Durchschnitt (4,3 Tage).

T 3.2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) der häufigsten DRG, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR und in der CH, 2019

DRG	Code	Bezeichnung	CH				FR			
			Rang	n	%	DAD	Rang	n	%	DAD
P67D		Neugeborene, Aufnahmegegewicht > 2499 g	1.	71 323	6,2%	3,3	1.	2 899	7,5%	3,2
O60D		Vaginale Entbindung	2.	26 533	2,3%	3,2	2.	1 399	3,6%	3,3
O60C		Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung	3.	21 990	1,9%	3,8	4.	699	1,8%	3,9
I46D		Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese	4.	21 052	1,8%	6,1	3.	789	2,0%	5,6
G67C		Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung	5.	18 369	1,6%	3,7	5.	585	1,5%	4,0
I43C		Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	6.	14 636	1,3%	6,7	6.	468	1,2%	6,3
F62C		Herzinsuffizienz und Schock	7.	14 066	1,2%	7,9	8.	442	1,1%	8,7
I10C		Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre	8.	12 796	1,1%	5,2	7.	459	1,2%	5,2
H07C		Cholezystektomie	9.	12 236	1,1%	3,2	9.	431	1,1%	2,6
I29C		Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter	10.	9 581	0,8%	2,8	13.	345	0,9%	2,7
		Andere unter den ersten 100 DRG		436 226	80,6%	4,3		14 187	78,1%	4,6

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

3.1.2 Inanspruchnahme von Notfallstationen und Bereitschaftsdiensten der Spitäler

Obwohl die Spitalplanung den ambulanten Sektor nicht einschliesst, soll dieses Unterkapitel einen Überblick über die Inanspruchnahme der somatischen Notfallstationen geben. Es ist in den Teil über die Akutversorgung integriert, da die Allgemeinspitäler in der Regel die Haupteintrittspforte für die Notfallstationen sind. Es ermöglicht die Bereitstellung von Daten über den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung.

Dargestellt werden die Konsultationen in den Notfallstationen und Bereitschaftsdiensten der Spitäler und die als Notfälle erfolgten Spitalaufenthalte. Dabei berücksichtigt das Kapitel sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich eines Spitals. Die Definition des Notfalls ist jedoch nicht einheitlich (siehe Kasten 10). Um einen Gesamtüberblick zu erhalten, werden hier alle Fälle berücksichtigt und nicht nur die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Fälle (die im Jahr 2019 83 % der ambulanten und 95 % der stationären Fälle ausmachen).

Was die ambulanten psychiatrischen Notfälle betrifft, so werden diese in diesem Kapitel nicht berücksichtigt. Psychiatrische Notfall-Hospitalisierungen werden in den Spitalkennzahlen (T 4.6) im Kapitel Psychiatrie ausgewiesen (vgl. 4.1.2, Seite 98).

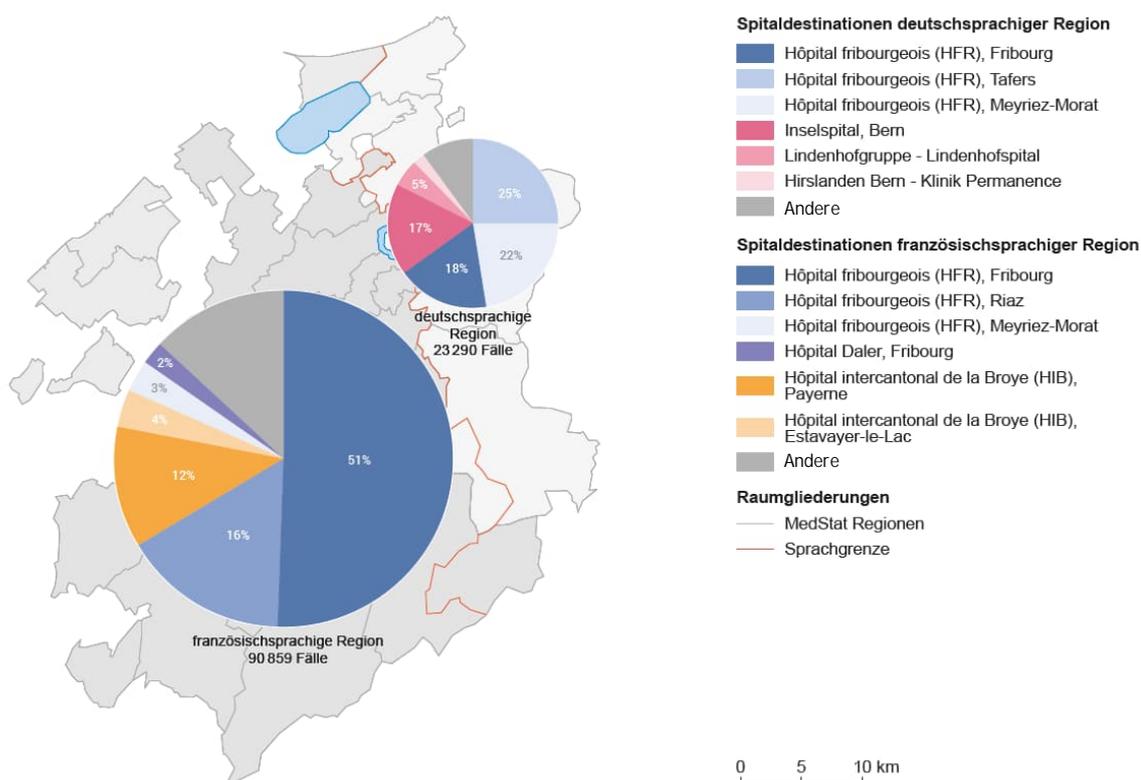
Kasten 10 Definitionen der Konsultationen und Eintritte im Notfall

Die Konsultationen in einer Notfallstation eines Spitals werden in der PSA-Statistik (BFS) anhand der Tarifposition Tarmed 35.0610 «Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme» ermittelt, wobei die Tarifstruktur TARMED zur Abrechnung der ambulanten medizinischen Leistungen dient.

Notfallmässige Hospitalisierungen werden in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS) mit der Variablen «Eintrittsart» der Spitalaufenthalte erfasst und sind als ungeplante Aufenthalte definiert, die eine Behandlung innert 12 Stunden erfordern. Es ist zu beachten, dass die Patientin oder der Patient nicht notwendigerweise die Notfallstation des Spitals durchlaufen haben muss, damit der Aufenthalt als Notfall qualifiziert wird.

In Karte G 3.5 wird aufgezeigt, welche Leistungserbringer die Notfallversorgung je nach Wohnregion der Patientinnen und Patienten erbringen. Insgesamt wurden 2019 92 204 ambulante und 19 945 stationäre Nofälle registriert. Von den insgesamt 90 859 Notfällen von Patientinnen und Patienten aus der französischsprachigen Region wurden 70 % vom HFR behandelt, davon mehr als die Hälfte am Standort Freiburg. Für die Gesamtheit der 23 290 Fälle von Patientinnen und Patienten aus der deutschsprachigen Region ist die Notfallversorgung durch das HFR ebenfalls wichtig, allerdings ist die Standortverteilung anders. Eine/r von vier Patientinnen und Patienten wird am HFR-Standort Tavers behandelt und fast ebenso viele (22 %) am HFR-Standort Meyriez-Murten, während der HFR-Standort Freiburg und das Inselspital Bern jeweils knapp 20 % der Freiburger Patientinnen und Patienten, die in der deutschsprachigen Region wohnen, behandeln.

G 3.5 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Freiburg bei Notfällen (ambulant und stationär), Anteil Fälle pro Sprachregion nach Spitalstandort, 2019



Quelle: BFS – MS, KS, PSA

© Obsan 2023

Konzentriert man sich auf den ambulanten Bereich, der ca. 80 % aller Notfälle ausmacht, ist die Anzahl Eintritte in eine für die Freiburger Bevölkerung anerkannte Notfallstation jährlich gestiegen, von 76 931 Eintritten im Jahr 2015 (Daten nicht abgebildet) bis zu 94 205 Eintritten im Jahr 2019. Im Jahr 2020 ist mit 74 466 Eintritten ein Rückgang zu verzeichnen, der sich durch den Lockdown infolge der Covid-19-Pandemie erklären lässt.

Die Inanspruchnahme der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste fällt in den beiden Sprachregionen des Kantons unterschiedlich aus (Tabelle T 3.3). Im Zeitraum 2017–2019 sind die Eintritte in eine anerkannte Notfallstation im französischsprachigen Kantonsteil gestiegen (+6421 Eintritte, +9 %), während sie im deutschsprachigen Kantonsteil zurückgingen (-335 Eintritte, -2 %). Ausserdem begeben sich die Einwohnerinnen und Einwohner der beiden Kantonsteile nicht in dieselben Spitäler. Die Wohnbevölkerung der französischsprachigen Region bevorzugt die Standorte Freiburg (51 %) und Riaz (15 %) des HFR sowie den Standort Payerne des HIB (12 %). Am Standort Estavayer-le-Lac ist zwischen 2017 und 2019 ebenfalls ein deutlicher Anstieg festzustellen (+1029 Eintritte, +45 %). Die deutschsprachige Freiburger Wohnbevölkerung nimmt die Notfallstationen und Bereitschaftsdienste hauptsächlich an den HFR-Standorten Meyriez-Murten (26 % im Jahr 2019), Tavers (24 %) und Freiburg

(17 %) sowie am Inselspital in Bern (16 %) in Anspruch. Der Rückgang der Eintritte an den Standorten Meyriez-Murten und Tafers scheint sich teilweise auf andere Einrichtungen übertragen zu haben.

T 3.3 Inanspruchnahme der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste in einem Spital (ambulant) durch die Bevölkerung des Kantons Freiburg nach Wohnregion, 2017–2020

Französischsprachige Region		2017	2018	2019	Anteil in %, 2019	2020	Trend	2017-2019	2017-2019
Rang	Spital							Δ (n)	Δ (%)
1	freiburger spital (HFR) - Freiburg	34834	36'031	38'378	51%	30'992		+3'544	+10%
2	freiburger spital (HFR) - Riaz	10689	10'875	11'581	15%	8'280		+892	+8%
3	Interkantoniales Spital der Broye (HIB) - Payerne	9075	9'728	9'153	12%	7'239		+78	+1%
4	Interkantoniales Spital der Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	2270	3'240	3'299	4%	2'430		+1'029	+45%
5	freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten	2769	2'801	2'599	3%	2'108		-170	-6%
6	CHUV Centre Hospitalier Universitaire	1265	1'361	1'474	2%	1'131		+209	+17%
7	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Samaritain	1313	1'455	1'380	2%	951		+67	+5%
8	freiburger spital (HFR) - Tafers	1349	1'643	1'649	2%	947		+300	+22%
9	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	585	599	712	1%	668		+127	+22%
10	Spital Daler	722	664	750	1%	663		+28	+4%
	Andere	4079	4'447	4'396	6%	3'238		+317	8%
	Total	68'950	72'844	75'371	100%	58'647		+6'421	9%
Deutschsprachige Region		2017	2018	2019	Anteil in %, 2019	2020	Trend	2017-2019	2017-2019
Rang	Spital							Δ (n)	Δ (%)
1	freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten	6268	5'811	4'972	26%	4'007		-1'296	-21%
2	freiburger spital (HFR) - Tafers	4681	4'848	4'587	24%	3'490		-94	-2%
3	freiburger spital (HFR) - Fribourg	2826	2'812	3'203	17%	2'872		+377	+13%
4	Inselspital, Bern	2848	2'918	3'069	16%	2'717		+221	+8%
5	Lindenhofgruppe - Lindenhofspital	830	876	956	5%	934		+126	+15%
6	Insel Gruppe - Spital Aarberg	280	333	353	2%	372		+73	+26%
7	Hirslanden Bern - Klinik Permanence	338	407	490	3%	363		+152	+45%
8	Hirslanden Bern - Salem-Spital	78	95	94	0%	104		+16	+21%
9	Hirslanden Bern - Klinik Beau-Site	74	86	76	0%	102		+2	+3%
10	Lindenhofgruppe - Sonnenhofspital	136	163	162	1%	73		+26	+19%
	Andere	809	863	871	5%	785		+62	8%
	Total	19'168	19'212	18'833	100%	15'819		-335	-2%

Anmerkungen: Seit März 2020 gelten an den Standorten Riaz und Tafers eingeschränkte Öffnungszeiten.

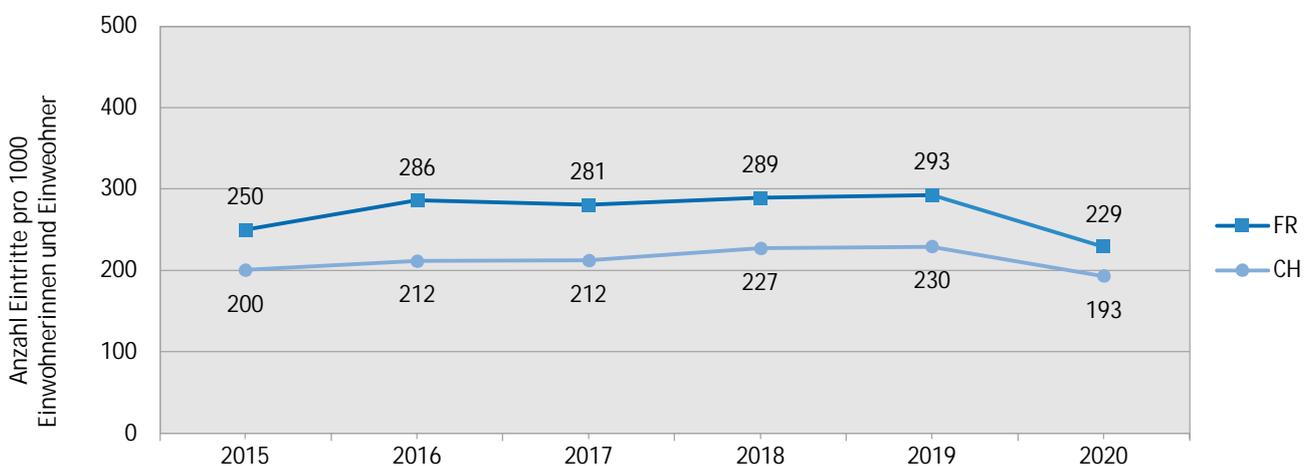
Quelle: BFS – PSA

© Obsan 2023

Der Kanton Freiburg weist im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt eine relativ hohe Inanspruchnahme der Notfallstationen auf (G 3.6). 2019 verzeichnet der Kanton Freiburg pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner 293 Eintritte in eine anerkannte Notfallstation, gegenüber 230 Eintritten im nationalen Durchschnitt. Von 2015 bis 2019 war die Tendenz sowohl auf der Ebene des Kantons Freiburg als auch auf der Ebene der gesamten Schweiz steigend. Die Inanspruchnahmerate der Notfallstationen unterscheiden sich kaum nach Sprachregion, ausser in den Jahren 2018 und 2019 (siehe Anhang 4).

Nach Altersgruppen variiert die Inanspruchnahme der Notfallstationen hingegen recht stark (G 3.7). Die Inanspruchnahmerate ist bei Minderjährigen unter 18 Jahren am höchsten (475 Eintritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2019). In dieser Altersgruppe ist die Inanspruchnahmerate im Jahr 2020 wiederum am stärksten gesunken (317 Eintritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner). Am tiefsten ist die Inanspruchnahmerate hingegen bei Personen zwischen 40 und 64 Jahren sowie bei Personen ab 65 Jahren (rund 200 Eintritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner). Personen zwischen 18 und 39 Jahren weisen eine mittlere Inanspruchnahmerate auf (319 Eintritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2019).

G 3.6 Inanspruchnahmerate der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste eines Spitals, Kanton FR und CH, 2015–2020

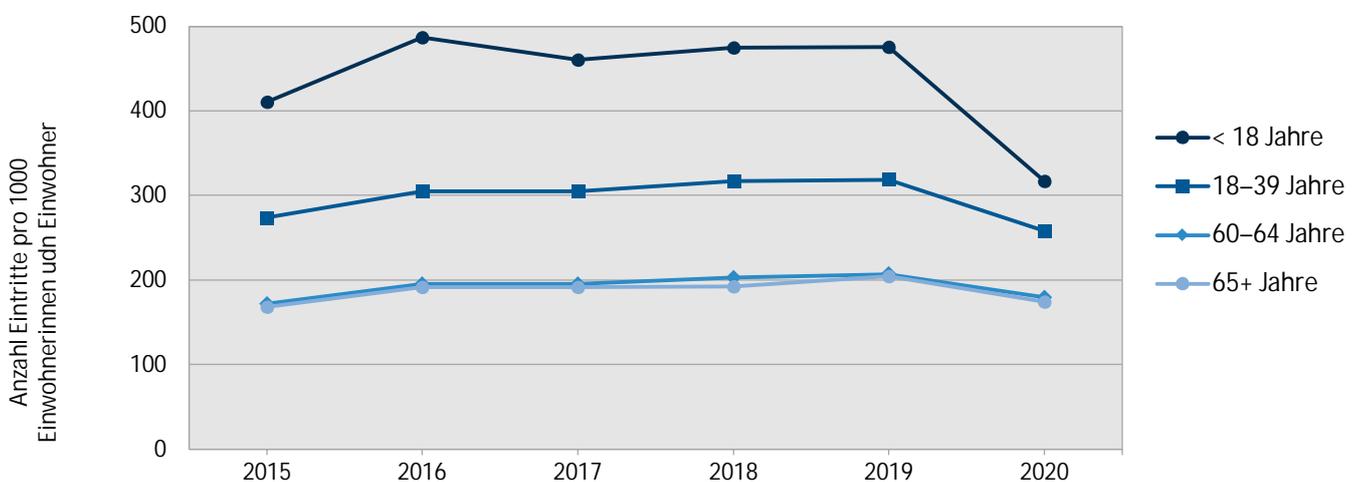


Quellen: BFS – PSA, STATPOP

© Obsan 2023

Anmerkung: Über den gesamten Zeitraum betrachtet dürfte die Rate für die Schweiz aufgrund fehlender Datenlage leicht unterschätzt sein.

G 3.7 Inanspruchnahmerate der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste eines Spitals nach Altersgruppen, Kanton FR, 2015–2020



3.1.3 Versorgungsangebot

Fallzahlen und Patientenstruktur

Die Freiburger Spitalliste für die Akutversorgung umfasst insgesamt 16 Leistungserbringer (Spitalstandorte, T 3.4). Durch den Einbezug des HIB-Standorts Payerne liegt die Hälfte der gelisteten Standorte im Kanton. Die acht ausserkantonalen gelisteten Leistungserbringer befinden sich in den Kantonen Bern (zwei Standorte), Genf (ein Standort), Neuenburg (vier Standorte) und Waadt (ein Standort).

Mit einem Anteil an Freiburger Patientinnen und Patienten von fast immer über 90 % (T 3.4) versorgen die Freiburger Einrichtungen vor allem Patientinnen und Patienten aus dem Kanton, was im Jahr 2019 durch einen Market Share Index von 94,7 % belegt wird (siehe G 3.8 nachfolgend). Der Standort Payerne des HIB bildet hier logischerweise eine Ausnahme mit 40,5 % Freiburger Patientinnen und Patienten. Im Gegensatz dazu machen die Freiburger Patientinnen und Patienten nur einen kleinen Anteil der Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Listenspitälern aus, im Inselspital Bern höchstens 6,5 %.

Der Case Mix Index (CMI)¹⁵ zeigt den durchschnittlichen Schweregrad der von einem Spital abgerechneten Fälle auf und gibt die personellen, zeitlichen und sachlichen Ressourcen wieder, die für die Behandlung jedes einzelnen Falls aufgewendet werden mussten. Der PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level) gibt den patientenbezogenen Komplexitätsgrad der Fälle wieder, der sich aus der Kumulation von Nebendiagnosen ergibt. Anhand der beiden Indikatoren CMI und PCCL kann die durchschnittliche Schwere der behandelten Fälle pro Spital abgeschätzt werden. Während der CMI über den wirtschaftlichen Schweregrad Auskunft gibt, ist der PCCL ein Mass für die Multimorbidität der hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Die höchsten Werte werden am HFR-Standort Meyriez-Murten verzeichnet (PCCL von 1,96 und CMI von 1,45). Dies ist auch der Standort mit den ältesten Patientinnen und Patienten (durchschnittlich 75,5 Jahre). Im Vergleich dazu weisen die Freiburger Patientinnen und Patienten der anderen Standorte des HFR tiefere Schweregrade auf. Der Standort Freiburg zeichnet sich durch jüngere Patientinnen und Patienten (durchschnittlich 49,6 Jahre) aus, während die Standorte Riaz (67,7 Jahre, 82 % im Notfall) und Tavers (71,6 Jahre, 81 %) ältere Patientinnen und Patienten und besonders erhöhte Anteile an Spitalaufenthalten im Notfall aufweisen.

Die Spitalaufenthalte in der Clinique Générale und im Daler-Spital in Freiburg sind meist geplant und betreffen relativ junge Patientinnen und Patienten, die im Durchschnitt einen geringen patientenbezogenen Komplexitätsgrad aufweisen. Ausserdem wird fast ein Viertel der Aufenthalte in der Clinique Générale in der privaten oder halbprivaten Behandlungsklasse verbucht, was den grössten Anteil unter den Freiburger Einrichtungen darstellt.

Wenn Freiburgerinnen und Freiburger in einem ausserkantonalen Listenspital hospitalisiert werden, werden sie hauptsächlich im Inselspital in Bern und im CHUV in Lausanne behandelt. Dabei handelt es sich weniger häufig um Aufenthalte im Notfall, als wenn Freiburger Patientinnen und Patienten innerhalb des eigenen Kantons hospitalisiert werden. Das Durchschnittsalter liegt bei etwas über 50 Jahren und beide Einrichtungen weisen ähnliche durchschnittliche CMI und PCCL auf.

¹⁵ Ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals geteilt durch die Fallzahlen dieses Spitals.

T 3.4 Fallzahlen und Kennzahlen der Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2019

KT	Spital	Fälle	%FR	%FR franzö- sisch- sprachig	%FR deutsch- sprachig	%HP/P	% Notfall	Ø PCCL	Ø CMI	Ø Alter (Jahre)
Listenspitäler mit Standort im Kanton										
FR	Clinique Générale, Freiburg	2 628	90,9%	81,1%	9,8%	24%	1%	0,33	1,13	57,7
	Daler-Spital, Freiburg	6 200	93,3%	79,7%	13,6%	11%	25%	0,25	0,67	46,1
	freiburger spital (HFR), Freiburg	12 993	94,4%	85,1%	9,3%	11%	67%	1,30	1,12	53,4
	freiburger spital (HFR), Meyriez-Murten	799	90,4%	43,8%	46,6%	17%	65%	1,96	1,45	75,5
	freiburger spital (HFR), Riaz	3 238	97,1%	96,6%	0,5%	9%	82%	1,43	0,88	67,7
	freiburger spital (HFR), Tafers	1 975	98,3%	20,0%	78,3%	19%	81%	1,25	1,07	71,6
	Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus), Villars-sur-Glâne	337	89,6%	40,2%	0,4%	0%	38%			31,2
VD	Interkantonales Spital der Broye (HIB), Payerne	5 166	40,5%	77,2%	12,5%	6%	66%	1,11	0,83	53,5
Ausserkantonale Listenspitäler										
BE	Inselspital, Bern	44 213	6,5%	2,3%	4,2%	16%	41%	1,67	1,46	54,9
	Klinik Bethesda, Tschugg	188	4,3%	2,1%	2,1%	12%	10%	0,54	3,99	46,8
GE	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genf	41 444	0,3%	0,3%	0,0%	10%	58%	1,27	1,21	56,0
NE	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	173	0,6%	0,6%	0,0%	8%	49%	3,21	3,27	71,9
	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	4 038	0,1%	0,1%	0,0%	7%	81%	1,68	0,91	68,9
	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	12 582	0,5%	0,4%	0,1%	8%	68%	1,17	0,89	54,7
	Hôpital neuchâtelois (HNE), Val-de-Travers	35	0,0%	0,0%	0,0%	0%	100%	0,43	0,32	57,9
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	38 002	3,3%	3,2%	0,1%	9%	50%	1,41	1,44	53,9

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten; HP/P = Anteil der Fälle in der Behandlungsklasse Halbprivat oder Privat an allen Fällen des Spitals; %Notfall = Anteil der Eintritte im Notfall nach der Variable Eintrittsart der MS an allen Fällen des Spitals; PCCL = patientenbezogener Komplexitätsgrad (Patient Complication and Comorbidity Level); CMI = Case Mix Index (netto); für die Berechnung des Durchschnittsalters wurden gesunde Neugeborene anhand der DRG-Codes P66D und P67D identifiziert (vgl. BAG 2021, S. 13) und ausgeschlossen.

Quellen: BFS – MS, KS, Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)
© Obsan 2023

Insgesamt ist die Anzahl der Spitalaufenthalte in den Spitälern des Kantons Freiburg, die gemäss der Freiburger Spitalliste gelistet sind, zwischen 2015 und 2019 um 6 % gestiegen (T 3.5). Die Zusammensetzung des Angebots innerhalb des Kantons Freiburg hat sich in diesem Zeitraum leicht verändert, insbesondere durch die Stärkung des HFR-Standortes Freiburg (+1889 Fälle, +17 %) und gleichzeitig durch eine Abnahme der Fallzahlen an den Standorten der Clinique Générale (-330 Fälle, -11 %) und des Daler-Spitals (-425, -6 %), beide ebenfalls in Freiburg.

In den übrigen Kantonsgebieten ist eine Zunahme der Spitalfälle in der Akutversorgung, die am Standort Meyriez-Murten (HFR) behandelt werden, festzustellen (+697 Fälle), während die Aktivität an den Standorten Riaz (+25) und Payerne (+89) relativ stabil ist und am Standort Tafers (-162) abgenommen hat.

T 3.5 Fallzahlen der Listenspitäler mit Standort im Kanton FR gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2015–2019

KT	Spital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	Clinique Générale, Freiburg	2'958	2'999	2'940	2'772	2'628		-330	-11%
	Spital Daler, Fribourg	6'625	6'846	6'564	6'502	6'200		-425	-6%
	freiburger spital (HFR), Fribourg	11'104	10'844	11'281	12'741	12'993		+1'889	+17%
	freiburger spital (HFR), Meyriez-Morat	102	554	1'108	999	799		+697	+683%
	freiburger spital (HFR), Riaz	3'213	3'472	3'654	3'582	3'238		+25	+1%
	freiburger spital (HFR), Tafers	2'137	1'986	1'809	1'988	1'975		-162	-8%
	Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus), Villars-sur-Glâne	214	275	268	347	337		+123	+57%
VD	Interkantoniales Spital der Broye (HIB), Payerne	5'077	4'876	5'011	5'215	5'166		+89	+2%
Total		31'430	31'852	32'635	34'146	33'336		+1'906	+6%

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021) © Obsan 2023

Marktanteile der Spitäler

Die Tabellen T 3.6 und T 3.7 zeigen für jeden Leistungsbereich (SPLB) die Aufteilung der Marktanteile zwischen den Leistungserbringern für alle im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten der Akutsomatik. Zunächst werden die Spitäler nach ihrem Status (A, B oder D) zusammengeführt, der einerseits dadurch definiert wird, ob sie auf der Spitalliste des Kantons Freiburg gelistet sind oder nicht, und andererseits dadurch, ob sie sich im Kanton Freiburg befinden oder nicht. Ein Spital muss über einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe verfügen, damit es in die Spitalliste aufgenommen wird. Die vom Kanton Freiburg gelisteten und sich im Kanton befindlichen Spitalstandorte erhalten den Status A, diejenigen, die auf der Spitalliste stehen, aber ausserkantonale Standorte sind, erhalten den Status B. Der Status C betrifft die nicht gelisteten, aber im Kanton ansässigen Leistungserbringer. Einen solchen gibt es im Kanton Freiburg allerdings nicht. Schliesslich erhalten die ausserkantonalen Spitalstandorte, die nicht auf der Liste des Kantons Freiburg aufgeführt sind, den Status D.

Für die meisten SPLB erreichen die Spitäler des Status A einen Mehrheitsmarktanteil. Auf Spitäler des Status B entfallen jedoch mehr als die Hälfte des Marktanteils für die Bereiche Dermatologie (55 % im Jahr 2019), Neurochirurgie (75 %) und Thoraxchirurgie (60 %). Dies gilt auch für die Transplantation solider Organe (91 %), wobei die meisten SPLG der hochspezialisierten Medizin zuzuordnen sind, die von allen Kantonen gemeinsam geplant wird. Einzig im Bereich der Ophthalmologie entfällt der grösste Marktanteil auf Spitäler des Status D (53 % im Jahr 2019). Betrachtet man die SPLB jeweils für sich, so schwankte die Aufteilung des Marktanteils nach Status der Spitäler in den Jahren 2018 und 2019, für alle zusammen ist sie aber insgesamt stabil geblieben, wobei der Marktanteil der Spitäler des Status A weiterhin bei 74 % liegt.

T 3.6 Marktanteile für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach SPLB und Spitalstatus, 2017 und 2019

Hauptbereiche	SPLB	Marktanteile (%)						Veränderungen		
		2017			2019			in Prozentpunkten		
		Status A	Status B	Status D	Status A	Status B	Status D	Status A	Status B	Status D
Grundversorgung	Basispaket	83%	7%	9%	83%	8%	9%	-0,7	+0,9	-0,2
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	50%	37%	13%	36%	55%	9%	-14,5	+18,8	
	Oto-Rhino-Laryngologie	59%	22%	19%	56%	25%	20%	-2,9	+2,4	
	Neurochirurgie	24%	68%	8%	19%	75%	6%		+6,9	
	Neurologie	67%	28%	5%	68%	27%	5%			
	Ophthalmologie	8%	39%	52%	10%	36%	53%			
Innere Organe	Endokrinologie	71%	19%	10%	79%	16%	5%			
	Gastroenterologie	69%	13%	18%	70%	12%	18%			
	Viszeralchirurgie	60%	19%	21%	64%	19%	17%	+3,5		-3,6
	Hämatologie	63%	29%	8%	57%	31%	13%	-6,4		+4,5
	Gefässe	50%	33%	17%	56%	27%	17%	+5,6	-5,9	
	Herz	44%	27%	30%	58%	21%	21%	+14,4	-5,7	-8,7
	Nephrologie	72%	25%	4%	80%	14%	7%	+7,9	-10,7	
	Urologie	78%	8%	14%	76%	10%	15%	-2,9	+1,7	+1,2
	Pneumologie	86%	9%	5%	78%	15%	8%	-8,1	+5,7	+2,4
	Thoraxchirurgie	16%	70%	13%	34%	60%	6%	+17,6		
	Transplantationen solider Organe		100%			91%	9%			
Bewegungsapparat	Orthopädie	61%	6%	33%	60%	6%	34%	-1,1	+0,2	+0,9
	Rheumatologie	75%	12%	13%	71%	21%	8%		+9,1	
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	71%	8%	21%	72%	7%	21%	+1,0	-0,9	
	Geburtshilfe	79%	6%	15%	81%	7%	12%	+1,9	+0,9	-2,8
	Neugeborene	80%	4%	16%	82%	5%	13%	+2,4	+0,6	-3,0
Andere	(Radio-) Onkologie	65%	20%	16%	50%	27%	24%	-15,2	+6,9	+8,3
	Schwere Verletzungen	55%	39%	5%	69%	31%		+13,6		
	Palliative Care	13%	29%	58%	93%	4%	2%	+81,0		-56,3
Total		74%	10%	16%	74%	11%	15%	+0,0	+0,8	-0,9

Anmerkung: SPLB = Leistungsbereich für die Spitalplanung. Status gemäss Spitalliste: A = Listenspitäler in der Analyseregion; B = Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion; D = nicht gelistete Spitäler ausserhalb der Analyseregion. Marktanteil: Anteil der Fälle am Total der Spitalaufenthalte der Patientinnen und Patienten aus dem analysierten Kanton. Die Spalten rechts zeigen die Variation des Deckungsgrades in Prozentpunkten an. Es werden nur relevante Veränderungen angegeben, d. h. Veränderungen des Deckungsgrades, die mindestens 10 Fälle betreffen. Der Bereich Palliative Care, so wie er hier definiert ist, entspricht nicht der Systematik des Zürcher Groupers 2023, sondern einer Definition des Kantons Freiburg.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021) © Obsan 2023

Gemäss den Empfehlungen der GDK gelten die Spitäler des Kantons bei genügendem Angebot für eine bestimmte Leistungsgruppe (SPLG) als relevant für die Bedarfsdeckung der Bevölkerung, wenn sie in Bezug auf diese SPLG Marktanteile von mindestens 5 % der stationären Behandlungen von im Kanton wohnhaften Patientinnen und Patienten haben und mindestens 10 Fälle aus dem Kanton behandelt haben. Ausnahmen sind denkbar, insbe-

sondere, um eine dezentrale Gesundheitsversorgung zu realisieren. Für ausserkantonale Spitäler liegt die Marktanteilsschwelle pro SPLG bei 10 % (und gleichzeitig mindestens 10 Fälle). Die Tabelle T 3.7 sagt nicht aus, ob der Leistungserbringer über einen Leistungsauftrag für die analysierte Leistung verfügt, sondern erlaubt es, einerseits die relative Bedeutung jedes Leistungserbringers zu erfassen und andererseits diejenigen Spitäler zu identifizieren, die über genügend hohe Marktanteile verfügen, um in einem Leistungsbereich oder einer Leistungsgruppe als planungsrelevant zu gelten.

Für die meisten SPLB hat der HFR-Standort Freiburg den grössten Marktanteil (insgesamt 32 % im Jahr 2019). Es sei darauf hingewiesen, dass das Daler-Spital in Freiburg für die drei SPLB, die mit der Gynäkologie und der Geburtshilfe verbunden sind, sowie für die Urologie den grössten Marktanteil hat.

Unter den ausserkantonalen Listenspitälern spielt das Inselspital in Bern eine besonders wichtige Rolle, und zwar nicht nur mit dem grössten Marktanteil für drei SPLB, sondern auch mit einem Marktanteil von mindestens 5 % für 21 der 25 SPLB. Im Vergleich dazu erreicht das CHUV nur für die Transplantation solider Organe den grössten Marktanteil und kann für 14 der 25 SPLB als relevant angesehen werden.

Im Bereich der Ophthalmologie weisen nicht gelistete ausserkantonale Leistungserbringer einen Marktanteil von 53 % auf. Es ist zu erwähnen, dass das Waadtländer Ophthalmologie-Spital Jules Gonin 2019 in vier der sechs Leistungsgruppen Marktanteile zwischen 13 und 35 % hält und rund 30 Freiburger Patientinnen und Patienten, davon 91 % aus der französischsprachigen Region, behandelt, sowie dass das Lindenhofspital im Kanton Bern in drei Leistungsgruppen Marktanteile zwischen 13 und 28 % hält und ebenfalls rund 30 Freiburger Patientinnen und Patienten behandelt, von denen 79 % aus der (nicht abgebildeten) deutschsprachigen Region stammen.

Um den Zusammenhang mit dem nachfolgenden Abschnitt über den Deckungsgrad der Spitalliste herzustellen, ist noch anzumerken, dass der Marktanteil der Spitäler für die Freiburger Fälle unabhängig davon berechnet wird, ob das Spital einen Leistungsauftrag für eine spezifische Leistung erhalten hat oder nicht. Die Kategorie «andere Spitäler» in Tabelle T 3.7 umfasst Einrichtungen, die in keiner SPLG Leistungsaufträge erhalten haben. Je höher ihr Marktanteil ist, desto tiefer ist der Deckungsgrad. Der Deckungsgrad einiger SPLG kann aber auch trotz eines geringen Marktanteils dieser Kategorie «andere Spitäler» niedrig sein, wenn die Spitäler der beiden anderen Kategorien «Listenspitäler (inner- oder ausserkantonale)», die für die gleichen SPLG keinen Leistungsauftrag erhalten hätten, einen hohen Marktanteil aufweisen. Die der Kategorie der Listenspitäler zugeordneten Einrichtungen erhalten nämlich nicht für alle Leistungen einen Leistungsauftrag, sondern nur für ausgewählte Leistungen.

T 3.7 Marktanteile nach SPLB und Spital, 2019

Hauptbereiche	SPLB	Listenspitäler in der Analyseregion								Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion						Andere	Fälle FR	
		Clinique Générale, Freiburg	Daler-Spital, Freiburg	freiburger spital (HFR), Freiburg	freiburger spital (HFR), Meyriez-Murten	freiburger spital (HFR), Riaz	freiburger spital (HFR), Tafers	Interkantonales Spital der Broye (HIB), Payerne	Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus), Villars-sur-Glâne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Inselspital, Bern	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genf	Klinik Bethesda, Tschugg	Andere Spitäler	Total
Grundversorgung	Basispaket	2 %	6 %	35 %	4 %	17 %	11 %	8 %	0 %	2 %	6 %		0 %	0 %	0 %		9 %	14 297
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	1 %		23 %	1 %	5 %	4 %	2 %		13 %	41 %				1 %		9 %	121
	Oto-Rhino-Laryngologie	12 %	10 %	28 %	0 %	1 %		4 %		5 %	18 %			0 %	1 %		20 %	754
	Neurochirurgie	0 %	0 %	16 %		0 %	1 %	0 %		18 %	54 %				2 %		6 %	202
	Neurologie			46 %	4 %	7 %	5 %	5 %		5 %	20 %		0 %	0 %	1 %	1 %	5 %	1 016
	Ophthalmologie	2 %		7 %	1 %		1 %				34 %				2 %		53 %	174
Innere Organe	Endokrinologie	1 %	1 %	36 %	4 %	18 %	15 %	5 %		3 %	13 %				1 %		5 %	191
	Gastroenterologie	0 %	1 %	43 %	2 %	11 %	8 %	5 %		5 %	7 %			0 %	0 %		18 %	824
	Viszeralchirurgie	2 %	19 %	33 %	0 %	2 %	2 %	6 %		7 %	11 %			0 %	1 %		17 %	853
	Hämatologie	1 %	1 %	37 %	3 %	6 %	6 %	3 %		7 %	21 %				3 %		13 %	485
	Gefässe		5 %	46 %		2 %	2 %	1 %		8 %	18 %			0 %	0 %		17 %	569
	Herz		0 %	53 %	0 %	2 %	2 %	1 %		8 %	13 %				0 %		21 %	2 035
	Nephrologie			49 %	2 %	18 %	1 %	10 %		4 %	10 %						7 %	122
	Urologie	1 %	55 %	10 %	0 %	7 %	0 %	2 %		2 %	7 %			0 %	1 %		15 %	1 710
	Pneumologie	0 %	0 %	52 %	2 %	11 %	6 %	7 %		5 %	8 %			0 %	1 %		8 %	746
	Thoraxchirurgie			33 %		1 %					12 %	45 %			3 %		6 %	135

Hauptbereiche	SPLB	Listenspitäler in der Analyseregion								Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion						Andere	Fälle FR	
		Clinique Générale, Freiburg	Daler-Spital, Freiburg	freiburger spital (HFR), Freiburg	freiburger spital (HFR), Meyriez-Murten	freiburger spital (HFR), Riaz	freiburger spital (HFR), Tafers	Interkantonales Spital der Broye (HIB), Payerne	Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus), Villars-sur-Glâne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Inselspital, Bern	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genf	Klinik Bethesda, Tschugg	Andere Spitäler	Total
	Transplantationen solider Organe									50 %	18 %				23 %		9 %	22
Bewegungsapparat	Orthopädie	36 %	2 %	15 %	0 %	4 %	2 %	2 %		2 %	3 %						34 %	4 982
	Rheumatologie			45 %	4 %	13 %	8 %	2 %		2 %	19 %						8 %	110
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologie	8 %	47 %	14 %		1 %	0 %	3 %		2 %	4 %			0 %	0 %		21 %	1 358
	Geburtshilfe		40 %	31 %	0 %	0 %	0 %	6 %	4 %	2 %	5 %			0 %	0 %		12 %	3 935
	Neugeborene		43 %	31 %				6 %	3 %	2 %	3 %			0 %	0 %		13 %	3 421
Andere	(Radio-) Onkologie			43 %	1 %	3 %	3 %	0 %		11 %	16 %						24 %	309
	Schwere Verletzungen			44 %	3 %	12 %	5 %	5 %		10 %	21 %						0 %	100
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)		0 %	65 %	27 %	0 %	0 %			0 %	4 %	0 %					2 %	291
Total		6 %	15 %	32 %	2 %	8 %	5 %	5 %	1 %	3 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	15 %	38 762

Anmerkung: Der Marktanteil entspricht dem Anteil der von einem Spital behandelten Fälle und bezieht sich auf alle Spitalaufenthalte von im Kanton FR wohnhaften Patientinnen und Patienten für den betreffenden SPLB. Die Tabelle zeigt nicht genau, für welche Leistung(en) die Listenspitäler einen Leistungsauftrag haben. Der Bereich Palliative Care, so wie er hier definiert ist, entspricht nicht der Systematik des Zürcher Groupers 2023, sondern einer Definition des Kantons Freiburg.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Deckungsgrad der Spitalliste

Während sich anhand der Analyse der Marktanteile der relative Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Freiburg in jeder Einrichtung ermitteln lässt, gibt der Deckungsgrad den Anteil der Patientinnen und Patienten an, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons für die betreffende Leistung verfügt. Gemäss den Empfehlungen der GDK ist eine Spitalplanung nur dann bedarfsgerecht, wenn für jede Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben wird. Da eine Bedarfsdeckung von 100 % nicht realistisch ist, sollten die Leistungsaufträge der Spitalliste 80 % der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung in jeder Leistungsgruppe erreichen (oder 70 % für Kantone mit weniger als 300 000 Einwohnern). Kantone, die diesen Schwellenwert nicht erreichen, haben die Gründe dafür anzugeben.

Vor der Analyse der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Freiburger Spitalliste, auf der die Deckungsgrade basieren, vom 01.01.2017 datiert. Das hier verwendete SPLG-Konzept 2023 wurde im Hinblick auf die neue Planung weiterentwickelt, mit neuen Gruppen und Umverteilungen zwischen den Gruppen innerhalb der Leistungsbereiche oder nur marginal zwischen den Leistungsbereichen. Diese Gruppen entsprechen somit nicht genau der Spitalliste des Kantons Freiburg, die zum Zeitpunkt der Berechnungen in Kraft war. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, wird sich der Kanton Freiburg auf die neue Liste stützen und ein besonderes Augenmerk auf die SPLG legen, deren Deckungsgrad gegenwärtig unter 80 % liegt, wobei sich die tieferen Deckungsgrade unter anderem durch die Änderungen der Definition erklären lassen.

Insgesamt beträgt der Deckungsgrad der Spitalliste 2019 75 %, unter Ausschluss der SPLG mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR¹⁶, der SPLG nach der IVHSM¹⁷ und der SPLG, die zum Zeitpunkt der Erstellung der Spitalliste noch nicht existierten¹⁸ (T 3.8). Von diesen 47 berücksichtigten SPLG liegt der Deckungsgrad für nur sieben Leistungsgruppen, darunter das Basispaket, bei mindestens 80 %. In der Palliative Care beträgt der Deckungsgrad der Spitalliste 93 %. Neben der Änderung der Definition der Spitallistengruppen weist der Kanton Freiburg die Besonderheit auf, zweisprachig zu sein, und es besteht ein grosser Unterschied zwischen den Deckungsgraden der französischsprachigen und der deutschsprachigen Region, da sich die Bevölkerung der deutschsprachigen Region sehr oft in Einrichtungen im Kanton Bern begibt, die über keinen Leistungsauftrag für die in Anspruch genommenen Leistungen verfügen. Dieses Verhalten lässt sich mit individuellen Präferenzen und/oder einem mangelnden verfügbaren Angebot erklären. Gehen Patientinnen und Patienten in Spitäler ohne Leistungsauftrag, obwohl Spitäler (inner- oder ausserkantonale) für die betreffende Leistungsgruppe einen Leistungsauftrag erhalten haben, ist davon auszugehen, dass dies nicht wegen einem mangelnden verfügbaren Angebot geschieht, sondern dass die Wahl des Patienten oder der Patientin von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird (insbesondere sprachliche Präferenzen, Vorhandensein einer Zusatzversicherung, die eine allfällige Kostendifferenz für die Patientin oder den Patienten übernimmt, Referenztarif der Spitäler des Kantons: ist er hoch, so ist es für die Patientinnen und Patienten nicht unbedingt nachteilig, sich auch ohne Zusatzversicherung ausserkantonale behandeln zu lassen). Auch wenn das Angebot verfügbar ist, ist an Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG zu erinnern, wonach die Kantone private Einrichtungen angemessen in die Planung einzubeziehen haben.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Kanton Freiburg mit einer Bevölkerung von rund 320 000 Personen im Jahr 2019 nicht weit von der niedrigeren Empfehlung der GDK (Abdeckung von mindestens 70 % der stationären Behandlungen in Kantonen mit weniger als 300 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) entfernt ist, was die Berechnung des Deckungsgrades relativiert.

¹⁶ Der Deckungsgrad einer SPLG mit wenigen Fällen wird eher vom Zufall bestimmt. Für ein Jahr kann es +/- Fälle geben, die in einem Spital ausserhalb des Leistungsauftrags behandelt werden

¹⁷ Die SPLG nach IVHSM werden separat geplant (siehe Kasten 2)

¹⁸ Für nicht existierende SPLG konnten keine Leistungsaufträge erteilt werden. Die Berechnung des Deckungsgrades ist daher nicht relevant.

T 3.8 Deckungsgrad der Spitalliste des Kantons FR, nach SPLG, 2019

Leistungsbereich	SPLG	Fälle FR	Deckungsgrad	Leistungsbereich	SPLG	Fälle FR	Deckungsgrad
Basispaket	BP	14 297	82 %	Pneumologie	PNE1	603	80 %
Dermatologie	DER1	58	47 %		PNE2	92	93 %
Oto-Rhino-Laryngologie	HNO1	260	59 %	Thoraxchirurgie	THO1.1	61	10 %
	HNO1.1	86	35 %	Orthopädie	BEW1	807	67 %
	HNO1.2	163	51 %		BEW2	350	68 %
	HNO2	167	71 %		BEW3	200	63 %
Neurochirurgie	NCH1	134	75 %		BEW5	430	67 %
Neurologie	NEU1	186	77 %		BEW6	464	56 %
	NEU3	669	75 %		BEW7	124	52 %
Ophthalmologie	AUG1.5	86	7 %		BEW8	752	44 %
Endokrinologie	END1	191	78 %		BEW8.1	192	28 %
Gastroenterologie	GAE1	585	71 %	Rheumatologie	RHE1	88	70 %
	GAE1.1	239	67 %	Gynäkologie	GYN1	1 031	73 %
Viszeralchirurgie	VIS1	583	63 %		GYN2	284	73 %
	VIS1.4	180	71 %	Geburtshilfe	GEB1	3 891	77 %
Hämatologie	HAE1	89	49 %	Neugeborene	NEO1	3 230	79 %
	HAE2	287	65 %		NEO1.1	150	88 %
	HAE3	56	48 %	(Radio-) Onkologie	ONK1	144	33 %
Gefässe	GEF1	265	40 %		RAO1	118	71 %
	RAD1	72	61 %	Schwere Verletzungen	UNF1.1	68	97 %
Herz	HER1.1.1	106	42 %	Palliative Care		291	93 %
	HER1.1.4	66	42 %	Zwischentotal		34 179	75 %
	KAR1	234	75 %				
Nephrologie	NEP1	122	80 %				
Urologie	URO1	1 357	78 %				
	URO1.1	185	77 %				
	URO1.1.1	86	51 %				

Anmerkung: Der Deckungsgrad entspricht dem Anteil der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, die in einem Spital behandelt werden, das über einen kantonalen Leistungsauftrag für die betreffende SPLG verfügt. SPLG mit einem Deckungsgrad von weniger als 80 % werden hervorgehoben. SPLG mit weniger als 50 Spitalaufhalten von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR werden nicht erwähnt, ebenso SPLG, die der IVHSM unterstehen. SPLG, die zum Zeitpunkt der Erstellung der Spitalliste noch nicht existierten, sind ebenfalls von der Analyse ausgeschlossen. Das Zwischentotal wird nur auf der Grundlage der abgebildeten SPLG berechnet. Der Bereich Palliative Care, so wie er hier definiert ist, entspricht nicht der Systematik des Zürcher Groupers 2023, sondern einer Definition des Kantons Freiburg.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021) © Obsan 2023

Mindestfallzahlen

Gemäss Artikel 58d Absatz 4 KVV beachten die Kantone bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität insbesondere die Mindestfallzahlen der Hospitalisierungen. Diese Mindestfallzahlen dienen als Indikator für die Begutachtung der Spitäler und stellen keine Auflage für die zu behandelnde Anzahl Fälle dar (GDK 2022a). Eine tiefere Anzahl Fälle stellt somit keinen Sanktionsgrund dar, sondern kann zu einer Neuevaluation führen. Gemäss

GDK sollen die für die Mindestfallzahlen definierten Anforderungen gesamtschweizerisch möglichst einheitlich umgesetzt werden – die Kantone können aber Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen.

Im Rahmen ihrer Spitalplanung hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) im Jahr 2012 zum ersten Mal die zu erreichenden Mindestfallzahlen (MFZ) für eine Auswahl von SPLG festgelegt (siehe GDZH 2011). Diese Auswahl wurde in der Folge von den anderen Kantonen weitgehend übernommen. Die Mindestfallzahlen wurden anschliessend aufgrund von wissenschaftlichen Studien oder Erfahrungen aus dem Ausland nach oben oder unten revidiert. Eine Analyse der GDZH zeigt einen positiven Effekt der MFZ auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (GDZH 2016). Da zusätzliche Studien zeigen, dass die Versorgungsqualität weiter verbessert werden kann, indem nicht Mindestfallzahlen pro Spital, sondern pro Operateur betrachtet werden, hat die GDZH in ihrer Version 2019 für eine Auswahl von SPLG eine Mindestfallzahl pro Operateur hinzugefügt (GDZH 2017).

Die Tabelle T 3.9 zeigt die Mindestfallzahlen für die 29 von der GDZH definierten SPLG (Version akut-spl23-10.99.52). Diese Zahlen liegen je nach Leistungsgruppe zwischen 10 und 500. In dieser Tabelle sind Einrichtungen mit niedrigeren Fallzahlen als den von der GDZH definierten Mindestfallzahlen orange markiert, wenn sie über einen Leistungsauftrag verfügen, und grau markiert, wenn sie über keinen Leistungsauftrag verfügen.

Im Jahr 2019 erreicht der HFR-Standort Freiburg für 13 SPLG, für die Fälle registriert sind, darunter 6, für die er über einen Leistungsauftrag verfügt, die MFZ nicht.

Bei der Interpretation sind jedoch verschiedene Aspekte zu berücksichtigen:

- Als Referenz dienen die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich definierten MFZ. Diese entsprechen nicht notwendigerweise den MFZ, die im Kanton Freiburg für die Erteilung von Leistungsaufträgen als Referenz dienen könnten.
- Die Leistungsaufträge sind nicht immer an einzelne Standorte gebunden. Je nach Kanton werden die Leistungsaufträge für Einrichtungen mit mehreren Standorten der gesamten Einrichtung erteilt. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn Operationsteams an mehreren Standorten tätig sind. Die Anzahl Fälle an einem Standort kann dann nicht die effektive Fachkompetenz wiedergeben. Es ist daher möglich, dass es an einigen Standorten nur wenige Fälle gibt, während die Fallzahlen auf der Ebene der Einrichtungen deutlich höher sind.
- Bei SPLG mit wenigen Fällen können die jährlichen Fallzahlen schwankend ausfallen. Um diesem Problem zu begegnen, berücksichtigen einige Kantone bei der Beurteilung der MFZ die durchschnittlichen Fallzahlen über zwei Jahre.
- Bei Standorten, die nur wenige Fälle aufweisen, ist zu beachten, dass der Standort des Spitalaustritts für die Fallzuteilung massgebend ist. Dies ist nicht notwendigerweise der Ort, an dem alle Eingriffe während des Spitalaufenthalts durchgeführt wurden.
- Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag für eine bestimmte SPLG können die entsprechenden Leistungen dennoch anbieten. In diesem Fall erbringen die Spitäler diese Leistungen als Vertragsspital, d. h. die Kantone beteiligen sich nicht an der Finanzierung der Behandlungskosten. Es ist daher möglich, dass in der Tabelle T 3.9 auch Fälle aus Spitälern einbezogen sind, die über keinen Leistungsauftrag für diese SPLG verfügen.

T 3.9 Anzahl Fälle für die SPLG mit Mindestfallzahlen (MFZ), nach Spital, 2019

Leistungsgruppen		MFZ GDZH	Listenspitäler in der Analyseregion							Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion						
SPLG	Beschreibung		Clinique Générale, Freiburg	Daler-Spital, Freiburg	freiburger spital (HFR), Freiburg	freiburger spital (HFR), Meyriez-Murten	freiburger spital (HFR), Riaz	freiburger spital (HFR), Tafers	Interkantonales Spital der Broye (HIB), Payerne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Inselspital, Bern	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtales	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genf	Klinik Bethesda, Tschugg
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10			1					55	151			1	52	
BEW10	Plexuschirurgie	10	3	5	3					18	43				26	
BEW7.1	Erstprothese Hüfte	50	365		104	2	51	32	53	296	135		6	48	415	
BEW7.2	Erstprothese Knie	50	400		34		10	13	64	234	49		1	9	238	
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	100	144		110		1			406	563			80	453	
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	20	24		42					131	303			46	174	
BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	15	2		7					38	112			2	52	
BEW9	Maligne Knochentumore und Weichteilsarkome	10			1					10	15				5	
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10			4					95	154		3	2	40	
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10		34	122		8	6	2	782	1246		2	101	380	
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10			36					62	99			17	40	
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	20			28			1		143	192			20	38	
GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	100	63	135	32				13	230	153		124	1	252	
GYNT	Gynäkologische Tumore	20	2	9	14			1	9	84	167			21	90	
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10			16					133	113				120	
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10								80	192					
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100								191	470				114	
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10								44	27				67	
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	10	1	75	44				12	77	223		7	75	320	

Leistungsgruppen		MFZ GDZH	Listenspitäler in der Analyseregion							Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion						
SPLG	Beschreibung		Clinique Générale, Freiburg	Daler-Spital, Freiburg	Freiburger Spital (HFR), Freiburg	Freiburger Spital (HFR), Meyriez-Murten	Freiburger Spital (HFR), Riaz	Freiburger Spital (HFR), Tafers	Interkantoniales Spital der Broye (HIB), Payerne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Inselspital, Bern	Hôpital neuchatelais (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchatelais (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchatelais (HNE), Pourtales	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genf	Klinik Bethesda, Tschugg
KAR1	Kardiologie und Devices	50		1	242	2	8	6	23	447	811		24	78	514	
KAR2	Elektrophysiologie und CRT	100			56		2	1		349	1042		1	16	297	
KAR3	Interventionelle Kardiologie, Koronareingriffe	500			997	6	40	31	26	1608	3841		6	19	1607	
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie, strukturelle Eingriffe	75			11					275	716				182	
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10	1	1	5					30	81				11	
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10								24	145			3	70	187
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10								5	6	1		1	132	
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	30			9					163	146		1	27	57	
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10		48						9	64			32	82	
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	10		21	4					6	40			4	27	

Legende: = Fälle < MFZ & Spital verfügt über einen Leistungsauftrag
 = Fälle < MFZ & Spital verfügt über keinen Leistungsauftrag
 = Fälle ≥ MFZ

Anmerkung: Es werden nur diejenigen SPLG abgebildet, für die im jeweiligen Datenjahr nach der geltenden SPLG-Systematik Mindestfallzahlen definiert wurden. Ebenso beschränkt sich die Abbildung auf Spitaler bzw. Spitalstandorte, die gemäss der Spitalliste des Kantons FR über einen Leistungsauftrag verfügen und Leistungen im Rahmen der jeweiligen SPLG erbringen. Die Fallzahlen umfassen hier alle Fälle und nicht nur diejenigen aus der obligatorischen Krankenversicherung (OKP).

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Anzahl Betten

Schliesslich wird die Analyse des Versorgungsangebots durch die Entwicklung der Anzahl Betten der Akutversorgung in den Spitälern des Kantons Freiburg vervollständigt. Zwischen 2015 und 2019 ist eine Zunahme der Bettenzahlen um insgesamt 6 % bzw. 29 Betten zu beobachten. Das HFR bietet die meisten Betten an (424 im Jahr 2019), wobei die Zunahme hauptsächlich auf diese Einrichtung zurückzuführen ist (+22 Betten).

T 3.10 Anzahl Betten pro Spital im Kanton FR, 2015–2019

Spital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
Spital Jules Daler	58	58	58	58	58		-0	-0%
HFR - freiburger spital	402	399	410	427	424		+22	+5%
SMN-Clinique Générale-Ste-Anne	53	53	53	60	60		+7	+14%
Interkantonales Spital der Broye (HIB)	41	42	42	42	41		+1	+2%
Total Kanton	553	552	563	587	583		+30	+5%

Anmerkung: Einrichtung bezieht sich auf die gemäss KS erfasste BUR-Nr. Die Bettenzahl entspricht der Anzahl der Bettenbetriebstage (= Tage, an denen ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht) im Bereich Rehabilitation gemäss KS geteilt durch 365. Für das Interkantonales Spital der Broye (HIB) werden hier gemäss Verteilschlüssel nur 40 % der Betten berücksichtigt.

Quelle: BFS – KS

© Obsan 2023

3.1.4 Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme ist ein wichtiger Aspekt der Spitalplanung, da sie die Koordination zwischen den Kantonen betrifft. In der Tabelle T 3.11 sind verschiedene Indikatoren aufgeführt, mit denen sich die Wechselbeziehungen zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen. Für den im Kanton Waadt gelegenen Standort Payerne des Interkantonalen Spitals der Broye wird die Situation wie folgt behandelt: Die Freiburger Einwohnerinnen und Einwohner, die sich dort behandeln lassen, gelten nicht als Abfluss, und für diesen interkantonalen Standort im Kanton Waadt werden keine anderen Patientenströme (Zustrom oder Abfluss) berücksichtigt.

T 3.11 Indikatoren Patientenströme

Indikator	Beschreibung	Formel
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons.	
Zustrom %	Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb des Kantons kommenden Patientinnen und Patienten an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons.	$FE_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $Z_k = \text{Zuwanderung in den Kanton } k$ $H_k = \text{Hospitalisierungen im Kanton } k$
Market Share Index (MSI) %	Der Market Share Index zeigt, wie viele der im Kanton hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton ab, die in einem Spital mit Standort innerhalb des Kantons behandelt werden.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - FE_k$ $Z_k = \text{Zuwanderung in den Kanton } k$ $H_k = \text{Hospitalisierungen im Kanton } k$
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz innerhalb des Kantons.	
Abfluss %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb des Kantons hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton.	$FS_k = \frac{A_k}{P_k}$ $A_k = \text{Abwanderung aus dem Kanton } k$ $P_k = \text{Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton } k$
Lokalisationsindex (LI) %	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bezeichnet den Anteil der im Kanton wohnhaften Patientinnen und Patienten, die im Kanton hospitalisiert werden. Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung in der eigenen Wohnregion hospitalisiert wird und somit im Kanton «bleibt».	$IL_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - FS_k$ $A_k = \text{Abwanderung aus dem Kanton } k$ $P_k = \text{Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton } k$
Nettowanderung	Die Nettowanderung – nach Huber (2015) auch Absolut-Saldo genannt – zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert bedeutet, dass (absolut gesehen) mehr Zustrom in den Kanton, als Abfluss aus dem Kanton erfolgt, während ein negativer Wert bedeutet, dass mehr Abfluss als Zustrom erfolgt.	$Nettowanderung_k = Z_k - A_k$ $Z_k = \text{Zuwanderung in den Kanton } k$ $A_k = \text{Abwanderung aus dem Kanton } k$
Exportindex (EI)	Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung. Ein Wert >1 bedeutet, dass netto Fälle «exportiert» werden. Ein Wert <1 hingegen bedeutet, dass netto Fälle «importiert» werden. Im Vergleich zum Nettofluss ermöglicht der Exportindex einen Vergleich der Flussbilanz zwischen Kantonen mit sehr unterschiedlichen Flussintensitäten.	$EI_k = \frac{A_k}{Z_k}$ $A_k = \text{Abwanderung aus dem Kanton } k$ $Z_k = \text{Zuwanderung in den Kanton } k$

Quellen: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2023

Im Allgemeinen behandeln die Freiburger Einrichtungen hauptsächlich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton (Market Share Index von 94,7 % im Jahr 2019). Fast drei Viertel der Freiburger Patientinnen und Patienten lassen sich in einem Spital des Kantons hospitalisieren (Lokalisationsindex von 73,9 % G 3.8).

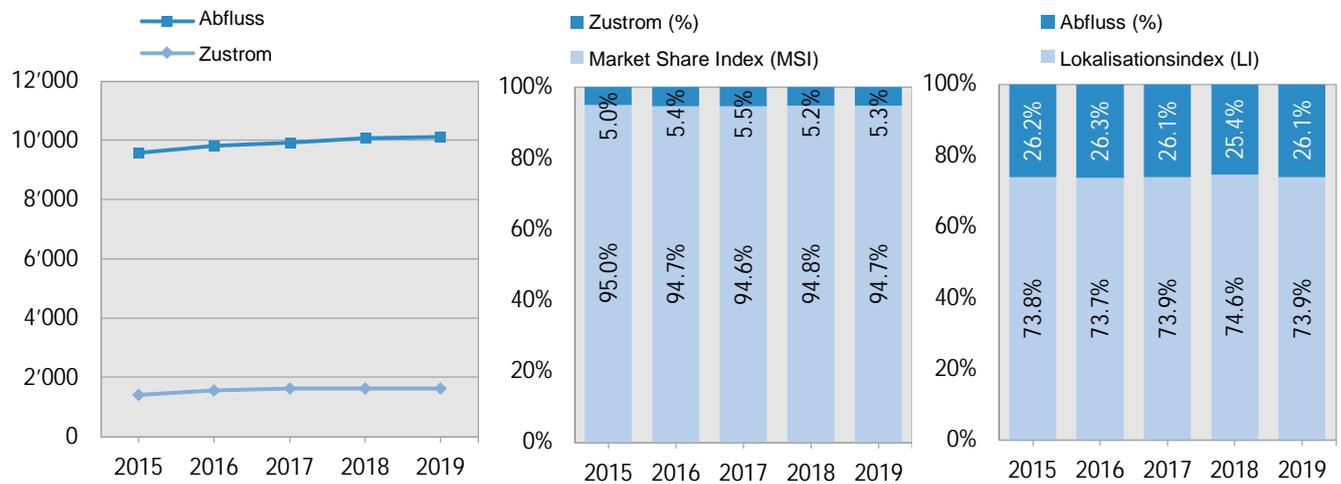
So verzeichnet der Kanton Freiburg im Jahr 2019 rund 1600 Zuwanderungen und rund 10 100 Abwanderungen. Relativ gesehen macht der Zustrom 5,3 % der innerkantonalen Spitalaufenthalte aus, während der Abfluss 26,1 % der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton betrifft. Folglich ist die Nettowanderung negativ (-8498) und das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung (EI) beträgt 6,25.

Diese Indikatoren haben sich im Laufe der Zeit kaum verändert. Der Zustrom ist gegenüber 2015 leicht angestiegen (5,0 %), während der Abfluss bereits bei 26,2 % lag. Daraus ergibt sich ein leicht rückläufiger Trend beim Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung (EI) (6,81 im Jahr 2015).

Im interkantonalen Vergleich liegt Freiburg hinter Jura, Uri und Appenzell Innerrhoden auf Platz 4 der Kantone mit den höchsten Verhältnissen zwischen Abwanderung und Zuwanderung (EI) (G 3.9).

G 3.8 Indikatoren Patientenströme, Kanton FR, 2015–2019

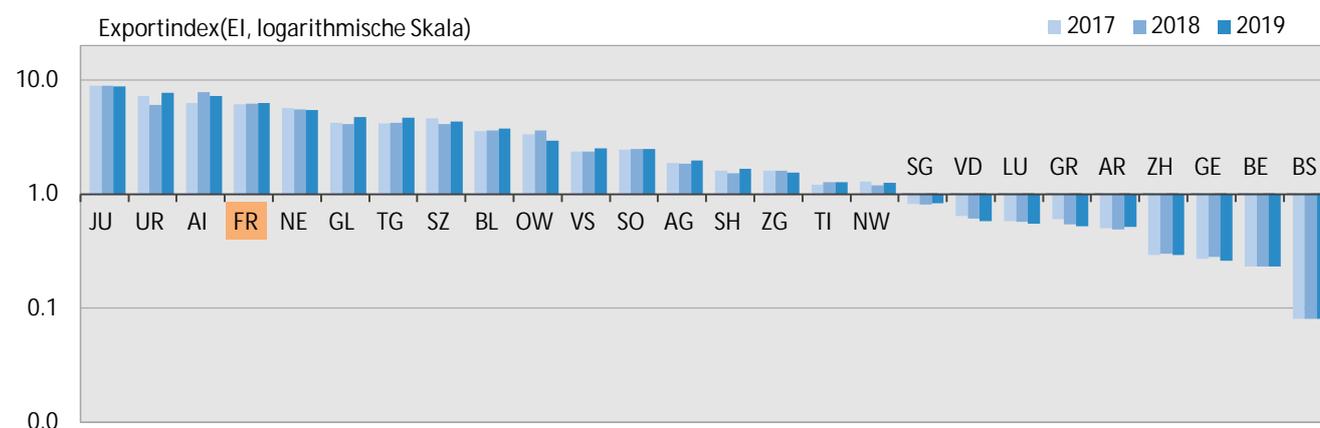
	Indikator	2015	2016	2017	2018	2019
Import	Zustrom (n)	1 408	1 552	1 617	1 626	1 619
	Zustrom (%)	5,0 %	5,4 %	5,5 %	5,2 %	5,3 %
Export	Abfluss (n)	9 583	9 810	9 920	10 060	10 117
	Abfluss (%)	26,2 %	26,3 %	26,1 %	25,4 %	26,1 %
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI)	73,8 %	73,7 %	73,9 %	74,6 %	73,9 %
	Market Share Index (MSI), %	95,0 %	94,7 %	94,6 %	94,8 %	94,7 %
	Nettowanderung	-8 175	-8 258	-8 303	-8 434	-8 498
	Exportindex (EI)	6,81	6,32	6,13	6,19	6,25



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

G 3.9 Exportindex nach Kanton, 2017–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Zustrom

Im Jahr 2019 entfallen 5,3 % der an Standorten des Kantons Freiburg getätigten Spitalaufenthalte auf ausserkantonale Patientinnen und Patienten (T 3.12). Seit 2015 hat dieser Zustrom um 15 % zugenommen.

Unter den wichtigsten Leistungsbereichen ist der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in den Bereichen Orthopädie (8,0 %), Herz (9,5 %), Gynäkologie (9,9 %) und Hämatologie (9,8 %) besonders hoch. Die Anzahl ausserkantonomer Patientinnen und Patienten ist in diesen verschiedenen Bereichen seit 2015 ausserdem rasch angestiegen. Eine Ausnahme bildet hier der Bereich der Orthopädie mit einem stabilen Zustrom.

In Bereichen wie der Pneumologie (3,2 %) oder der Gastroenterologie (3,3 %) ist der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten hingegen geringer.

Auffällig ist, dass der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in den beiden Bereichen mit den meisten Hospitalisierungen leicht unter dem Durchschnitt liegt: im Basispaket (4,4 % mit stabilem Zustrom) und in der Geburtshilfe (4,2 %, mit steigendem Zustrom).

T 3.12 Zustrom in den Kanton FR nach SPLB, 2015–2019

Hauptbereiche	SPLB	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Inflow 2019
	Basispaket	534	572	569	630	548		3%	4.4%
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	2	3	5	7	3		50%	* *
	Oto-Rhino-Laryngologie	21	29	28	27	18		-14%	4.1%
	Neurochirurgie	.	.	5	2	3		—	*
	Neurologie	41	36	45	37	33		-20%	4.5%
	Ophthalmologie	1	.	1	1	1		0%	* *
Innere Organe	Endokrinologie	5	4	5	4	9		80%	5.7%
	Gastroenterologie	30	26	31	21	20		-33%	3.3%
	Viszeralchirurgie	36	54	48	26	45		25%	7.7%
	Hämatologie	9	8	12	16	30		233%	9.8%
	Gefässe	18	16	19	18	24		33%	7.0%
	Herz	73	65	64	110	124		70%	9.5%
	Nephrologie	2	2	1	2	3		50%	3.0%
	Urologie	73	94	82	105	80		10%	5.8%
	Pneumologie	15	27	31	11	19		27%	3.2%
	Thoraxchirurgie	.	1	5	6	7		—	13.2%
Bewegungsapparat	Orthopädie	262	290	270	227	260		-1%	8.0%
	Rheumatologie	3	3	6	6	3		0%	3.7%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	76	107	110	104	108		42%	9.9%
	Geburtshilfe	102	100	130	129	138		35%	4.2%
	Neugeborene	77	88	116	107	114		48%	3.9%
Andere	(Radio-)Onkologie	24	22	31	23	9		-63%	5.6%
	Schwere Verletzungen	4	5	3	1	8		100%	10.4%
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	.	.	.	6	12		—	4.2%
Total		1'408	1'552	1'617	1'626	1'619		15%	5.3%

Anmerkung: Der Zustrom beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte ausserkantonaler Patientinnen und Patienten an den Spitalstandorten des Kantons Freiburg. Für die SPLB mit weniger als 50 Spitalaufenthalten in Spitälern des Kantons Freiburg ist der Zustrom in Prozent nicht angegeben (*).

Quellen: BFS – MS, KS

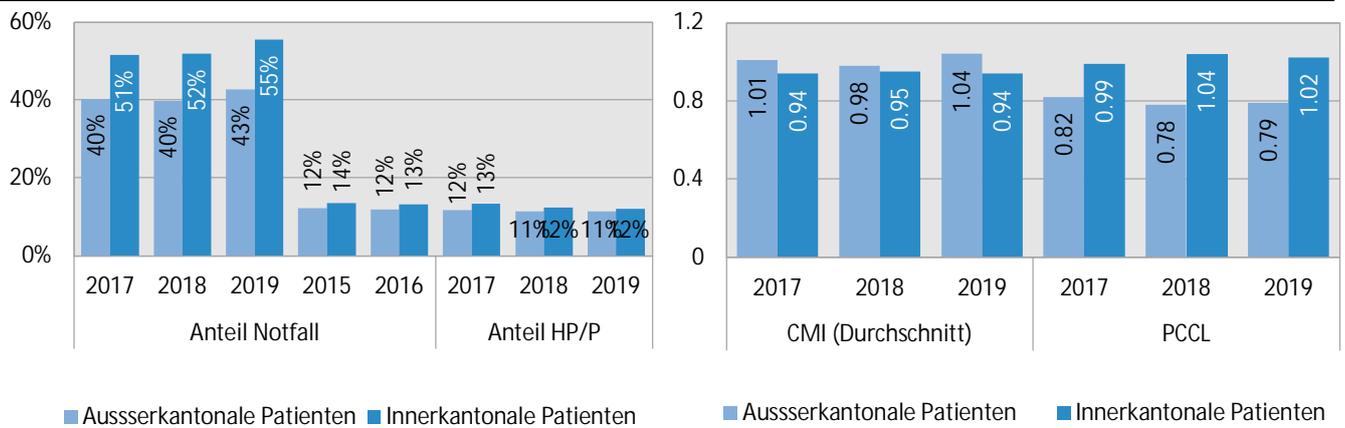
© Obsan 2023

Die Freiburger Patientinnen und Patienten, die sich innerkantonale hospitalisieren lassen, werden häufiger als Notfälle behandelt (55 %) als der Zustrom (43 % G 3.10). Die beiden Patiententypen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Neigung, in der Privat- oder Halbprivatklasse behandelt zu werden (11 % für ausserkantonale Patienten und 12 % für innerkantonale Patienten).

Die ausserkantonalen Patienten, die in einer Freiburger Einrichtung hospitalisiert werden, benötigen im Durchschnitt tendenziell mehr Ressourcen als die innerkantonalen Patienten (durchschnittlicher Brutto-CMI von 1,04 bzw. 0,94 im Jahr 2019), weisen jedoch einen geringeren patientenbezogenen Komplexitätsgrad (PCCL) auf (0,79 bzw. 1,02). Dies ist weder intuitiv noch widersprüchlich, da der Brutto-CMI an die DRG der Patientinnen und Patienten gebunden ist, während die PCCL für jede Patientin und jeden Patienten berechnet werden. Dies bedeutet, dass eine Patientengruppe durchschnittlich weniger Komorbiditäten und Komplikationen aufweisen, aber in relativ teuren DRG zusammengeführt werden kann.

Diese Merkmale sind im Zeitverlauf relativ stabil.

G 3.10 Struktur der im Kanton FR hospitalisierten Patientinnen und Patienten nach Herkunft der Patientinnen und Patienten, 2017–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; HP/P = Behandlungsklasse halbprivat oder privat; CMI = Case Mix Index (brutto); PCCL = patientenbezogener Komplexitätsgrad (Patient Complication and Comorbidity Level)

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Tabelle T 3.13 zeigt die Herkunft des Zustroms der im Kanton Freiburg hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Die meisten zugewanderten Patientinnen und Patienten stammen aus dem Kanton Waadt (1071 Zuwanderungen im Jahr 2019, d. h. 66 % des Zustroms). Die Anzahl Zuwanderungen aus dem Kanton Waadt ist zwischen 2015 und 2019 deutlich angestiegen (+17 %). Mit 10 % des Zustroms entfallen im Jahr 2019 163 Zuwanderungen auf Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern, das sind 20 % mehr als 2015 (917 Zuwanderungen).

T 3.13 Zustrom in den Kanton FR nach Wohnkanton der Patientin oder des Patienten, 2015–2019

Wohnkanton	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
VD	917	1'047	1'037	1'088	1'071		+17%	66%
BE	136	169	165	169	163		+20%	10%
Ausland	95	89	116	101	127		+34%	8%
VS	68	73	85	73	69		+1%	4%
GE	48	42	64	54	36		-25%	2%
NE	41	36	52	34	55		+34%	3%
ZH	27	13	22	25	18		-33%	1%
TI	14	9	10	10	20		+43%	1%
JU	12	15	6	14	8		-33%	0%
AG	9	10	10	7	6		-33%	0%
LU	6	4	4	11	13		+117%	1%
SO	4	9	9	9	4		+0%	0%
Andere	31	36	37	31	29		-6%	2%
Total	1'408	1'552	1'617	1'626	1'619		+15%	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Aus der Tabelle T 3.14 ist auch ersichtlich, in welche Freiburger Spitäler sich die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten begeben. Unabhängig vom Herkunftskanton weist der HFR-Standort Freiburg die meisten Zuwanderungen auf (726 im Jahr 2019). Relativ gesehen weisen die Clinique Générale in Freiburg, der HFR-Standort Meyriez-Murten und das Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus) mit rund 10 % die höchsten Zuströme auf. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass der Gesamtanteil des Zustroms von 5,3 Prozent leicht nach unten beeinflusst wird, da für den HIB-Standort Payerne (hier nicht abgebildet)¹⁹ kein Zustrom zu verzeichnen ist.

T 3.14 Zustrom in den Kanton FR nach Spital und Wohnkanton der Patientin oder des Patienten, 2019

Spital	Zustrom (%)	Zustrom nach Herkunft der Patientin oder des Patienten													
		Zuwanderung							Anteil						
		Ausl.	VD	BE	VS	NE	Andere	Total	Ausl.	VD	BE	VS	NE	Andere	
Clinique Générale, Freiburg	9,1 %	6	171	18	14	13	18	240	3 %	71 %	8 %	6 %	5 %	8 %	
Daler-Spital, Freiburg	6,7 %	2	314	45	18	13	22	414	0 %	76 %	11 %	4 %	3 %	5 %	
freiburger spital (HFR), Freiburg	5,6 %	74	480	53	32	22	65	726	10 %	66 %	7 %	4 %	3 %	9 %	
freiburger spital (HFR), Meyriez-Murten	9,6 %	3	48	19	1	3	3	77	4 %	62 %	25 %	1 %	4 %	4 %	
freiburger spital (HFR), Riaz	2,9 %	34	35	2	3	3	16	93	37 %	38 %	2 %	3 %	3 %	17 %	
freiburger spital (HFR), Tafers	1,7 %	8	2	16	1	1	6	34	24 %	6 %	47 %	3 %	3 %	18 %	
Maison de naissance Le Petit Prince (Geburtshaus), Villars-sur-Glâne	10,4 %		21	10			4	35		60 %	29 %			11 %	
Total	5,3 %	127	1 071	163	69	55	134	1 619	8 %	66 %	10 %	4 %	3 %	8 %	

Anmerkung: Der Zustrom zeigt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte ausserkantonomaler Patientinnen und Patienten an allen Fällen für jedes Spital an. Die Hauptherkünfte der Patientinnen und Patienten sind hervorgehoben, sowohl für die absoluten Zahlen (orange) als auch für den relativen Anteil (grau). Der Standort Payerne des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB) ist hier nicht abgebildet, da die ausserkantonomalen Patientinnen und Patienten für den Kanton Freiburg nicht als Zustrom gelten.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Abfluss

2019 wird etwas mehr als ein Viertel der im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten ausserkantonal behandelt (26,1 %), was 10 117 Spitalaufenthalten entspricht (T 3.15). Mit einem Wachstum des Abflusses von 5,6 % seit 2015 ist die Anzahl der ausserkantonomalen Spitalaufenthalte etwas langsamer gestiegen als die Gesamtheit der Spitalaufenthalte der Freiburger Wohnbevölkerung (+6,0 %, siehe T 3.1).

Absolut gesehen ist die Abwanderung im Basispaket am grössten (2476 Fälle im Jahr 2019), da es sich dabei um den grössten Leistungsbereich handelt. In diesem Leistungsbereich ist der Abfluss jedoch unterdurchschnittlich (17,3 %).

Allgemein betrachtet ist der Anteil ausserkantonomaler Spitalaufenthalte in mehreren Versorgungsbereichen höher. Er beträgt beispielsweise um die 40 % in der Orthopädie (39,6 %), in den Versorgungsbereichen in Bezug auf das Herz (41,9 %) und in der Oto-Rhino-Laryngologie (44,4 %). In der Neurochirurgie erreicht er sogar 80,7 % und in der Ophthalmologie 89,7 %.

¹⁹ Aufgrund der besonderen Behandlung des interkantonomalen Spitals HIB (das für die Freiburger und für die Waadtländer Patientinnen und Patienten als freiburgisch gilt) und gemäss der Formel für den Zustrom (T 3.11) werden die Zuwanderungen am HIB-Standort Payerne nicht berücksichtigt, da dieses im Waadtland liegt (Zähler), die rund 2000 Freiburger Patientinnen und Patienten, die am HIB-Standort Payerne behandelt werden, werden jedoch im Nenner berücksichtigt (unter den Spitalaufenthalten im Kanton).

Im Vergleich dazu ist der Anteil des Abflusses in den Bereichen der Geburtshilfe (19,3 %) und der Neugeborenen (17,8 %) geringer. In diesen beiden Bereichen ist die Anzahl ausserkantonaler Spitalaufenthalte ausserdem seit 2015 gesunken.

T 3.15 Abfluss aus dem Kanton FR nach SPLB, 2015–2019

Hauptbereiche	SPLB	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Outflow 2019
	Basispaket	2404	2'415	2'377	2'508	2'476		3%	17.3%
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	87	65	71	84	78		-10%	64.5%
	Oto-Rhino-Laryngologie	370	332	332	313	335		-9%	44.4%
	Neurochirurgie	118	147	127	142	163		38%	80.7%
	Neurologie	295	304	321	324	322		9%	31.7%
	Ophthalmologie	109	99	119	141	156		43%	89.7%
	Endokrinologie	27	16	30	40	41		52%	21.5%
Innere Organe	Gastroenterologie	190	236	215	223	246		29%	29.9%
	Viszeralchirurgie	237	229	275	263	311		31%	36.5%
	Hämatologie	202	195	156	172	210		4%	43.3%
	Gefässe	248	255	261	238	250		1%	43.9%
	Herz	730	839	813	876	853		17%	41.9%
	Nephrologie	50	36	38	34	25		-50%	20.5%
	Urologie	350	367	370	399	418		19%	24.4%
	Pneumologie	118	123	135	152	165		40%	22.1%
	Thoraxchirurgie	73	85	81	80	89		22%	65.9%
	Transplantationen solider Organe	16	15	12	19	22		38%	* *
Bewegungsapparat	Orthopädie	1829	1'944	2'016	1'993	1'975		8%	39.6%
	Rheumatologie	41	52	42	18	32		-22%	29.1%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	387	402	440	371	377		-3%	27.8%
	Geburtshilfe	865	814	813	834	758		-12%	19.3%
	Neugeborene	664	636	680	664	609		-8%	17.8%
Andere	(Radio-) Onkologie	155	175	142	115	156		1%	50.5%
	Schwere Verletzungen	18	21	33	32	31		72%	31.0%
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	.	8	21	25	19		---	6.5%
Total		9583	9'810	9'920	10'060	10'117		5.6%	26.1%

Anmerkung: Der Abfluss beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte von im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten, die in einem ausserkantonalen Spital behandelt werden.

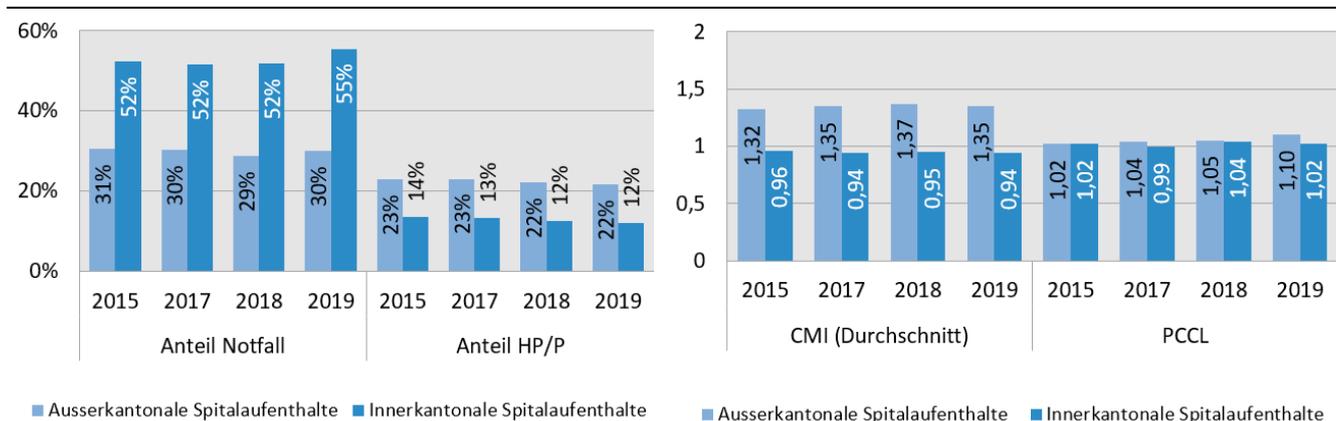
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Grafik G 3.11 zeigt, dass sich das Profil der Freiburger Patientinnen und Patienten, die den Kanton verlassen, um sich in Spitalbehandlung zu begeben, in verschiedener Hinsicht vom Profil der Patientinnen und Patienten unterscheidet, die im Kanton bleiben. In der Tat ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ausserkantonal als Notfall eintreten, geringer als der entsprechende innerkantonale Anteil (30 % gegenüber 55 % im Jahr 2019). Ausserdem werden die abwandernden Freiburger Patientinnen und Patienten häufiger in der Privat- oder Halbprivatklasse behandelt als diejenigen, die im Kanton bleiben (22 % gegenüber 12 %). Die abwandernden Spitalaufenthalte erfordern mehr Ressourcen und weisen einen höheren patientenbezogenen Komplexitätsgrad auf als die im Kanton verbleibenden Spitalaufenthalte (durchschnittlicher CMI von 1,35 gegenüber 0,94 und durchschnittlicher PCCL von 1,1 gegenüber 1,02).

Diese unterschiedlichen Merkmale sind seit 2015 relativ stabil geblieben. Allerdings ist der Anteil der Notfall-eintritte innerhalb des Kantons Freiburg im Jahr 2019 ungewöhnlich hoch (55 %) und es besteht ein Trend zu einem höheren patientenbezogenen Komplexitätsgrad bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten (durchschnittlicher PCCL von 1,02 im Jahr 2015 auf 1,1 im Jahr 2019).

G 3.11 Struktur der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; HP/P = Behandlungsklasse halbprivat oder privat; CMI = Case Mix Index (brutto); PCCL = patientenbezogener Komplexitätsgrad (Patient Complication and Comorbidity Level)

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Tabelle T 3.16 veranschaulicht, wohin die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg, die sich in einem anderen Kanton hospitalisieren lassen, abwandern. Bern ist der von Freiburger Patientinnen und Patienten mit Abstand am meisten frequentierte Kanton (68 % der Abwanderung 2019), gefolgt vom Kanton Waadt (26 %). Zwischen 2015 und 2019 ist der Patientenstrom in den Kanton Waadt jedoch etwas schneller angestiegen (+6,9 %) als derjenige in den Kanton Bern (+5,0 %).

T 3.16 Abfluss von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019

Hospitalisierungskanton	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
BE	6'512	6'646	6'724	6'751	6'835		+5,0%	68%
VD	2'426	2'491	2'620	2'729	2'594		+6,9%	26%
GE	204	187	162	130	175		-14,2%	2%
VS	78	89	91	101	103		+32,1%	1%
ZH	89	90	69	78	94		+5,6%	1%
NE	58	87	73	81	85		+46,6%	1%
BS	62	79	55	51	60		-3,2%	1%
BL	25	21	29	30	24		-4,0%	0%
LU	24	13	14	20	29		+20,8%	0%
Andere	105	107	83	89	118		+12,4%	1%
Total	9'583	9'810	9'920	10'060	10'117		+5,6%	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Es wurde zwar festgestellt, dass sich 26 % der Freiburger Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons hospitalisieren lassen, doch stellt sich die Situation zwischen den beiden Wohnregionen ziemlich unterschiedlich dar. So beträgt der Abfluss in der französischsprachigen Region 17 %, während er in der deutschsprachigen Region 55 % erreicht (T 3.17).

Der Kanton Bern erhält fast den gesamten Abfluss aus dem deutschsprachigen Teil (Abfluss von 53 %) und mehr als ein Drittel des Abflusses aus dem französischsprachigen Teil (Abfluss von 6 %). Für letzteren ist der Kanton Waadt das wichtigste Zielgebiet der ausserkantonalen Spitalbehandlungen (Abfluss von 9 %).

Obwohl es sich nicht um einen Abfluss im eigentlichen Sinne handelt²⁰, kann schliesslich festgestellt werden, dass 7 % der Spitalaufenthalte der französischsprachigen Freiburgerinnen und Freiburger im interkantonalen Spital von Payerne erfolgen und 25 % der Spitalaufenthalte der deutschsprachigen Freiburgerinnen und Freiburger im französischsprachigen Kantonsteil stattfinden. Im Gegensatz dazu lassen sich nur 3 % der französischsprachigen Patientinnen und Patienten im deutschsprachigen Kantonsteil behandeln. Insgesamt werden 8 % der Freiburger Patientinnen und Patienten in der anderen Sprachregion des Kantons hospitalisiert.

T 3.17 Abfluss von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR gemäss Wohnregion, nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2019

Hospitalisierungskanton	Kanton Freiburg			Französischsprachige Region			Deutschsprachige Region		
	2019	% Outflow 2019		2019	% Outflow 2019		2019	% Outflow 2019	
BE	6 835	18%		1 818	6%		5 017	53%	
VD	2 594	7%		2 560	9%		34	0%	
GE	175	0%		169	1%		6	0%	
VS	103	0%		87	0%		16	0%	
ZH	94	0%		48	0%		46	0%	
NE	85	0%		72	0%		13	0%	
BS	60	0%		41	0%		19	0%	
LU	29	0%		9	0%		20	0%	
BL	24	0%		15	0%		9	0%	
Andere	118	0%		66	0%		52	1%	
Total	10'117	26%		4'885	17%		5'232	55%	
Interne Patientenströme	2019	% Flow 2019		2019	% Flow 2019		2019	% Flow 2019	
FR (andere Sprachregion)	3 108	8%		745	3%		2 363	25%	
VD, HIB-Payerne	2 094	5%		2 075	7%		19	0%	

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

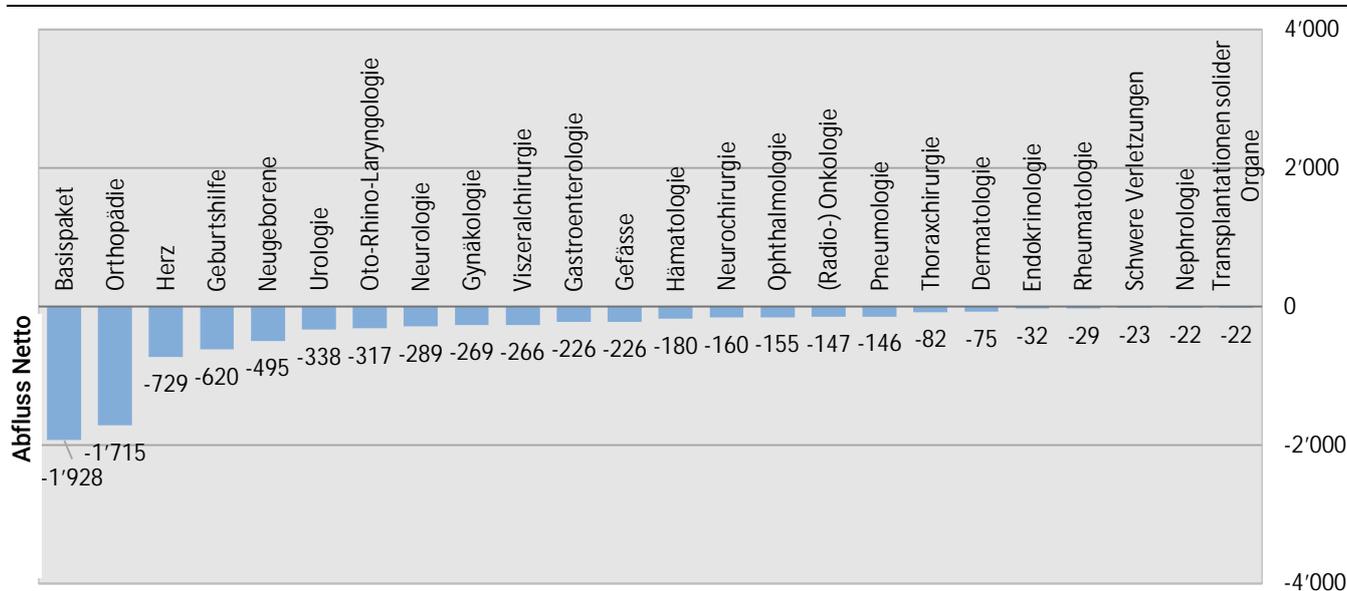
Nettowanderung

Die Nettowanderung gibt die Differenz zwischen dem absoluten Wert des Zustroms in den Kanton Freiburg und demjenigen des Abflusses aus dem Kanton Freiburg wieder. Im Jahr 2019 weist der Kanton einen Netto-Abfluss von 8498 Fällen auf, was bedeutet, dass mehr Freiburger Einwohnerinnen und Einwohner ausserkantonal hospitalisiert werden, als dass der Kanton Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen hospitalisiert (siehe G 3.8 vorne).

²⁰ Aufgrund der besonderen Behandlung des interkantonalen Spitals gelten Freiburger Patientinnen und Patienten, die am HIB-Standort Payerne behandelt werden, nicht als Abfluss, auch wenn sich der Standort auf dem Gebiet des Kantons Waadt befindet.

Die Nettowanderung fällt für alle Leistungsbereiche negativ aus (G 3.12). Die vier Bereiche Basispaket (-1928), Orthopädie (-1715), Herz (-729) und Geburtshilfe (+620) weisen die grössten Netto-Abflüsse auf. Diese Klassierung erstaunt nicht, da diese Leistungsbereiche generell zu den Bereichen mit der höchsten Anzahl an Spitalfällen gehören.

G 3.12 Nettowanderung nach SPLB für den Kanton FR, 2019



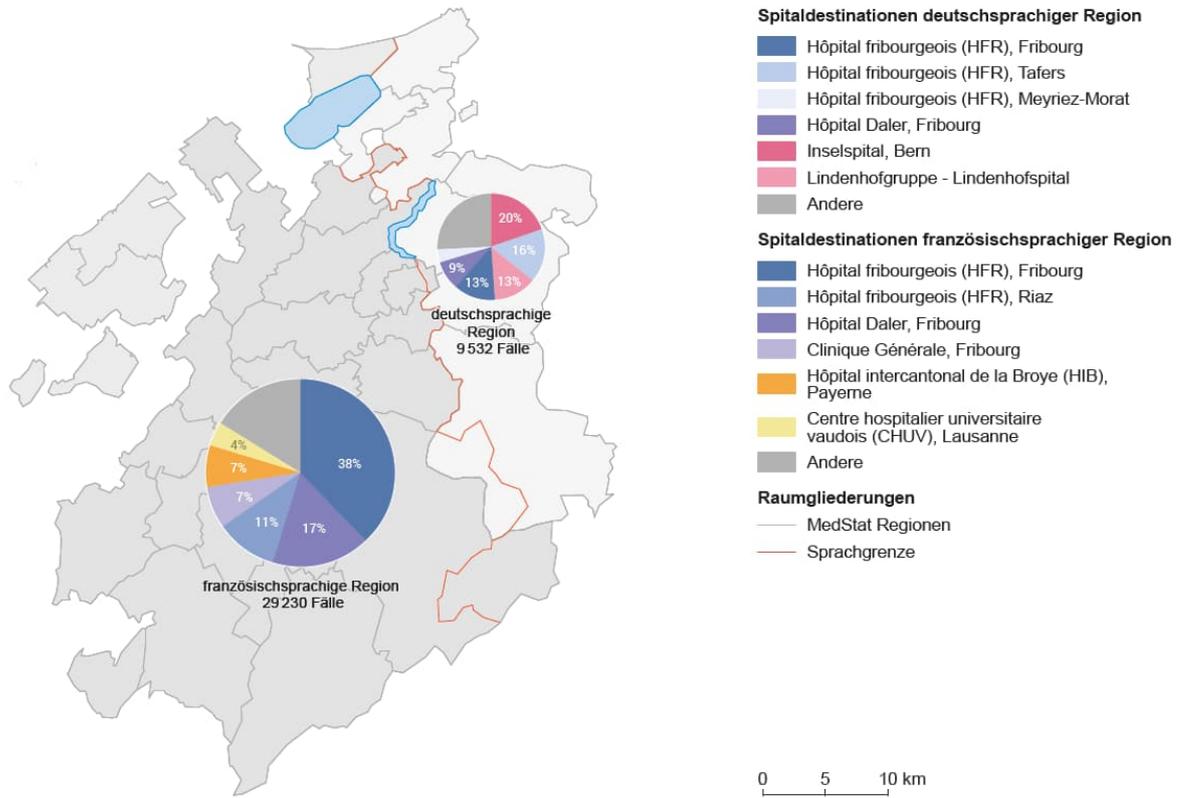
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Analysen auf regionaler Ebene

Die Patientenströme nach Regionen sind für die Beurteilung der Bedeutung der verschiedenen Leistungserbringer innerhalb und ausserhalb des Kantons Freiburg von Interesse. Die Karte G 3.13 zeigt, dass die Freiburger Patientinnen und Patienten je nach Wohnregion überwiegend unterschiedliche Spitäler frequentieren. Während Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der französischsprachigen Region hauptsächlich am HFR-Standort Freiburg hospitalisiert werden (38 %), ist dies nur für 13 % der Patientinnen und Patienten aus der deutschsprachigen Region der Fall. Letztere begeben sich hauptsächlich in das Inselspital in Bern (20 % der Fälle), während dort im Vergleich nur 3 % der Freiburgerinnen und Freiburger aus der französischsprachigen Region behandelt werden. Neben dem HFR-Standort Freiburg befinden sich die wichtigsten Spitäler für Patientinnen und Patienten aus der französischsprachigen Region im Kanton Freiburg (Daler-Spital 17 % der Fälle, HFR-Standort Riaz 11 % und Clinique Générale in Freiburg 7 %). Bei den Patientinnen und Patienten aus der deutschsprachigen Region verzeichnet der Standort Tafers nach dem Inselspital die meisten Spitalaufenthalte (16 %), gefolgt vom Lindenhofspital in Bern (13 %), das ebenso viele Patientinnen und Patienten aus der deutschsprachigen Region verzeichnet wie der HFR-Standort Freiburg.

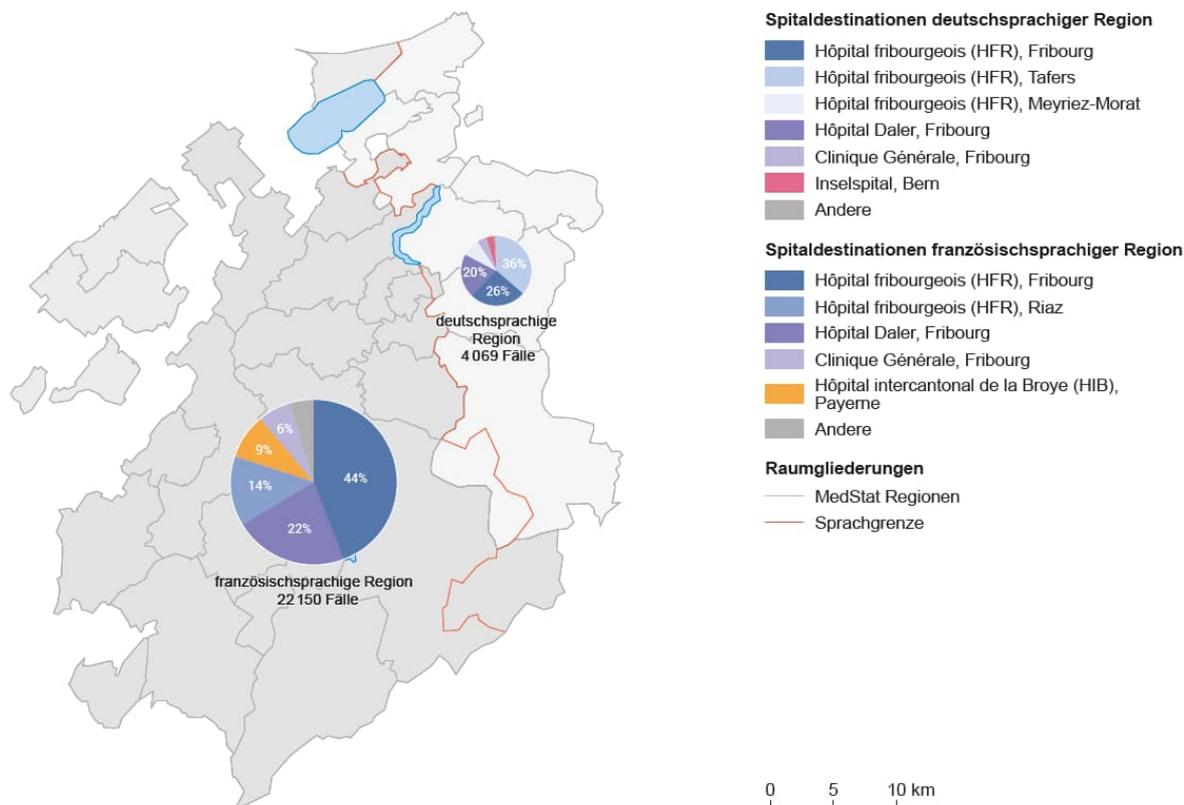
G 3.13 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Freiburg, Anteil Fälle pro Sprachregion nach Spitalstandort, 2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

G 3.14 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Freiburg für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Kantons abgedeckt sind, Anteil Fälle pro Sprachregion nach Spitalstandort, 2019



Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste (Stand: Dezember 2021)

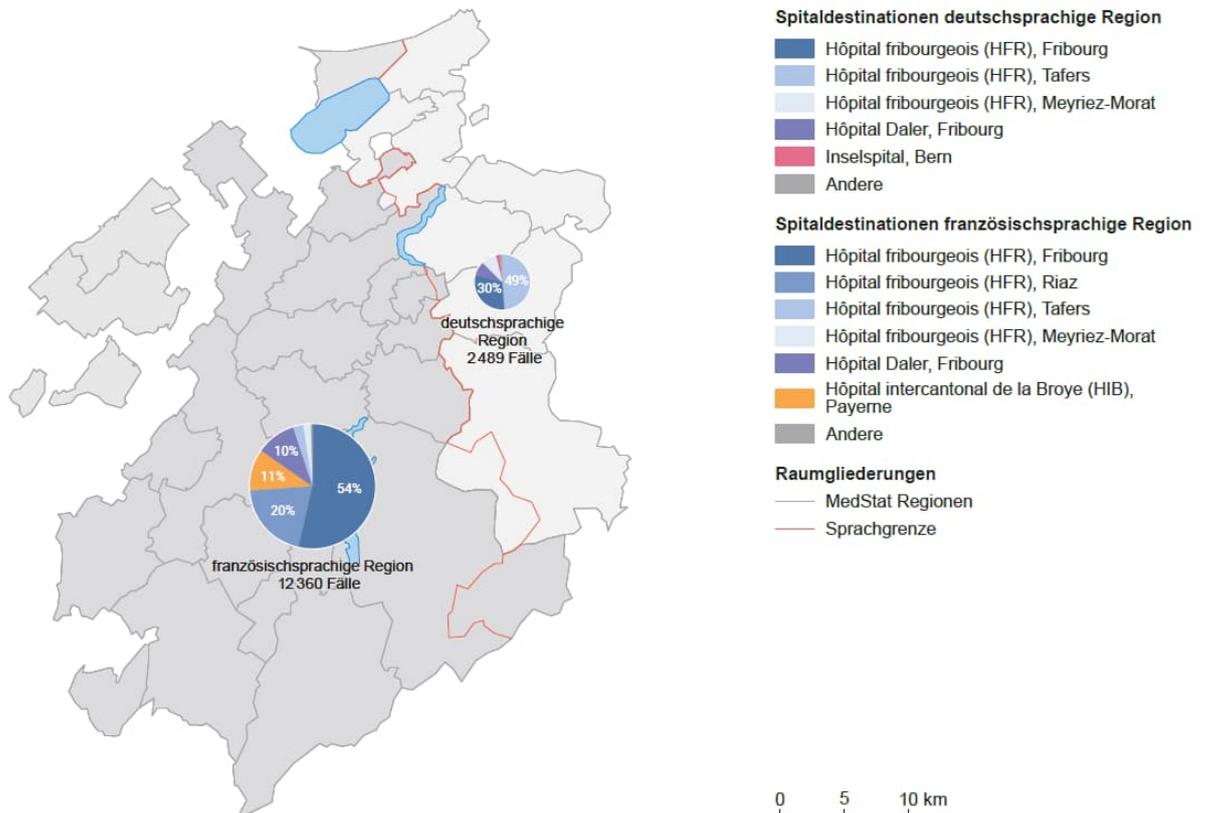
© Obsan 2023

Betrachtet man nur die Fälle, die von der Freiburger Spitalliste (G 3.14) abgedeckt sind, so werden die meisten Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus der französischsprachigen Region weiterhin hauptsächlich am HFR-Standort Freiburg (44 %), im Daler-Spital (22 %) und am HFR-Standort Riaz (14 %) verzeichnet. Hingegen entfallen in der deutschsprachigen Region nur noch 4 % der von der Spitalliste abgedeckten Fälle auf das Inselspital, während die meisten abgedeckten Fälle an den Standorten des HFR (Tafers 36 %, Freiburg 26 %, Meyriez-Murten 8 %) und im Daler-Spital (20 %) verzeichnet werden.

Insbesondere bei den Einwohnerinnen und Einwohnern aus der deutschsprachigen Region ist eine grosse Diskrepanz zwischen den Gesamtfallzahlen festzustellen, je nachdem, ob die Leistungen von der Spitalliste abgedeckt sind (4069 Fälle, G 3.14) oder nicht (9532 Fälle, G 3.13). Diese Differenz schlägt sich in einem niedrigen Deckungsgrad der Spitalliste für diese Region nieder (43 %). Viele in den Einrichtungen des Kantons Bern, insbesondere im Inselspital und im Lindenhofspital, behandelte Fälle betreffen Leistungen, die von der Freiburger Spitalliste nicht abgedeckt sind.

In Bezug auf die französischsprachige Region ist die Differenz zwischen der Gesamtheit der Fälle (29 230) und den Fällen, die von der Spitalliste abgedeckt sind (22 150) geringer. Daraus ergibt sich ein Deckungsgrad der Spitalliste von 76 %, wenn nur diese Region betrachtet wird, während er im Jahr 2019 für den gesamten Kanton 68 % beträgt, wie zuvor bereits erwähnt wurde.

G 3.15 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Freiburg bei einem Notfall (für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Kantons abgedeckt sind), Anteil Fälle pro Sprachregion nach Spitalstandort, 2019



Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Die Grafik G 3.15 zeigt die regionale Aufteilung nur für die Fälle, die als Notfall-Eintritte erfolgt sind und Leistungsgruppen betreffen, für welche die Spitäler einen Leistungsauftrag haben. Für die französischsprachige Region behandelt der HFR-Standort Freiburg mehr als die Hälfte der abgedeckten Fälle der Notfall-Eintritte (54 %), während er 30 % der abgedeckten Fälle aus der deutschsprachigen Region behandelt. Aus letzterer wird ein Grossteil der von der Liste abgedeckten Fälle (49 %) am Standort Tafers behandelt. Der französischsprachige Teil wird in Notfällen entsprechend seiner grösseren Fläche an geografisch unterschiedlicheren Standorten versorgt: HFR-Standort Riaz (20 %), HIB-Standort Payerne (11 %), Daler-Spital (10 %) und seltener an den HFR-Standorten Tafers und Meyriez-Murten.

3.2 Prognosen des Versorgungsbedarfs

In Anlehnung an den gesetzlichen Auftrag der Kantone nach Artikel 58a Absatz 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Freiburg. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung der Fallzahlen zu erhalten, die für die Freiburger Bevölkerung in der Zukunft erwartet werden. Der Kanton berücksichtigt dabei insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Artikel 58b Absatz 1 KVV vorgesehen ist. Die Prognosen stellen die Grundlage für die neue kantonale Planung dar und sind aus dem in Abschnitt 2.7 beschriebenen Prognosemodell abgeleitet. Als Ausgangspunkt dienen die Daten der Medizinstatistik über die Inanspruchnahme der Versorgung durch die Wohnbevölkerung des Kantons Freiburg für das Referenzjahr 2019. Die Hospitalisierungsraten nach Altersklassen wurden für alle Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) berechnet. Die Prognoseperiode reicht bis zum Jahr 2035 (Prognosehorizont).

Die Einflussfaktoren sind in der Bedarfsabschätzung in Form von drei Prognoseszenarien berücksichtigt. Das Basisszenario, das plausibelste Szenario, steht im Mittelpunkt der Bedarfsprognose. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden die Bandbreite möglicher Entwicklungen ab. Im Minimalszenario werden Hypothesen und Szenarien bezüglich der Einflussfaktoren, die zu einer relativ tiefen Bedarfsabschätzung führen, kombiniert, während das Maximalszenario die obere Grenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen darstellt. Sämtliche Einflussfaktoren sind in Kapitel ausführlich 2.7.3 beschrieben und die Hypothesen des Kantons Freiburg sind in Kasten 11 zusammengefasst. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Kantons Freiburg ist höher als die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Schweiz (siehe Grafik G 3.4 und Tabelle T 3.2), weshalb beschlossen wurde, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Kantons Freiburg beizubehalten.

		Drei Szenarien			
		Minimal	Basis	Maximal	
Einflussfaktoren / Hypothesen	Demografie	Tiefes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Mittleres Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Hohes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Fälle
	Annäherung an die schweizerischen Inanspruchnahmerate	Keine Annäherung (Konvergenz), ausser wenn die Fallzahlen pro SPLG < 5 sind.			
	Epidemiologie	Gemäss den Arbeiten der GDZH zu den epidemiologischen Entwicklungen ist keine Entwicklung der Leistungen zu erwarten.			
	Medizintechnisch	Keine Zunahme von Wechseloperationen Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Wechseloperationen Knieprothesen (BEW7.2.1).	Gemäss den Arbeiten der GDZH zu den medizintechnischen Entwicklungen Zunahme von Wechseloperationen Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Wechseloperationen Knieprothesen (BEW7.2.1).	Gemäss den Arbeiten der GDZH zu den medizintechnischen Entwicklungen Zunahme von Wechseloperationen Hüftprothesen (BEW7.1.1) und Wechseloperationen Knieprothesen (BEW7.2.1) um 50 % gegenüber dem Basisszenario.	
		Verlagerung der Fälle von der SPLG NEU3 in die spezialisierte SPLG NEU3.1, so dass im Jahr 2032 30 % der Fälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden.			
	Verlagerung in den ambulanten Bereich	70 % des Verlagerungspotenzials gemäss BAG-Liste wird bis 2025 durch ambulante Behandlungen abgedeckt.	40 % des Verlagerungspotenzials gemäss BAG-Liste wird bis 2025 durch ambulante Behandlungen abgedeckt.	10 % des Verlagerungspotenzials gemäss BAG-Liste wird bis 2025 durch ambulante Behandlungen abgedeckt.	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Kantons			Tage	

3.2.1 Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung

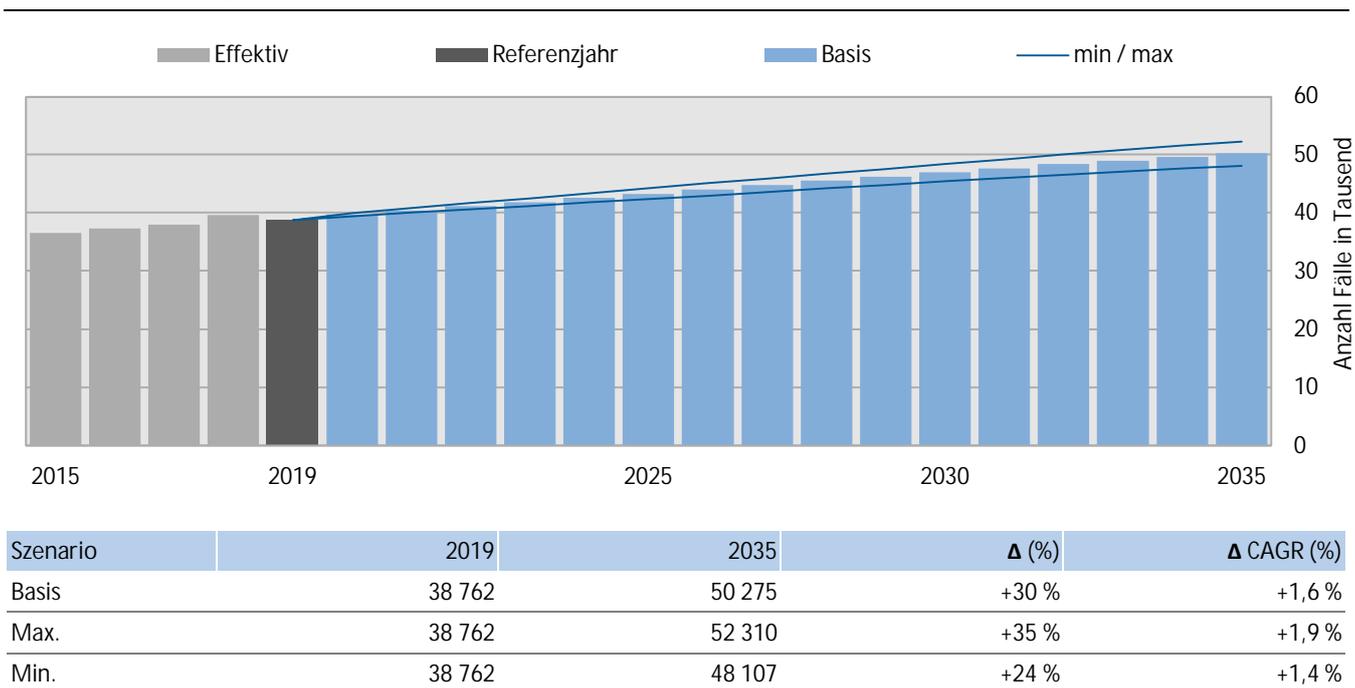
In diesem Abschnitt wird der bis zum Jahr 2035 prognostizierte Bedarf an Leistungen dargestellt. Es handelt sich dabei um den Bedarf, bei dem alle Einflussfaktoren gleichzeitig und in Kombination berücksichtigt werden. Die einzelnen Auswirkungen der verschiedenen Faktoren werden in Kapitel 3.2.2 beschrieben.

Fallprognosen 2035

Gemäss dem Basisszenario wird über den Zeitraum 2019–2035 ein Wachstum der Anzahl Spitalfälle von 30 % erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahlen von 1,6 % entspricht (G 3.16). Die Anzahl Spitalfälle würde damit von 38 762 im Jahr 2019 auf 50 275 im Jahr 2035 steigen (+11 513 Fälle). Dieses starke Wachstum spiegelt die Bevölkerungsstruktur des Kantons Freiburg wider, der zum aktuellen Zeitpunkt ein «junger» Kanton ist, dessen Alterung bis 2035 (G 2.4) sich jedoch stark auswirken wird.

Im Minimal- und Maximalszenario wird davon ausgegangen, dass das Wachstum der Fallzahlen bis 2035 zwischen +24 % (48 107 Fälle im Jahr 2035) und +35 % (52 310) betragen wird.

G 3.16 Entwicklung der Spitalaufenthalte, 2015–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Während das Basisszenario bis 2035 insgesamt eine Zunahme der Spitalfälle um 30 % prognostiziert, werden Unterschiede in Bezug auf den Anstieg bei den verschiedenen SPLB erwartet (T 3.18). Für mehrere SPLB wird ein Anstieg der Fallzahlen von über 40 % erwartet (z. B. Neurologie, Gastroenterologie oder Herz). Ausserdem dürfte die Anzahl Spitalaufenthalte im Basispaket um 39 % zunehmen. Auch im Bereich der Palliative Care ist aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung bei den über 65-Jährigen ein starkes Wachstum zu erwarten (+48 %).

Im Hauptbereich Gynäkologie und Geburtshilfe, der 2019 22 % aller Fälle ausmacht, dürfte die Zunahme der Fallzahlen moderat ausfallen, dies in Verbindung mit den jüngeren betroffenen Altersklassen, in denen die erwartete demografische Entwicklung geringer ist. Zudem bremst die Hypothese einer Verlagerung von Eingriffen am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter in den ambulanten Bereich das Wachstum für die Gynäkologie ebenfalls.

Weiter ist festzustellen, dass die berücksichtigten Einflussfaktoren je nach SPLB zu mehr oder weniger grossen Abweichungen zwischen den verschiedenen Prognoseszenarien führen. Die Leistungsgruppe Orthopädie ist für die Analyse interessant, da sie eine ziemlich grosse Ungewissheit aufweist. Für diese Gruppe umfassen die Prognosen eine Kombination von Hypothesen in Bezug auf die Demografie, die Verlagerung in den ambulanten Bereich und die medizintechnischen Auswirkungen. Die Ergebnisse variieren je nach demografischem Szenario moderat. Die Hypothesen im Zusammenhang mit der Verlagerung der Fälle in den ambulanten Bereich hingegen

haben zur Folge, dass die prognostizierten Fallzahlen in allen Szenarien, insbesondere aber im Minimalszenario, nach unten beeinflusst werden. Andererseits bewirken die Hypothesen im Zusammenhang mit den medizintechnischen Entwicklungen, dass die prognostizierten Fälle nach dem Basisszenario und noch deutlicher nach dem Maximalszenario nach oben beeinflusst werden. Dies führt dazu, dass die prognostizierten Fallzahlen im Jahr 2035 gemäss dem Minimalszenario um 21 % und gemäss dem Maximalszenario um 38 % höher ausfallen werden, was einer Differenz von 17 Prozentpunkten entspricht. Im Vergleich dazu beträgt die durchschnittliche Differenz für alle SPBL 11 Prozentpunkte.

T 3.18 Prognostizierte Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach SPLB, 2035

Hauptbereiche	SPLB	Referenz	Min		Basis		Max		
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
Grundversorgung	Basispaket	14'297	19'099	+34%	19'860	+39%	20'629	+44%	
	Dermatologie	121	159	+31%	164	+36%	168	+39%	
Nervensystem und Sinnesorgane	Oto-Rhino-Laryngologie	754	872	+16%	900	+19%	928	+23%	
	Neurochirurgie	202	258	+28%	264	+31%	270	+34%	
	Neurologie	1'016	1'418	+40%	1'458	+44%	1'499	+48%	
	Ophthalmologie	174	242	+39%	248	+43%	255	+47%	
	Endokrinologie	191	265	+39%	275	+44%	284	+49%	
Innere Organe	Gastroenterologie	824	1'144	+39%	1'173	+42%	1'201	+46%	
	Viszeralchirurgie	853	1'048	+23%	1'071	+26%	1'093	+28%	
	Hämatologie	485	669	+38%	684	+41%	698	+44%	
	Gefässe	569	801	+41%	820	+44%	839	+47%	
	Herz	2'035	2'874	+41%	2'932	+44%	2'989	+47%	
	Nephrologie	122	183	+50%	187	+53%	191	+57%	
	Urologie	1'710	2'225	+30%	2'275	+33%	2'325	+36%	
	Pneumologie	746	1'076	+44%	1'110	+49%	1'144	+53%	
	Thoraxchirurgie	135	172	+27%	174	+29%	176	+30%	
	Transplantationen solider Organe	22	25	+14%	26	+18%	26	+18%	
	Bewegungsapparat	Orthopädie	4'982	6'019	+21%	6'507	+31%	6'864	+38%
		Rheumatologie	110	145	+32%	149	+35%	153	+39%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'358	1'428	+5%	1'485	+9%	1'545	+14%	
	Geburtshilfe	3'935	3'739	-5%	3'873	-2%	3'997	+2%	
	Neugeborene	3'421	3'275	-4%	3'643	+6%	4'014	+17%	
Andere	(Radio-) Onkologie	309	399	+29%	407	+32%	415	+34%	
	Schwere Verletzungen	100	153	+53%	159	+59%	165	+65%	
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	291	420	+44%	431	+48%	441	+52%	
Total		38'762	48'107	+24%	50'275	+30%	52'310	+35%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Prognosen der Pflagestage 2035

Wird von einer konstanten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro SPLG auf kantonaler Ebene ausgegangen, so dürfte die Anzahl Pflagestage etwas stärker zunehmen als die Fallzahlen. Im Basisszenario nimmt die Gesamtanzahl der Pflagestage bis 2035 um 35 % zu. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden eine Bandbreite von +30 % bis +41 % ab.

Der raschere Anstieg der Anzahl Pflagestage im Vergleich zu den Spitalfällen erklärt sich vor allem dadurch, dass die SPLG, bei denen die Fallzahlen verbunden mit einer starken Entwicklung der Anzahl älterer Menschen am schnellsten ansteigen werden, auch die SPLG mit einer längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind. Ausserdem führt die Hypothese der Verlagerung in den ambulanten Bereich tendenziell zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der verbleibenden stationären Fälle, da die verlagerten Fälle zu SPLG mit einer tieferen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gehören.

T 3.19 Prognostizierte Pflergetage gemäss Szenario und nach SPLG, 2035

Hauptbereiche	SLPB	Referenz	Min			Basis			Max		
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Grundversorgung	Basispaket	77'546	104'248	+34%	108'112	+39%	111'994	+44%			
	Dermatologie	769	1'009	+31%	1'039	+35%	1'070	+39%			
Nervensystem und Sinnesorgane	Oto-Rhino-Laryngologie	2'585	3'123	+21%	3'216	+24%	3'310	+28%			
	Neurochirurgie	1'806	2'327	+29%	2'383	+32%	2'439	+35%			
	Neurologie	7'400	11'747	+59%	12'071	+63%	12'398	+68%			
	Ophthalmologie	384	530	+38%	544	+42%	557	+45%			
	Endokrinologie	1'859	2'579	+39%	2'672	+44%	2'766	+49%			
Innere Organe	Gastroenterologie	7'469	10'386	+39%	10'641	+42%	10'895	+46%			
	Viszeralchirurgie	8'007	10'215	+28%	10'412	+30%	10'612	+33%			
	Hämatologie	4'739	6'325	+33%	6'457	+36%	6'587	+39%			
	Gefässe	5'599	7'809	+39%	8'030	+43%	8'250	+47%			
	Herz	10'890	15'443	+42%	15'737	+45%	16'026	+47%			
	Nephrologie	1'248	1'868	+50%	1'911	+53%	1'951	+56%			
	Urologie	6'732	8'773	+30%	8'963	+33%	9'150	+36%			
	Pneumologie	7'189	10'517	+46%	10'863	+51%	11'209	+56%			
	Thoraxchirurgie	981	1'264	+29%	1'280	+30%	1'297	+32%			
	Transplantationen solider Organe	487	551	+13%	560	+15%	569	+17%			
	Bewegungs-apparat	Orthopädie	30'333	38'061	+25%	42'193	+39%	44'783	+48%		
		Rheumatologie	850	1'119	+32%	1'151	+35%	1'184	+39%		
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	3'840	4'201	+9%	4'326	+13%	4'453	+16%		
Geburtshilfe		14'974	14'238	-5%	14'746	-2%	15'212	+2%			
Andere	Neugeborene	12'037	11'557	-4%	12'856	+7%	14'166	+18%			
	(Radio-) Onkologie	3'087	4'098	+33%	4'179	+35%	4'259	+38%			
	Schwere Verletzungen	1'372	2'179	+59%	2'262	+65%	2'344	+71%			
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	6'630	9'577	+44%	9'809	+48%	10'040	+51%			
Total		218'813	283'743	+30%	296'413	+35%	307'522	+41%			

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

3.2.2 Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt sollen die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren getrennt betrachtet werden. Während die demografische Entwicklung grundsätzlich eine Zunahme der zukünftigen Fallzahlen erwarten lässt, hat die Verlagerung in den ambulanten Sektor eine dämpfende Wirkung. Was die medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen betrifft, so können sich diese in beide Richtungen auswirken. Die hier berücksichtigten Auswirkungen der medizintechnischen Entwicklung führen zu einer Zunahme der Fälle.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

In der Tabelle T 3.20 sind die prognostizierten Spitalaufenthalte nur auf der Grundlage der demografischen Szenarien dargestellt. Die Gesamtergebnisse liegen sehr nahe bei den Ergebnissen, welche die Wirkung aller Einflussfaktoren widerspiegeln. Die erwartete Zunahme der Spitalfälle bis 2035 verbleibt bei +30 % und die sich durch das Minimal- und das Maximalszenario ergebende Bandbreite liegt zwischen +25 % und +34 %.

Diese Tabelle erlaubt die Feststellung, dass der grösste Anteil der Variationen bezüglich des erwarteten Wachstums zwischen den einzelnen SPLB auf demografische Auswirkungen zurückzuführen ist. Gemäss Basisszenario dürften die Fallzahlen bis zum Jahr 2035 für 12 SPLB um mindestens 40 % zunehmen, was 54 % der Spitalaufenthalte im Jahr 2019 entspricht. Zudem ist festzustellen, dass das erwartete geringe Wachstum der Fallzahlen in der Gynäkologie und der Geburtshilfe zu einem grossen Teil auf die demografische Dynamik zurückzuführen ist.

T 3.20 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario, nach SPLB, 2019–2035

Hauptbereiche	SLPB	Referenz	Min			Basis			Max		
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Grundversorgung	Basispaket	14'297	19'264	+35%	19'957	+40%	20'654	+44%			
Nervensystem und Sinnesorgane	Dermatologie	121	159	+31%	163	+35%	168	+39%			
	Oto-Rhino-Laryngologie	754	866	+15%	891	+18%	916	+21%			
	Neurochirurgie	202	255	+26%	261	+29%	267	+32%			
	Neurologie	1'016	1'445	+42%	1'488	+46%	1'532	+51%			
	Ophthalmologie	174	242	+39%	249	+43%	255	+47%			
Innere Organe	Endokrinologie	191	265	+39%	275	+44%	284	+49%			
	Gastroenterologie	824	1'146	+39%	1'174	+42%	1'202	+46%			
	Viszeralchirurgie	853	1'050	+23%	1'072	+26%	1'094	+28%			
	Hämatologie	485	669	+38%	684	+41%	698	+44%			
	Gefässe	569	802	+41%	821	+44%	839	+47%			
	Herz	2'035	2'864	+41%	2'922	+44%	2'979	+46%			
	Nephrologie	122	183	+50%	187	+53%	191	+57%			
	Urologie	1'710	2'237	+31%	2'283	+34%	2'327	+36%			
	Pneumologie	746	1'076	+44%	1'110	+49%	1'144	+53%			
	Thoraxchirurgie	135	172	+27%	174	+29%	176	+30%			
	Transplantationen solider Organe	22	26	+18%	26	+18%	27	+23%			
	Bewegungsapparat	Orthopädie	4'982	6'239	+25%	6'344	+27%	6'452	+30%		
		Rheumatologie	110	145	+32%	149	+35%	153	+39%		
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'358	1'487	+9%	1'518	+12%	1'549	+14%			
	Geburtshilfe	3'935	3'743	-5%	3'876	-1%	3'997	+2%			
	Neugeborene	3'421	3'272	-4%	3'640	+6%	4'011	+17%			
Andere	(Radio-) Onkologie	309	399	+29%	407	+32%	415	+34%			
	Schwere Verletzungen	100	152	+52%	158	+58%	163	+63%			
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	291	420	+44%	431	+48%	441	+52%			
Total		38'762	48'579	+25%	50'258	+30%	51'934	+34%			

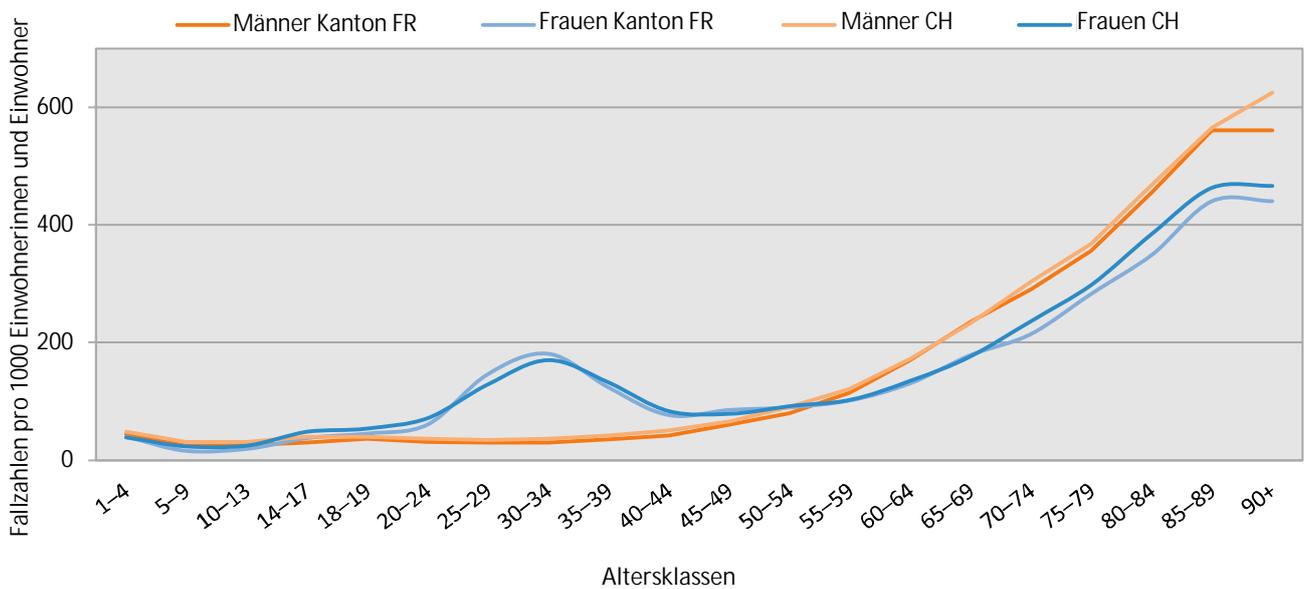
Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Auswirkungen der Annäherung an die schweizerischen Raten

Die Abbildung G 3.17 zeigt den Vergleich zwischen den Hospitalisierungsraten der Freiburger Wohnbevölkerung und der gesamten Schweiz für die Gesamtheit der Akutversorgung. Der Kanton Freiburg verzeichnet generell tiefere Hospitalisierungsraten als die Schweiz, wahrscheinlich aufgrund seiner Politik zur Förderung des Ambulanten Betreuungssettings. Allerdings ist die Hospitalisierungsrate für Frauen der Altersklasse 25–34 Jahre im Kanton Freiburg höher als in der Schweiz. Dies erklärt sich durch eine höhere zusammengefasste Geburtenziffer im Kanton Freiburg. Aus diesem Grund verzichtet er darauf, Hypothesen über die Annäherung der Freiburger Inanspruchnahmerate an die schweizerischen Raten in das Prognosemodell einzubeziehen. Eine Ausnahme bilden aus methodischen Gründen die SPLG mit weniger als fünf Fällen mit Wohnsitz im Kanton FR im Referenzjahr (siehe auch 2.7.3, *Bedarf und Inanspruchnahme*).

G 3.17 Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Altersklasse, 2019



Anmerkung: Da die Altersgruppe der Kinder < 1 Jahr auch (gesunde) Neugeborene umfasst und Neugeborene für die Bedarfsprognose von grossem Interesse sind, wird die Hospitalisierungsrate für diese Altersgruppe separat berechnet. Diese Rate ist in der Abbildung nicht dargestellt. In der Tat ist sie aufgrund der Neugeborenen sehr hoch und würde die Grafik schwer lesbar machen.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Die Tabelle T 3.21 zeigt die einzelnen Auswirkungen der Annäherung an die schweizerischen Raten in den wenigen betroffenen Leistungsbereichen, d. h. wenn weniger als fünf Fälle einer SPLG zugewiesen werden. Betroffen sind Oto-Rhino-Laryngologie, Neurochirurgie, Herz, Transplantationen solider Organe, Orthopädie, Gynäkologie, Neugeborene und schwere Verletzungen. Die Berücksichtigung dieser Auswirkungen führt in der Regel zu einer Erhöhung der Fallzahlen, mit Ausnahme der Transplantationen solider Organe, bei denen die Fallzahlen um eine Einheit reduziert wurden. Die Auswirkungen sind jeweils sehr gering und führen insgesamt zu einem Anstieg von 0,1 %, d. h. von etwa 30 Fällen.

T 3.21 Auswirkungen der Annäherung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario, nach SPLG, 2019–2035

Hauptbereiche	SPLB	Referenz		Min		Basis		Max			
		2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Nervensystem und Sinnesorgane	Oto-Rhino-Laryngologie	754	764	+1%		764	+1%		764	+1%	
	Neurochirurgie	202	204	+1%		204	+1%		204	+1%	
Innere Organe	Herz	2'035	2'043	+0%		2'043	+0%		2'043	+0%	
	Transplantationen solider Organe	22	21	-5%		21	-5%		21	-5%	
Bewegungsapparat	Orthopädie	4'982	4'981	-0%		4'981	-0%		4'981	-0%	
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'358	1'363	+0%		1'363	+0%		1'363	+0%	
	Neugeborene	3'421	3'424	+0%		3'424	+0%		3'424	+0%	
Andere	Schwere Verletzungen	100	101	+1%		101	+1%		101	+1%	
Total		38'762	38'791	+0,1%		38'791	+0,1%		38'791	+0,1%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich

Seit dem 1. Januar 2019 werden sechs Gruppen von chirurgischen Eingriffen von der obligatorischen Krankenversicherung (OKP, Liste im Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV) nur für den ambulanten Bereich vergütet, ausgenommen sind besondere Umstände, die eine Spitalbehandlung in der Akutsomatik erfordern (siehe auch 2.7.3 *Verlagerung in den ambulanten Bereich*). Diese Liste wurde per 1. Januar 2023 auf 18 Eingriffe erweitert.

Von den 38 762 Spitalfällen, die im Jahr 2019 im Kanton Freiburg behandelt wurden, entfallen 638 oder 1,6 % auf Eingriffe, für die eine Verlagerung in den ambulanten Bereich möglich gewesen wäre (T 3.22). Von diesen 638 Fällen erfüllen gleichwohl 42 die Kriterien für eine stationäre Behandlung. Insgesamt wird das Verlagerungspotenzial im Jahr 2019 auf 596 Fälle geschätzt, was 1,5 % aller Spitalaufenthalte entspricht.

T 3.22 Anzahl AVOS-Fälle und Verlagerungspotenzial, FR, 2019

Fälle FR Total	38 762	100,0 %
Fälle ohne Eingriff, für den eine Verlagerung möglich ist	38 124	98,4 %
Fälle mit Eingriff, für den eine Verlagerung möglich ist	638	1,6 %
Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt	42	0,1 %
Verlagerungspotenzial FR	596	1,5 %

Anmerkung: das Verlagerungspotenzial ergibt sich aus den Fällen, die mindestens eine verlagerbare Behandlung aufweisen und keines der Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllen. Gemäss der BAG-Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Im Kanton Freiburg ist der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen in diesen sechs Eingriffsgruppen zwischen 2018 und 2019 von 66 % auf 83 % gestiegen. Die Spitalaufenthalte für diese Leistungen sind um 48 % gesunken²¹. Im Rahmen der für diese Bedarfsanalyse erstellten Prognosen geht jedes Szenario von einer anderen Hypothese aus. Im Minimalszenario sinken die stationären Behandlungen dieser Eingriffe um 70 %, was einer ambulanten Behandlung in 95 % der Fälle entspricht. Eine 100 %-ige Rate der stationären Eingriffe wäre nicht realistisch, da unter bestimmten Umständen (z. B. bei älteren Patientinnen und Patienten, bei Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten oder Patientinnen und Patienten, die zu weit vom Ort des Eingriffs entfernt wohnen, um nach Hause zurückkehren zu können) ein Spitalaufenthalt für die Behandlung erforderlich ist. Im Basisszenario sinken die stationären Eingriffe um 40 %, was einer ambulanten Eingriffsrate von 90 % entspricht. Im Maximalszenario wird der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe auf 85 % geschätzt, was dem im Jahr 2019 beobachteten Anteil (83 %) sehr nahe kommt und einer Abnahme der stationären Eingriffe um 10 % entspricht. Das Planungsmodell geht von der Hypothese aus, dass das Potenzial der Verlagerung von stationär zu ambulant bis 2025 erreicht wird, wobei ein linearer Rückgang zu verzeichnen ist.

Von der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sind nur die in Anhang 1a der KLV vom 1. Juli 2020 definierten Eingriffe betroffen. Allerdings werden bis 2035 weitere Eingriffe hinzukommen²². Bis zum Jahr 2035 entsprechen die Hypothesen des Minimalszenarios, des Basisszenarios und des Maximalszenarios einer Verlagerung von 417, 238 und 60 Fällen (T 3.23).

²¹ Berechnungen des Amtes für Gesundheit des Kantons Freiburg aufgrund der Ergebnisse des Obsan im Rahmen eines Auftrags der Regionalkonferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren «Groupement romand des services de santé publique» (GRSP) (2022)

²² Die Erweiterung der Eingriffsliste, die das BAG bei Abschluss dieses Berichts publiziert hat, wird zu einer Zunahme von potenziell verlagerbaren Fällen führen (siehe 2.7.3). Da die Westschweiz bei der Verlagerung in den ambulanten Bereich relativ weit fortgeschritten ist, dürften die Auswirkungen jedoch nicht gross sein. Auf der Ebene aller prognostizierten Fälle in der Akutversorgung dürften die Auswirkungen vernachlässigbar sein.

Fast die Hälfte der verlagerbaren Fälle betrifft die Orthopädie (z. B. Menishektomie oder Arthroskopie des Knies): Gemäss dem Basisszenario wird bis 2035 eine Verlagerung von 112 Fällen erwartet, was einem Rückgang von 2,2 % entspricht.

Die übrigen verlagerbaren Fälle betreffen vor allem das Basispaket (Verlagerung von 76 Fällen, was einem Rückgang von 0,5 % entspricht) und die Gynäkologie (Verlagerung von 36 Fällen, was einem Rückgang von 2,7 % entspricht).

T 3.23 Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario, nach SPLB, 2019–2035

Hauptbereiche	SLPB	Referenz	Min		Basis		Max	
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Grundversorgung	Basispaket	14'297	14'164	-0.9%	14'221	-0.5%	14'278	-0.1%
	Dermatologie	121	121	0.0%	121	0.0%	121	0.0%
Nervensystem und Sinnesorgane	Oto-Rhino-Laryngologie	754	748	-0.8%	750	-0.5%	753	-0.1%
	Neurochirurgie	202	202	0.0%	202	0.0%	202	0.0%
	Neurologie	1'016	1'016	0.0%	1'016	0.0%	1'016	0.0%
	Ophthalmologie	174	174	0.0%	174	0.0%	174	0.0%
	Endokrinologie	191	191	0.0%	191	0.0%	191	0.0%
Innere Organe	Gastroenterologie	824	823	-0.1%	823	-0.1%	824	0.0%
	Viszeralchirurgie	853	851	-0.2%	852	-0.1%	853	0.0%
	Hämatologie	485	485	0.0%	485	0.0%	485	0.0%
	Gefässe	569	568	-0.2%	569	0.0%	569	0.0%
	Herz	2'035	2'035	0.0%	2'035	0.0%	2'035	0.0%
	Nephrologie	122	122	0.0%	122	0.0%	122	0.0%
	Urologie	1'710	1'700	-0.6%	1'704	-0.4%	1'709	-0.1%
	Pneumologie	746	746	0.0%	746	0.0%	746	0.0%
	Thoraxchirurgie	135	135	0.0%	135	0.0%	135	0.0%
	Transplantationen solider Organe	22	22	0.0%	22	0.0%	22	0.0%
	Bewegungsapparat	Orthopädie	4'982	4'787	-3.9%	4'870	-2.2%	4'954	-0.6%
Rheumatologie		110	110	0.0%	110	0.0%	110	0.0%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'358	1'294	-4.7%	1'322	-2.7%	1'349	-0.7%
	Geburtshilfe	3'935	3'931	-0.1%	3'933	-0.1%	3'934	-0.0%
	Neugeborene	3'421	3'421	0.0%	3'421	0.0%	3'421	0.0%
Andere	(Radio-) Onkologie	309	309	0.0%	309	0.0%	309	0.0%
	Schwere Verletzungen	100	100		100		100	
Palliative Care	Palliative Care (gemäss DRG)	291	291	0.0%	291	0.0%	291	0.0%
Total		38'762	38'345	-1.1%	38'524	-0.6%	38'702	-0.2%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Auswirkungen des medizintechnischen Faktors

Indirekt wird der medizintechnische Fortschritt zum Teil bereits in den Hypothesen für die Verlagerung in den ambulanten Bereich, die durch die Einführung neuer Technologien ermöglicht wird, berücksichtigt. Zudem beziehen die Prognoseszenarien die Auswirkungen der Medizintechnik direkt mit ein, und zwar in zweierlei Hinsicht (T 3.24). Erstens könnten im Bereich der Neurologie neue Behandlungsmöglichkeiten bei Schlaganfällen zu einer Verlagerung von Fällen von einer SPLG in eine andere führen (siehe 2.7.3). Die Auswirkungen auf die Fallzahlen sind hier jedoch gleich Null.

Zweitens gehen das Basisszenario und das Maximalszenario für die Orthopädie von einer Zunahme der Fallzahlen in Verbindung mit Wechseloperationen Knieprothesen und Wechseloperationen Hüftprothesen aus. Bis

2035 wird mit zusätzlich 209 Fällen (+4,2 %) und 314 Fällen (+6,3 %) gerechnet. Insgesamt bedeuten diese Hypothesen eine Zunahme der Gesamtzahl der Fälle, gemäss dem Basisszenario um 0,5 % und gemäss dem Maximalszenario um 0,8 %. Zu beachten ist, dass sowohl im Basisszenario als auch im Maximalszenario der Effekt des Aufwärtstrends für die Orthopädie den Effekt des Abwärtstrends im Zusammenhang mit der Verlagerung in den ambulanten Bereich überwiegt (T 3.23 und T 3.24).

T 3.24 Auswirkungen des medizintechnischen Faktors auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach SPLB, 2019–2035

SPLB	Referenz	Min		Basis		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Neurologie	1'016	1'016	0.0%	1'016	0.0%	1'016	0.0%
Orthopädie	4'982	4'982	0.0%	5'191	+4.2%	5'296	+6.3%
Total	38'762	38'762	0.0%	38'971	+0.5%	39'076	+0.8%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

4 Psychiatrie

4.1 Bedarfsanalyse

Wie im Bereich der Akutversorgung schreibt Artikel 58b Absatz 1 KVV den Kantonen vor, ihren Bedarf an stationärer psychiatrischer Versorgung in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, indem sie sich sowohl auf statistisch ausgewiesene Daten stützen als auch Vergleiche berücksichtigen. Ebenfalls zu ermitteln ist das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf ihrer Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Artikel 58c Buchstabe b KVV präzisiert, dass die Planung in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgt. In der Psychiatrie gibt es patientenbezogen viel mehr Substitutionsmöglichkeiten für einen stationären Aufenthalt als in der somatischen Akutmedizin. Es ist deshalb wichtig, die ambulanten und teilstationären Strukturen und Prozesse in die Spitalplanung zu integrieren (GDK 2008). Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im vorliegenden Bericht im Wesentlichen die Planung für die stationäre Psychiatrie dargestellt. So bietet der Abschnitt 4.1 für den Zeitraum 2015–2019 eine Analyse der Inanspruchnahme der Versorgung (4.1.1), einschliesslich der ambulanten stationären Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Analyse des Versorgungsangebots (4.1.2) und der interkantonalen Patientenströme (4.1.3).

Die folgenden Analysen basieren auf den Daten 2015–2019 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und stützen sich auf die im Kanton Freiburg im Jahr 2019 geltende Spitalliste. In Bezug auf die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Daten der SASIS AG (Datenpool) verwendet. Die Abgrenzung der Psychiatrie findet sich in Kasten 4, Seite 22. Die verwendeten Analysekatégorien entsprechen den drei im Kanton Freiburg geltenden Leistungsaufträgen: Kinder- und Jugendpsychiatrie (< 18 Jahre), Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) und Alterspsychiatrie (65+ Jahre) gemäss Kasten 6. Ergänzend werden Analysen nach psychiatrischen Fallgruppen (PCG) für das Jahr 2019 gemäss TARPSY 2.0 dargestellt.

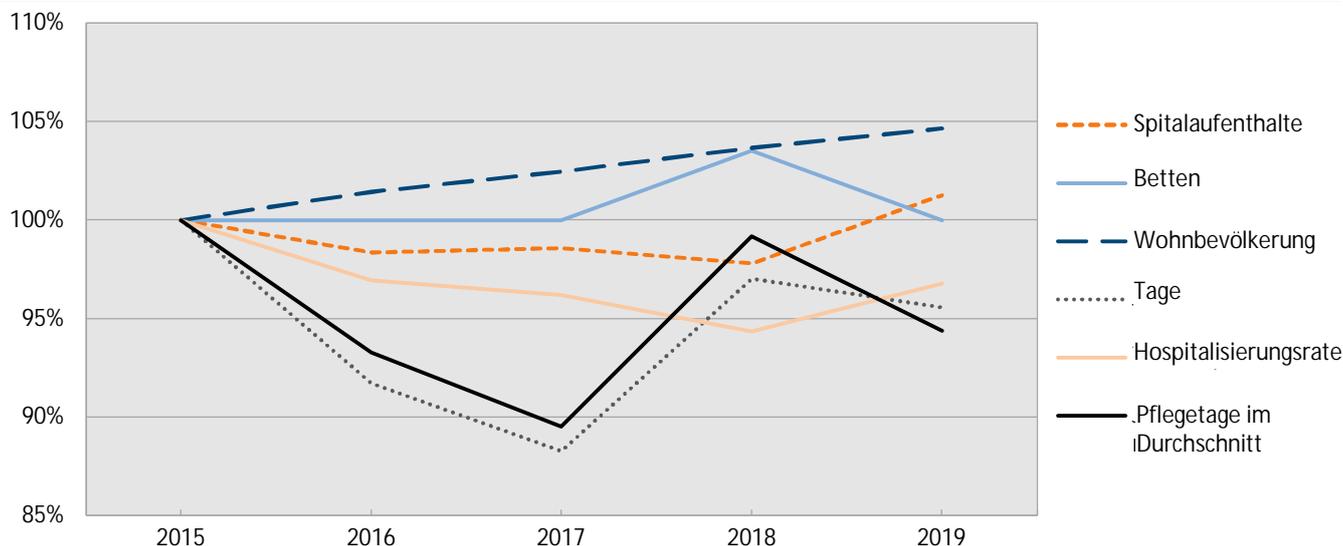
4.1.1 Inanspruchnahme der Versorgung

Die in G 4.1 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung im Bereich der Psychiatrie. Trotz des Bevölkerungswachstums zwischen 2015 und 2019 (+4,7 %) hat sich die Anzahl Spitalaufenthalte in diesem Zeitraum bei rund 2600 gehalten (+0,3 %), wobei die Hospitalisierungsrate leicht gesunken ist (-3,2 %), nämlich von 8,4 Spitalaufenthalten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2015 auf 8,2 im Jahr 2019. Hierbei ist anzumerken, dass mit der Einführung von TARPSY im Jahr 2018 Fälle, die innert 18 Tagen wieder hospitalisiert werden, unter bestimmten Bedingungen unter derselben Fallnummer zusammengeführt werden. Ein Fall kann somit auch aus mehreren Spitalaufenthalten bestehen, was die Hospitalisierungsrate senken kann.

Gleichzeitig sank auch die durchschnittliche Anzahl Pflégetage pro Spitalaufenthalt von 28,1 auf 26,5 Tage (-5,6 %). Grundsätzlich dürfte die neue Falldefinition ab 2018 zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer führen. Es ist daher möglich, dass die Beobachtungen zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Zeitraum 2015–2019 tatsächlich einen rückläufigen Trend widerspiegeln.

Die rückläufigen Trends der Hospitalisierungsrate und der durchschnittlichen Anzahl Pfl egetage sind auf einen deutlicheren Rückgang der Gesamtzahl der Spitalaufenthaltsstage zurückzuführen, die von 72 776 Tagen im Jahr 2015 auf 69 551 Tage im Jahr 2019 gesunken ist (-4,4 %). Die Bettenzahl ist jedoch bei 170 geblieben und betrifft das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG).

G 4.1 Allgemeine Kennzahlen zur Situation der psychiatrischen Versorgung im Kanton FR, 2015–2019



	2015	2016	2017	2018	2019	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	307 461	311 914	315 074	318 714	321 783	+14 322	+4,7 %	+1,1 %
Spitalaufenthalte	2 593	2 550	2 556	2 536	2 626	+33	+1,3 %	+0,3 %
Spitalaufenthalte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner	8,4	8,2	8,1	8,0	8,2	-0,3	-3,2 %	-0,8 %
Pfl egetage im Durchschnitt*	28,1	26,2	25,1	27,8	26,5	-1,6	-5,6 %	-1,4 %
Spitalaufenthaltsstage*	72 776	66 750	64 240	70 608	69 551	-3 225	-4,4 %	-1,1 %
Betten	170	170	170	176	170	0	0,0 %	0,0 %

Anmerkung: Die Bettenzahl entspricht der Anzahl der Bettenbetriebstage (= Tage, an denen ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht) im Bereich Psychiatrie gemäss KS geteilt durch 365. Die ständige Wohnbevölkerung von STATPOP bezieht sich auf den 31. Dezember des jeweiligen Jahres. * = Berücksichtigt werden die Pfl egetage (maximal 365) der Fälle A und C.

Quellen: BFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2023

Analog zu den Analysen für die Akutversorgung beschränken sich auch die Analysen für die Psychiatrie auf Fälle, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. 2019 machen diese 99,2 % der psychiatrischen Spitalaufenthalte der Freiburger Wohnbevölkerung aus. Dies bedeutet, dass in jenem Jahr lediglich 22 Spitalaufenthalte von einem anderen Kostenträger finanziert wurden.

Fallzahlen

Im Jahr 2019 verzeichnet die Freiburger Wohnbevölkerung 2626 Spitalaufenthalte in der Psychiatrie (T 4.1): 8,3 % entfallen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie (217 Fälle), 76,0 % auf die Erwachsenenpsychiatrie (1997 Fälle) und 15,7 % auf die Alterspsychiatrie (412 Fälle).

Mit gewissen Schwankungen sind die Gesamtfallzahlen im Zeitraum 2015–2019 vergleichsweise stabil geblieben (+1,3 %). Relativ gesehen waren die Schwankungen bei den unter 18-Jährigen am grössten (Minimum von 167 Fällen im Jahr 2016 und Maximum von 231 Fällen im Jahr 2018). Es sei daran erinnert, dass die Einführung

von TARPSY im Jahr 2018 zu einer Neudefinition des Falles führte, was einen Bruch in der Datenserie zur Folge hat. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Anwendung von TARPSY erst ab dem 1. Januar 2019 obligatorisch, was eine unterschiedliche Fluktuation in dieser Altersklasse erklären könnte. Generell sind in dieser Übergangsphase die Entwicklungen der Fallzahlen zwischen 2017 und 2019 mit Vorsicht zu interpretieren.

T 4.1 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, nach Leistungsgruppe, 2015–2019

Leistungsgruppen	Freiburg							
	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
Kinder- / Jugendpsychiatrie	186	167	195	231	217		+16,7%	8,3%
Erwachsenenpsychiatrie	1 997	1 973	1 958	1 913	1'997		+0,0%	76,0%
Alterspsychiatrie	410	410	403	392	412		+0,5%	15,7%
Total	2 593	2 550	2 556	2 536	2626		+1,3%	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

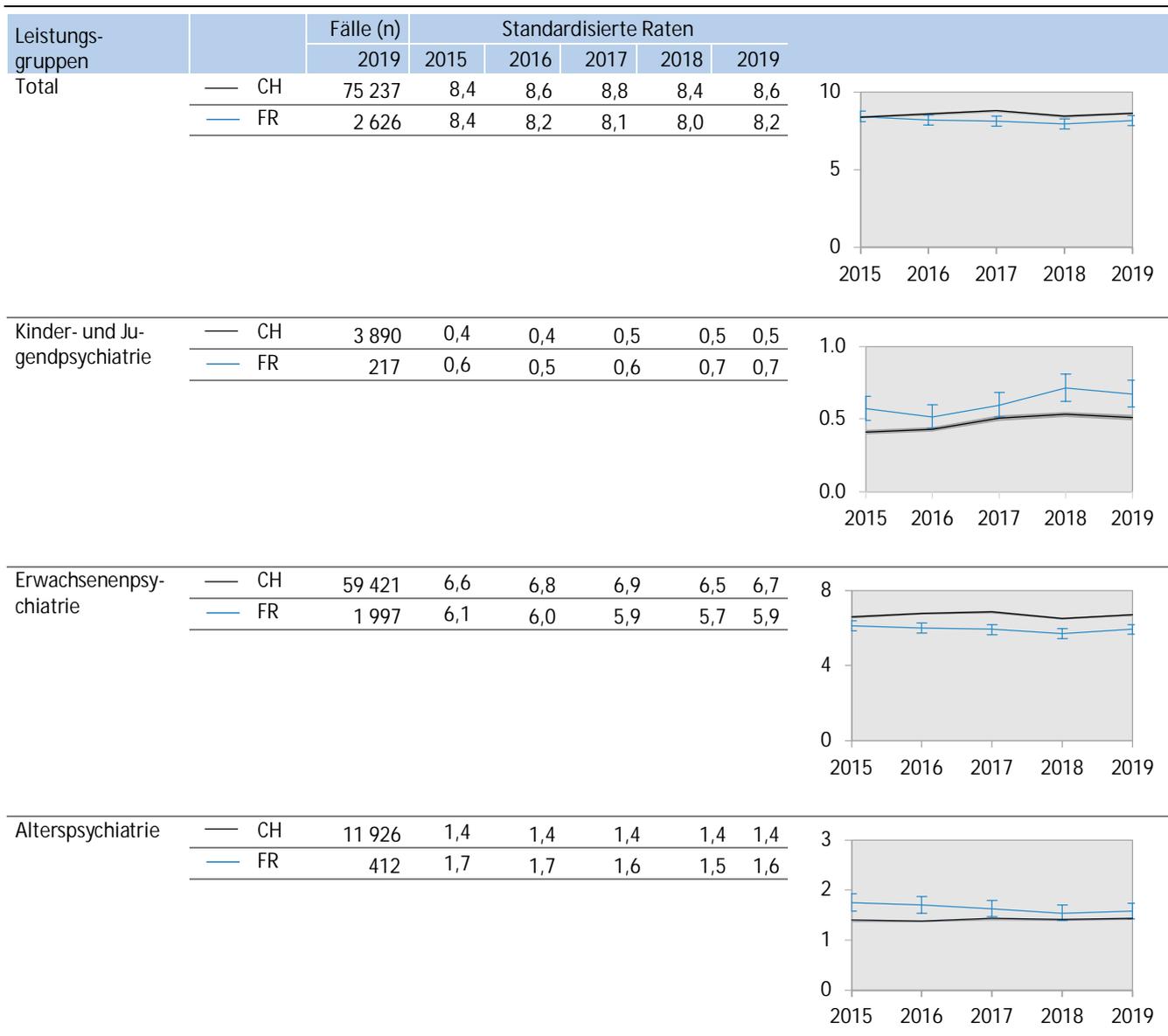
Hospitalisierungsrate

Im Jahr 2015 wies der Kanton Freiburg eine standardisierte Hospitalisierungsrate von 8,4 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf, was der durchschnittlichen Hospitalisierungsrate in der Schweiz entspricht (G 4.2). Im Jahr 2019 liegt die Hospitalisierungsrate für den Kanton Freiburg etwas tiefer (8,2), während sie für die gesamte Schweiz etwas höher liegt (8,6). Diese Divergenz wird vor allem durch die Raten der Erwachsenenpsychiatrie, der zahlenmässig wichtigsten Leistungsgruppe, beeinflusst. Hingegen weist der Kanton Freiburg für die Leistungsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Alterspsychiatrie höhere standardisierte Hospitalisierungsraten auf als der schweizerische Durchschnitt.

2019 entfallen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner 5,9 Spitalaufenthalte (standardisierte Rate) in der Erwachsenenpsychiatrie, 1,6 in der Alterspsychiatrie und 0,7 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie²³.

²³ Die Leistungsgruppen, wie sie für die Psychiatrie des Kantons Freiburg festgelegt wurden, entsprechen in der Realität Altersklassen. Wie bei allen Leistungsgruppen werden die Raten jedoch in Bezug auf die Gesamtbevölkerung berechnet, wobei die Raten standardisiert werden, um bei gleicher Bevölkerungsstruktur die Freiburger und die Schweizer Raten vergleichen zu können. Die Niveaus unterscheiden sich somit erheblich von dem, was mit Brutto-Raten nach Altersklassen erreicht würde. Tatsächlich käme man auf 3,4 Fälle pro 1000 Freiburger Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren, auf 9,7 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter zwischen 18 und 64 Jahren und auf 8,0 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahren.

G 4.2 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Leistungsgruppe, Schweiz und Kanton FR, 2015–2019



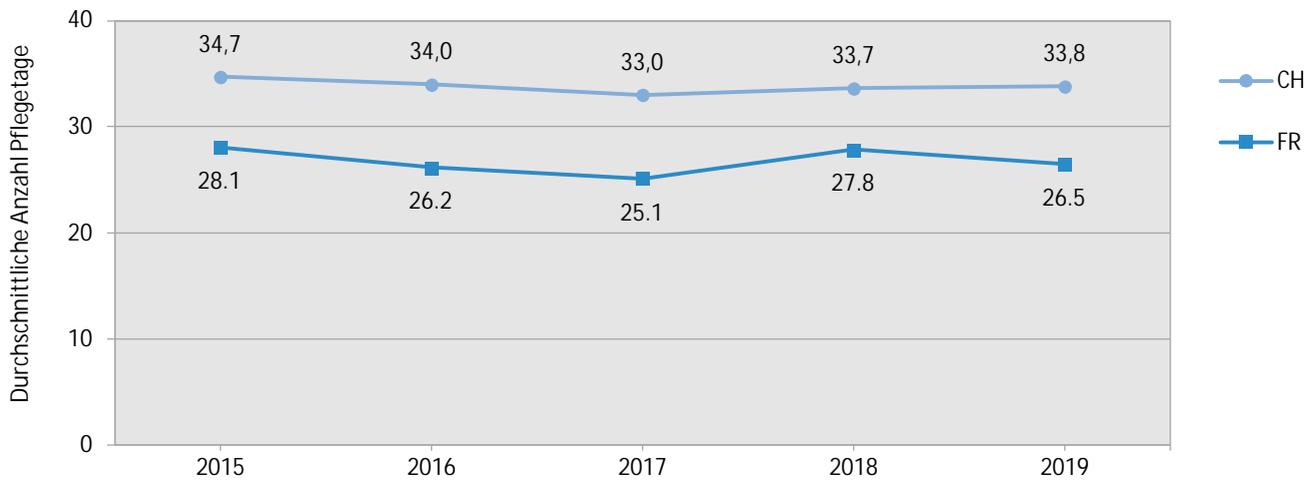
Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Pflegetage

Die Grafik G 4.3 zeigt die durchschnittliche Anzahl Pflegetage für den Kanton Freiburg und die Schweiz zwischen 2015 und 2019. Da die durchschnittliche Anzahl Pflegetage im Jahr 2018 aufgrund der Neudefinition der Fälle im Zusammenhang mit der TARPSY-Einführung sicherlich angestiegen ist, deuten die Ergebnisse für die Schweiz insgesamt auf einen Abwärtstrend hin, der im Jahr 2019 bei durchschnittlich 33,8 Tagen zu liegen kommt. Für die Freiburger Wohnbevölkerung liegt die durchschnittliche Anzahl Pflegetage nach wie vor unter dem Schweizer Durchschnitt (2019: 26,5 Tage). Es scheint sich ebenfalls ein Abwärtstrend abzuzeichnen.

G 4.3 Durchschnittliche Anzahl Pfl egetage, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR und der CH, 2015–2019



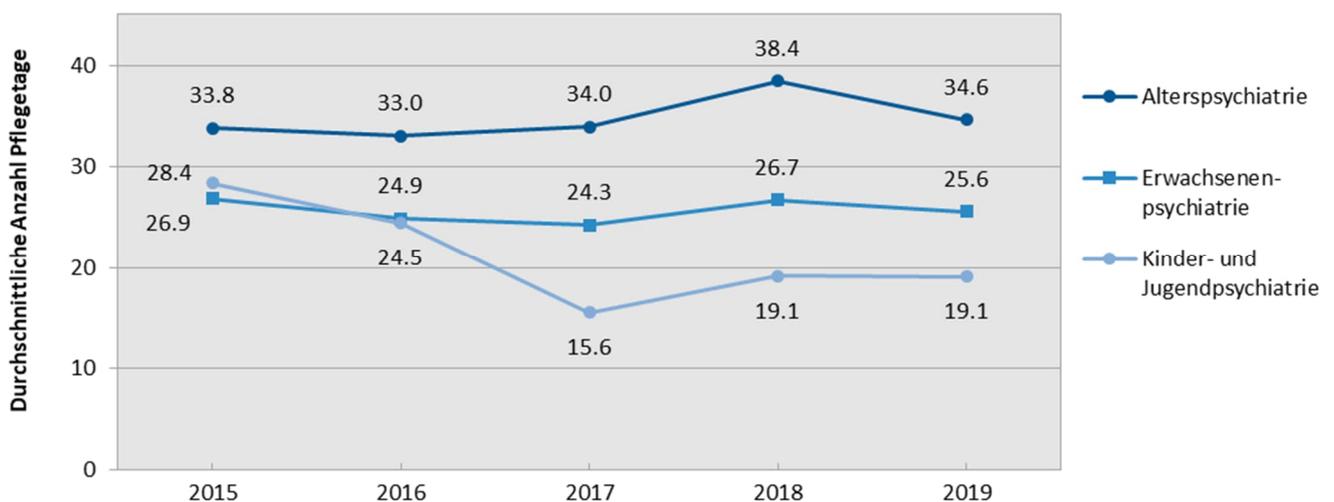
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die durchschnittliche Anzahl Pfl egetage variiert je nach Leistungsgruppe (G 4.4). Mit durchschnittlich 19,1 Pfl egetagen im Jahr 2019 weist die Kinder- und Jugendpsychiatrie die kürzeste Aufenthaltsdauer auf. In der Erwachsenenpsychiatrie liegt die durchschnittliche Anzahl Pfl egetage bei 25,6 und in der Alterspsychiatrie bei 34,6.

Angesichts der vergleichsweise geringen Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Auswirkungen der Einführung von TARPSY im Jahr 2018, für diese Patientenkat egorie erst ab 2019 obligatorisch, ist es schwieriger, die Schwankungen der durchschnittlichen Anzahl Pfl egetage dieser Gruppe zu interpretieren.

G 4.4 Durchschnittliche Anzahl Pfl egetage nach Leistungsgruppe, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, 2015–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Tabelle T 4.2 zeigt, dass die durchschnittliche Anzahl Pfl egetage je nach Leistungsgruppe variiert. Die kürzeste durchschnittliche Dauer wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 19,1 Tagen verzeichnet, während sie in der Erwachsenenpsychiatrie bei 25,6 Tagen und in der Alterspsychiatrie bei durchschnittlich 34,6 Tagen liegt.

Fast drei Viertel der Pflēgetage der Freiburger Bevōlkerung in der Psychiatrie entfallen auf die Erwachsenenpsychiatrie.

T 4.2 Pflēgetage im Kanton FR, nach Leistungsgruppe und nach Wohnregion, 2019

	Pflēgetage	Anteil in %	Ø Tage
Kinder- und Jugendpsychiatrie	4 142	6 %	19,1
Erwachsenenpsychiatrie	51 152	74 %	25,6
Alterspsychiatrie	14 257	20 %	34,6
Total	69 551	100 %	26,5

Anmerkung: Berücksichtigt werden die Pflēgetage (maximal 365) der Fälle A und C.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Analysen nach psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

Vor der Einführung der Tarifstruktur TARPSY (Kasten 12) wurden die Aufenthalte mit Tagespauschalen abgerechnet. Durch die Tarifstruktur TARPSY wird die Vergütung aller Leistungen der stationären Psychiatrie mittels leistungsorientierter Pauschalen vereinheitlicht, eine Forderung des KVG. Sie ermöglicht eine grössere Transparenz und eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Leistungserbringern mit ähnlichen Merkmalen in Bezug auf den Leistungsauftrag und die Rahmenbedingungen. Dieses Unterkapitel liefert ergänzende Analysen auf der Grundlage der psychiatrischen Kostengruppen zur Inanspruchnahme der stationären Psychiatrie durch Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg.

Kasten 12 TARPSY und psychiatrische Kostengruppen (PCG)

Die Tarifstruktur TARPSY zur Finanzierung der Aufenthalte in der stationären Psychiatrie ist am 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Anwendung der Tarifstruktur per 1. Januar 2019 obligatorisch.

Die Tarifstruktur TARPSY besteht aus zehn Hauptkategorien, den sogenannten psychiatrischen Basis-Kostengruppen. Sie werden anhand der Hauptdiagnose bestimmt und sind in eine oder mehrere Unterkategorien, die psychiatrischen Kostengruppen (Psychiatrie Cost Groups, PCG), gegliedert. Jede PCG entspricht einer Gruppe einheitlicher Fälle. Innerhalb der Hauptkategorie werden die PCG nach Kriterien wie Nebendiagnosen, Schweregrad der psychiatrischen Symptome beim Spitaleintritt und Alter der Patientin oder des Patienten differenziert. Die PCG sind mit einem fünfstelligen Code gekennzeichnet. Die ersten vier Zeichen definieren die psychiatrische Basis-Kostengruppe (Basis-PCG). Das fünfte Zeichen der PCG, das den Wert A, B, C oder Z tragen kann, dient der Unterscheidung der Fälle nach Ressourcenverbrauch in absteigender Reihenfolge, wobei A den höchsten Ressourcenverbrauch bezeichnet und Z für Fälle ohne weitere Ausdifferenzierung der dazugehörenden Basis-PCG vorgesehen ist. In jeder Basis-Kostengruppe werden die PCG, die sich auf Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren beziehen, als Wert A bezeichnet, was einen höheren Versorgungsbedarf für die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten widerspiegelt.

Quelle: BFS 2020b

Die Tabelle T 4.3 zeigt die Aufteilung der Aufenthalte und Pflēgetage der Freiburger Einwohnerinnen und Einwohner nach psychiatrischen Kostengruppen (PCG, siehe Kasten 12). Sie ermöglicht es, die Hauptkategorien der Krankheitsbilder hervorzuheben, von denen hospitalisierte Personen am häufigsten betroffen sind und die am meisten Pflēgetage nach sich ziehen. Unter den ersten drei befinden sich die «Depressiven oder depressiv-bipolaren Störungen» (29,7 % der Aufenthalte; 29,8 % der Tage), die «Psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, anderen Drogen oder anderen Substanzen» (18,4 % der Aufenthalte; 16,1 % der

Tage) sowie die Fälle von «Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen» (15,8 % der Aufenthalte; 19,8 % der Tage).

Mit durchschnittlich 46,8 Pflēgetagen im Jahr 2019 ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für «Störungen bei Demenz und andere organische Störungen des ZNS, Alter > 17 Jahre» besonders hoch. Deutlich tiefer ist die durchschnittliche Anzahl Pflēgetage für «Neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen» sowie für «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (je nach Gruppe durchschnittlich 11 bis 20 Tage). Zu beachten ist auch, dass die Gruppen mit erhöhtem Versorgungsbedarf (A) nicht systematisch die Gruppen mit den höchsten durchschnittlichen Aufenthaltsdauern sind.

T 4.3 Fallzahlen und Pflēgetage, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach PCG, 2019

Beschreibung	PCG	Fälle		Pflēgetage*	Pflēgetage **		
		N	Anteil in %	Ø	Vol.	Anteil in %	
Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, anderen Drogen oder anderen Substanzen	Alter < 18 Jahre oder komplizierende Nebendiagnose	TP21A	335	12,8%	24,0	8 032	11,5%
	Alter > 17 Jahre	TP21B	148	5,6%	21,2	3 139	4,5%
Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS	Alter < 18 Jahre oder Delir oder Alter > 75 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose	TP24A	129	4,9%	33,1	4 264	6,1%
	Alter > 17 Jahre	TP24B	81	3,1%	46,8	3 791	5,5%
Schizophrenie, schizotypische oder halluzinatorische Störungen	Alter < 18 Jahre oder komplizierende Nebendiagnose	TP25A	26	1,0%	37,0	962	1,4%
	Alter > 17 Jahre	TP25B	388	14,8%	33,0	12 790	18,4%
Manische Störungen	Alter < 18 Jahre oder komplizierende Nebendiagnose	TP26A	20	0,8%	38,3	766	1,1%
	Alter > 17 Jahre	TP26B	60	2,3%	29,6	1 777	2,6%
Depressive oder depressiv-bipolare Störungen	Alter < 18 Jahre	TP27A	38	1,4%	15,7	595	0,9%
	Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose	TP27B	290	11,0%	25,6	7 409	10,7%
Neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen	Alter < 18 Jahre	TP27C	452	17,2%	28,1	12 719	18,3%
	Alter > 17 Jahre	TP28A	47	1,8%	10,9	510	0,7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Alter < 18 Jahre	TP28B	206	7,8%	18,8	3 870	5,6%
	Alter > 17 Jahre	TP29A	25	1,0%	20,5	512	0,7%
Körperliche, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen	Alter > 17 Jahre	TP29B	210	8,0%	17,3	3 640	5,2%
	Alter < 18 Jahre mit Intelligenz- oder Verhaltensstörung	TP30A	94	3,6%	24,8	2 334	3,4%
	Alter > 17 Jahre mit Intelligenz- oder Verhaltensstörung	TP30B	19	0,7%	17,5	332	0,5%
Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose	Alter > 17 Jahre	TP30C	57	2,2%	35,9	2 046	2,9%
Total			2 626	100%	26,5	69 551	100%

Anmerkung: * = Berücksichtigt werden nur A-Fälle mit einer maximalen Anzahl von 365 Spitalaufenthaltsdagen; ** = Berücksichtigt werden die Pflēgetage (maximal 365) der Fälle A und C.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Gründe für einen Spitalaufenthalt in der Psychiatrie sind für die nach Altersklassen definierten Leistungsgruppen relativ spezifisch (T 4.4). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die wichtigsten Basis-PCG «Körperliche, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen» (39,2 % der Fälle). In der Erwachsenenpsychiatrie umfassen die häufigsten Basis-PCG «Depressive oder depressiv-bipolare Störungen» (31,7 %), «Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, anderen Drogen oder anderen Substanzen» (21,5 %) und «Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen» (18,8 %). In der Alterspsychiatrie schliesslich betrifft fast die Hälfte der Basis-PCG «Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des zentralen Nervensystems» (45,6 %).

T 4.4 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, nach Leistungsgruppe und Basis-PCG, 2019

Basis PCG	Beschreibung	Leistungsgruppen						Total allgemein	
		Kinder- / Jugendpsychiatrie		Erwachsenen- psychiatrie		Alterspsychiatrie			
		N	Anteil in %	N	Anteil in %	N	Anteil in %	N	Anteil in %
TP21	Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, anderen Drogen oder anderen Substanzen	12	5,5%	430	21,5%	41	10,0%	483	18,4%
TP24	Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS	1	0,5%	21	1,1%	188	45,6%	210	8,0%
TP25	Schizophrenie, schizotypische oder halluzinatorische Störungen	9	4,1%	376	18,8%	29	7,0%	414	15,8%
TP26	Manische Störungen	0	0,0%	67	3,4%	13	3,2%	80	3,0%
TP27	Depressive oder depressiv-bipolare Störungen	38	17,5%	633	31,7%	109	26,5%	780	29,7%
TP28	Neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen	47	21,7%	177	8,9%	29	7,0%	253	9,6%
TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	25	11,5%	210	10,5%	0	0,0%	235	8,9%
TP30	Körperliche, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen	85	39,2%	82	4,1%	3	0,7%	170	6,5%
TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	1	0,0%
Total allgemein		217	100%	1997	100%	412	100%	2626	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Schweiz bestehen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besondere Herausforderungen. Während in einem aktuellen Bericht des BAG die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungskontinuität beim Übergang vom jugendlichen Alter ins Erwachsenenalter aufgezeigt wurde (von Wyl et al. 2020), wurde im Zeitraum 2012–2018 insbesondere bei Kindern und Jugendlichen eine Zunahme der Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung, sowohl in ambulanter als auch in stationärer Hinsicht, beobachtet (Schuler et al. 2020). Für den Kanton Freiburg zeigen die Befunde zu den drei Behandlungsarten der Kinder- und Jugendpsychiatrie – psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen, ambulante Spitalpsychiatrie und stationärer Bereich – gegensätzliche Ergebnisse.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen liegen erst ab 2016²⁴ Daten vor (G 4.5). Die Inanspruchnahme von Konsultationen ist bei den Mädchen relativ stabil, während sie bei den Jungen ab 2017 zu sinken und sich der Rate der Mädchen anzunähern scheint. Das Jahr 2020 ist ein besonderes Jahr, da es vom Beginn der Covid-19-Pandemie geprägt ist. Der Lockdown im Frühjahr hat zu einem Rückgang der Anzahl Konsultationen geführt, weshalb die Inanspruchnahmerate insgesamt tiefer ist.

Im ambulanten Spitalbereich lässt sich anhand der Zeitreihe zwischen 2012 und 2016 ein steigender Trend bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Konsultationen feststellen (G 4.6). Dieser scheint sich danach bei ungefähr 110 Konsultationen pro 1000 versicherte Personen unter 18 Jahren zu stabilisieren.

Schliesslich weist die Hospitalisierungsrate bei Kindern und Jugendlichen mehr Schwankungen auf (zwischen 2015 und 2019 zwischen 2,7 und 3,8 Aufenthalte pro 1000 Personen unter 18 Jahren, G 4.7). Da die Hospitalisierung für diese Bevölkerungsgruppe das letzte Mittel darstellt, fällt die Zahl der Aufenthalte sehr gering aus (217 im Jahr 2019 gegenüber rund 25 500 ambulanten Konsultationen). Dies erschwert, neben der Einführung der

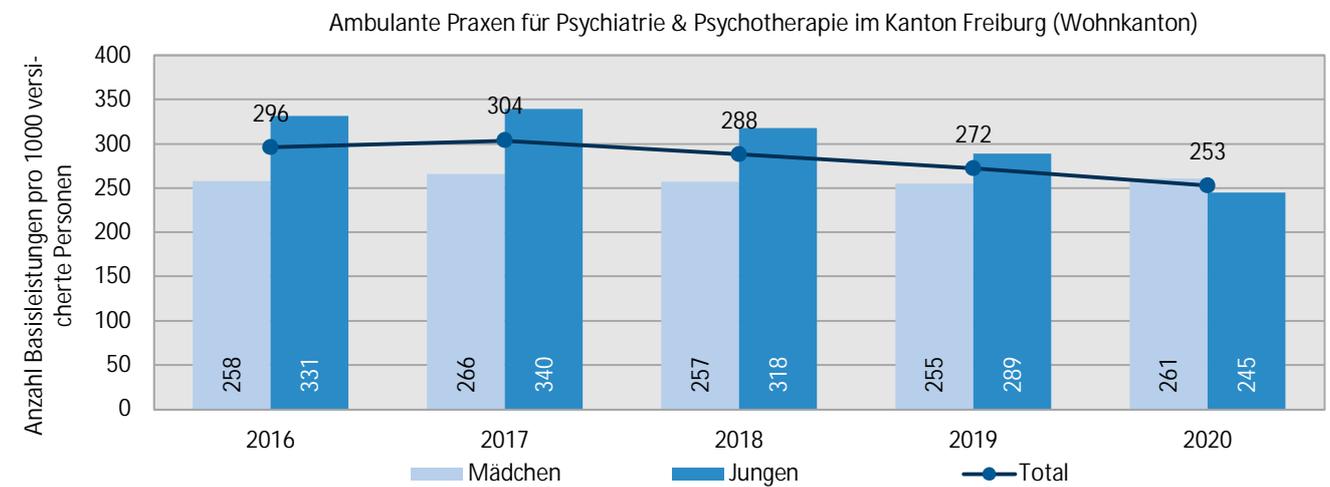
²⁴ Bis 2015 wurden die Konsultationen nicht korrekt erfasst.

Tarifstruktur TARPSY, die mit ihrer neuen Definition einen Einfluss auf die Anzahl der stationären Fälle hat, die Feststellung eines Trends.

Betrachtet man die Praktiken in Spital und Praxen zusammen, so wiesen Jungen im Jahr 2016 eine deutlich höhere Inanspruchnahmerate von ambulanten Konsultationen auf als Mädchen (463 pro 1000 Versicherte gegenüber 361 Konsultationen pro 1000 Versicherte). Danach nähern sich die beiden Raten bis 2019 tendenziell an (403 Konsultationen pro 1000 Versicherte gegenüber 369 pro 1000 Versicherte). Die Hospitalisierungsrate der Mädchen ist hingegen jedes Jahr deutlich höher als diejenige der Jungen (4,9 Spitalaufenthalte von Mädchen gegenüber 2,0 Spitalaufenthalten von Jungen im Jahr 2019).

In der Gesamtheit der Spitalaufenthalte bezieht sich die häufigste Diagnosegruppe auf «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» (F90-F98, 28 % der Diagnosegruppen im Jahr 2019), gefolgt von «Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen» (F40-F48, 22 %). Das heisst, die Hälfte der Spitalfälle im Jahr 2019 betrifft eine dieser Kategorien von Störungen (T 4.5).

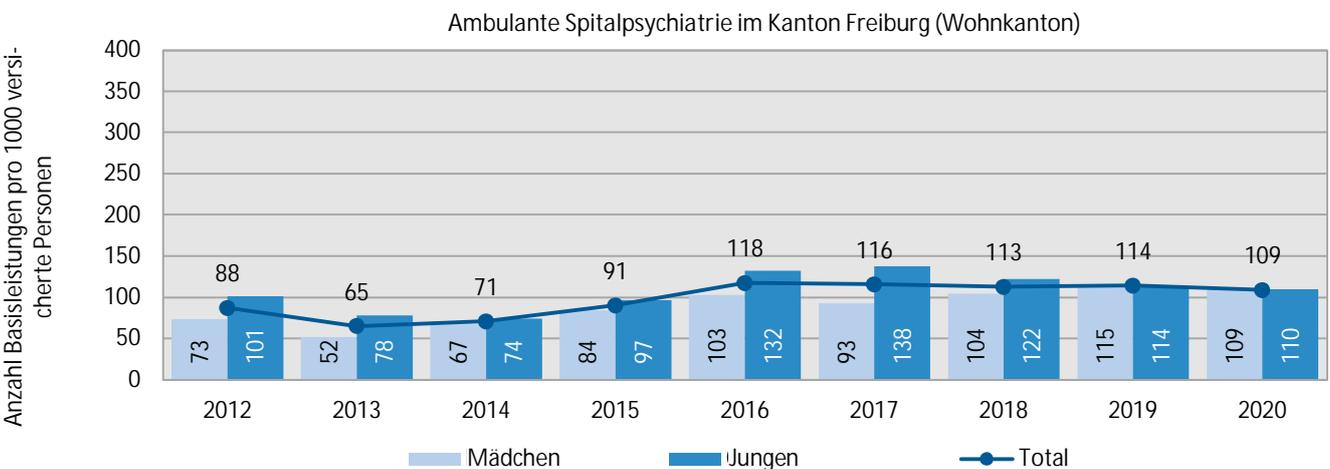
G 4.5 Inanspruchnahme ambulanter Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton FR nach Geschlecht, Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, 2016–2020



Anmerkung: Die Basisleistungen umfassen Konsultationen und Hausbesuche.
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Obsan-Analyse

© Obsan 2023

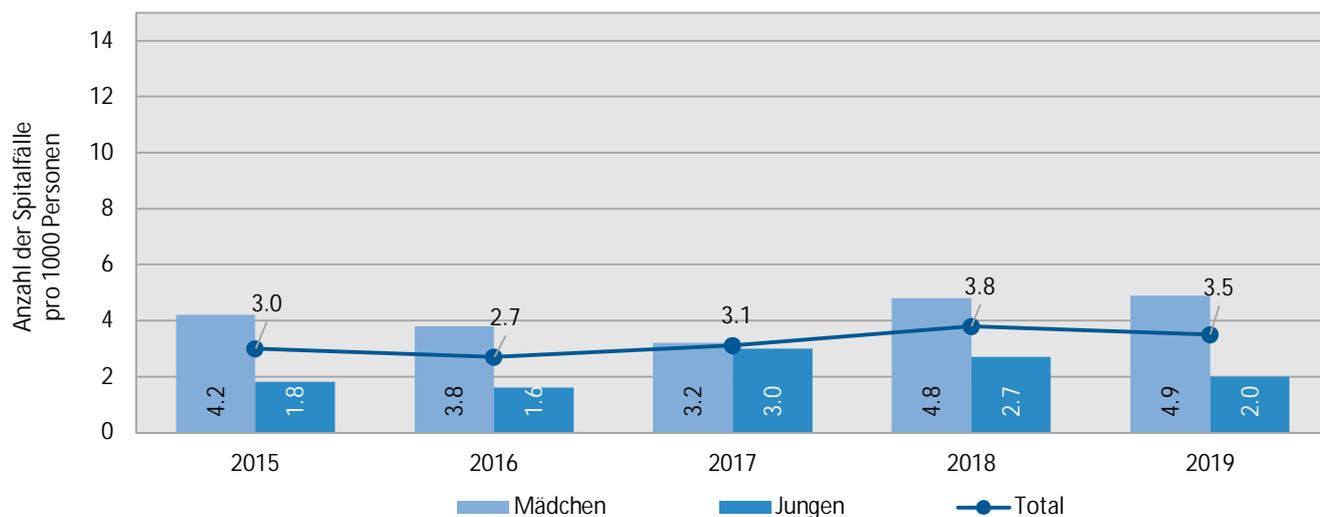
G 4.6 Inanspruchnahme ambulanter Spitalpsychiatrie im Kanton FR nach Geschlecht, Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, 2012–2020



Anmerkung: Bei den Basisleistungen handelt es sich um Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie.
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Obsan-Analyse

© Obsan 2023

G 4.7 Inanspruchnahme stationärer Spitalpsychiatrie im Kanton FR nach Geschlecht, Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, 2015–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

T 4.5 Spitalaufenthalte von im Kanton FR wohnhaften Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren nach Hauptdiagnose, 2019

Diagnosegruppen	Fälle	Anteil in %	
	2019		
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	61	28 %	
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	47	22 %	
F30-F39 Affektive Störungen	38	18 %	
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	25	12 %	2 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	17	8 %	8 %
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	12	6 %	6 %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	9	4 %	4 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	6	3 %	3 %
Andere	2	1 %	1 %
Total	217	100 %	

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

4.1.2 Versorgungsangebot

Fallzahlen und Patientenstruktur

Die Spitalliste des Kantons Freiburg für den Bereich der Psychiatrie, die 2019 für die analysierten Daten gilt, umfasst vier Spitäler (Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser vom 31.03.2015). Im Kanton Freiburg versorgt das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) die Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie und der Alterspsychiatrie, und das freiburger spital (HFR) verfügt über einen Leistungsauftrag für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anhang 3 der erwähnten Verordnung). Ausserhalb des Kantons verfügen die Privatklinik Meiringen über einen Leistungsauftrag für die Erwachsenenpsychiatrie und das Hôpital Saint-Loup des Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) über einen Leistungsauftrag für die Behandlung von Anorexie- und Bulimiestörungen in allen drei Gruppen, also für Patientinnen und Patienten jeden Alters. Es sei darauf hingewiesen, dass der Kanton Freiburg im September 2022 eine Zusammenarbeit mit den UPD Bern²⁵ aufgenommen und diesen einen Leistungsauftrag für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erteilt hat (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. e und Anhang 3 der erwähnten Verordnung).

Die Freiburger Patientinnen und Patienten werden meistens im FNPG hospitalisiert, das im Wesentlichen die Freiburger Wohnbevölkerung versorgt (97 %, T 4.6). Das Angebot wird hauptsächlich durch das HFR für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, durch die Privatklinik Meiringen und durch den eHnv-Standort Saint-Loup ergänzt. Die Freiburger Patientinnen und Patienten machen einen kleinen Anteil der Fälle aus, die in ausserkantonalen Listenspitälern versorgt werden: 16 % für das Spital St. Loup und 3 % für die Klinik Meiringen.

Innerhalb des 2019 bestehenden Angebots sticht die Privatklinik Meiringen hervor, indem sie 12 % der Patientinnen und Patienten in der Privat- oder Halbprivatklasse behandelt. Auch fällt bei ihr der Anteil der Notfall-Eintritte viel geringer aus als bei den anderen Einrichtungen der Spitalliste (21 % gegenüber mindestens 65 %). Schliesslich ist festzuhalten, dass die Fälle, die von dem für die Kinder- und Jugendpsychiatrie beauftragten HFR-Standort Freiburg versorgt werden, im Durchschnitt einen höheren Day-Mix-Index (DMI) aufweisen als diejenigen, die von dem für alle Gruppen beauftragten FNPG versorgt werden (1,55 gegenüber 1,15), was damit zusammenhängt, dass die Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie sich in PCG mit einem höheren Ressourcenbedarf wiederfinden.

T 4.6 Fallzahlen und Kennzahlen der Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2019

KT	Spital	Fälle	%FR	%FR französisch-sprachig	%FR deutsch-sprachig	%HP/P	% Notfall	Ø DMI	CM Summe	Ø Alter (Jahre)
Listenspitäler mit Standort im Kanton										
FR	freiburger spital (HFR) - Freiburg	52	98,1 %	82,7 %	15,4 %	0 %	96 %	1,55	292	13,4
	freiburger spital (HFR) - Riaz	1	100,0 %	100,0 %	0,0 %	0 %	100 %	1,38	1	17,0
	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)	2 274	97,0 %	85,1 %	11,8 %	0 %	65 %	1,15	61 791	44,9
Ausserkantonale Listenspitäler										
BE	Privatklinik Meiringen	1 483	3,1 %	0,6 %	2,5 %	12 %	21 %	1,02	50 105	47,3
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Saint-Loup	138	15,9 %	15,2 %	0,7 %	0 %	0 %	1,24	6 119	24,8

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten; HP/P = Anteil der Fälle in der Behandlungsklasse Halbprivat oder Privat an allen Fällen des Spitals; %Notfall = Anteil der Eintritte im Notfall nach der Variable Eintrittsart der MS an allen Fällen des Spitals; Day-Mix-Index (DMI) = durchschnittlicher Schweregrad der in einem Spital behandelten Fälle, bezogen auf die für die Behandlung erforderlichen Ressourcen; Case-Mix (CM) = gibt Auskunft über den gesamten Schweregrad der

²⁵ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Die Fälle dieser Einrichtung werden nicht detailliert dargestellt, da letztere nicht auf der für die ausgewerteten Daten geltenden Liste aufgeführt war.

vom Spital behandelten Fälle, ebenfalls bezogen auf die Ressourcen. Der in der Psychiatrie registrierte Fall am HFR-Standort Riaz ist wahrscheinlich auf einen Codierungsfehler zurückzuführen.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Insgesamt ist die Anzahl der Spitalaufenthalte in den Spitälern des Kantons Freiburg, die gemäss der im Jahr 2019 geltenden Freiburger Spitalliste gelistet sind, stabil geblieben, mit leichten Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren (T 4.7). Im Zeitraum 2015–2019 bleibt das FNPG mit einem Leistungsauftrag für alle Leistungsgruppen der wichtigste Pfeiler der stationären psychiatrischen Versorgung.

T 4.7 Fallzahlen der Listenspitäler mit Standort im Kanton FR gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2015–2019

KT	Spital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	freiburger spital (HFR) - Freiburg	40	31	47	64	52		+12	+30%
	freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten	.	.	3	.	.		---	---
	freiburger spital (HFR) - Riaz	2	.	.	.	1		---	---
	freiburger spital (HFR) - Tafers	1	.	.	.	.		---	---
	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)	2'289	2'258	2'286	2'192	2'274		-15	-1%
Total		2'332	2'289	2'336	2'256	2'327		-5	-0%

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten. Bei den in der Psychiatrie registrierten Fällen an den anderen HFR-Standorten handelt es sich wahrscheinlich um Codierungsfehler. Zudem sind der Trend und die Abweichungen zwischen den Jahren nicht relevant und daher nicht in der Tabelle dargestellt.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Marktanteile der Spitäler

Die Tabelle T 4.8 zeigt für jede Leistungsgruppe die Aufteilung der Marktanteile zwischen den Spitälern für psychiatrische Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg. Zunächst werden die Spitäler nach ihrem Status (A, B oder D) zusammengeführt, der einerseits dadurch definiert wird, ob sie auf der Spitalliste des Kantons Freiburg gelistet sind oder nicht, und andererseits dadurch, ob sie sich im Kanton Freiburg befinden oder nicht. Die vom Kanton Freiburg gelisteten und sich im Kanton befindlichen Spitalstandorte erhalten den Status A, diejenigen, die auf der Spitalliste stehen, aber ausserkantonale gelegen sind, erhalten den Status B. Der Status C betrifft die nicht gelisteten, aber im Kanton ansässigen Leistungserbringer, wobei solche im Kanton Freiburg nicht vorhanden sind. Schliesslich erhalten Spitalstandorte, die vom Kanton Freiburg nicht gelistet sind und sich ausserhalb des Kantons befinden, den Status D. Unabhängig von der Leistungsgruppe haben die Spitäler mit Status A knapp 90 % Marktanteil (86 % an der Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten im Jahr 2019), während die Spitäler mit Status B einen Marktanteil von 3 % haben. Gleichzeitig entfallen rund 11 % des Marktanteils auf die Spitäler mit Status D. Die entsprechenden 301 Spitalfälle verteilen sich auf rund 40 Spitäler (Daten nicht abgebildet). Zwischen 2017 und 2019 sank der Marktanteil der Spitäler mit Status A um 2,7 Prozentpunkte.

Die Analyse nach Leistungsgruppen (T 4.9) verdeutlicht die Rolle des FNPG als Pfeiler der psychiatrischen Versorgung im Kanton Freiburg. Dieses verfügt über die grössten Marktanteile in allen Leistungsgruppen. Es ist ausserdem festzustellen, dass der HFR-Standort Freiburg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Marktanteil von 24 % hält.

T 4.8 Marktanteile für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, nach Leistungsgruppe und Spitalstatus, 2017 und 2019

Leistungsgruppen	Marktanteile (%)						Veränderungen		
	2017			2019			in Prozentpunkten		
	Status A	Status B	Status D	Status A	Status B	Status D	Status A	Status B	Status D
Kinder- und Jugendpsychiatrie	96 %	2 %	2 %	86 %	4 %	10 %	-9,7		+7,6
Erwachsenenpsychiatrie	88 %	2 %	10 %	85 %	3 %	12 %	-3,0		+2,6
Alterspsychiatrie	88 %	3 %	9 %	90 %	2 %	8 %			
Total	89 %	2 %	9 %	86 %	3 %	11 %	-2,7	+0,4	+2,3

Anmerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspitäler mit Standort im Kanton FR; B = Listenspitäler mit Standort ausserhalb des Kantons FR; D = nicht gelistete Spitäler, die für die Bedarfsdeckung nicht relevant sind und ausserhalb des Kantons FR liegen; Marktanteil = Anteil der Fälle an den gesamten Spitalaufenthalten der im Kanton FR wohnhaften Patientinnen und Patienten für die betreffende Leistungsgruppe. Die Spalten rechts zeigen die Variation des Deckungsgrades in Prozentpunkten an. Es werden nur relevante Veränderungen angegeben, d. h. Veränderungen des Deckungsgrades, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

T 4.9 Marktanteile nach Leistungsgruppe und Spital, 2019

Leistungsgruppen	Listenspitäler in der Analyseregion		Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion		Andere	Fälle FR
	freiburger spital (HFR), Freiburg	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Saint-Loup	Privatklinik Meiringen	Andere Spitäler	Total
Kinder- und Jugendpsychiatrie	24 %	62 %	4 %		10 %	217
Erwachsenenpsychiatrie		85 %	1 %	2 %	12 %	1 997
Alterspsychiatrie		90 %			8 %	412
Total	2 %	84 %	1 %	2 %	11 %	2 626

Anmerkung: Der Marktanteil entspricht dem Anteil der von einem Spital behandelten Fälle und bezieht sich auf alle Spitalaufenthalte der im Kanton FR wohnhaften Patienten für die betreffende Leistungsgruppe.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Deckungsgrad der Spitalliste

Mit dem Deckungsgrad der Spitalliste wird der Anteil der Spitalfälle der Wohnbevölkerung des Kantons FR überprüft, die von den Listenspitälern des Kantons Freiburg für die betreffende Leistungsgruppe übernommen werden. Der beobachtete Deckungsgrad liegt im Jahr 2019 bei 88 %, wobei alle Leistungsgruppen weitgehend abgedeckt sind (T 4.10).

An dieser Stelle sei an die Empfehlung der GDK erinnert, wonach für die Versorgung der eigenen Bevölkerung ein Deckungsgrad von 80 % erreicht werden soll. Die Situation im Bereich der Psychiatrie erweist sich somit als günstig.

T 4.10 Deckungsgrad der Spitalliste nach Leistungsgruppe, 2019

Leistungsgruppen	Fälle FR	Abgedeckte Fälle	Deckungsgrad
Kinder- und Jugendpsychiatrie	217	196	90 %
Erwachsenenpsychiatrie	1 997	1 750	88 %
Alterspsychiatrie	412	370	90 %
Total	2 626	2 316	88 %

Anmerkung: Der Deckungsgrad entspricht dem Anteil der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, die in einem Spital behandelt werden, das über einen kantonalen Leistungsauftrag für die betreffende Leistungsgruppe verfügt.

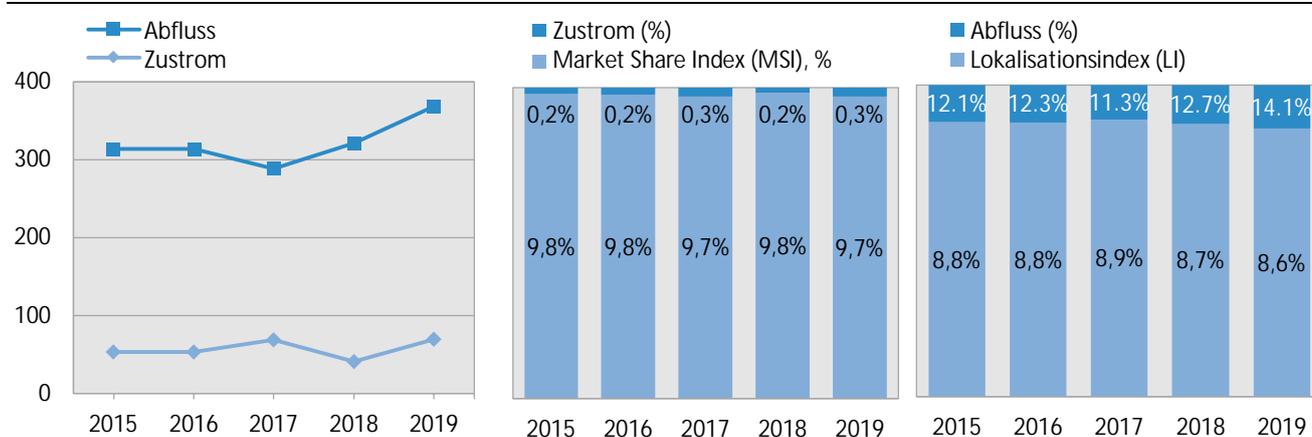
Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

4.1.3 Patientenströme

Für die Erfassung des Koordinationsbedarfs zwischen den Kantonen ist es auch wichtig, die Patientenströme im Bereich der Psychiatrie zu kennen (siehe T 3.11 für die Definition der Indikatoren). Im Allgemeinen behandeln die Freiburger Einrichtungen fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton (Market Share Index von 97,0 % im Jahr 2019). Ein ebenfalls sehr hoher Anteil der Freiburger Patientinnen und Patienten lässt sich in einer Einrichtung des Kantons hospitalisieren (Lokalisationsindex von 86,0 %, G 4.8), der Anteil des Abflusses ist allerdings dennoch höher als derjenige des Zustroms (14,1 % gegenüber 3,0 % im Jahr 2019). Mit 70 Zuwanderungen gegenüber 369 Abwanderungen beträgt die Nettowanderung im Jahr 2019 somit -299. Das daraus resultierende Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung (EI) fällt leicht tiefer aus (5,27 im Jahr 2019) als im Bereich der Akutversorgung (6,25 im Jahr 2019, siehe G 3.8).

G 4.8 Indikatoren Patientenströme, Kanton FR, 2015–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Zustrom

Im Jahr 2019 erfolgen im Kanton Freiburg 70 Spitalaufenthalte ausserkantonaler Patientinnen und Patienten. (T 4.11). Mit diesem Zustrom, der 3,0 % aller innerkantonalen Spitalaufenthalte ausmacht, liegt der Kanton Freiburg an fünfter Stelle unter den Kantonen mit dem niedrigsten Anteil an Zustrom (Daten nicht abgebildet). Der Zustrom, der hauptsächlich aus dem Kanton Waadt stammt (siehe T 4.12 unten), wurde fast ausschliesslich vom Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit versorgt (FNPG, 69 Fälle). Der grösste Anteil der Fälle ausserkantonaler Patientinnen und Patienten betraf die Erwachsenenpsychiatrie (55 Fälle zwischen 18 und 64 Jahren). In relativer Hinsicht ist der Anteil des Zustroms in die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie und zur Alterspsychiatrie (3,1 %) geringer (1,6 %).

Zwischen 2015 und 2019 schwankte die Anzahl ausserkantonaler Fälle zwischen mindestens 41 Fällen (2018) und höchstens 70 Fällen (2019). Aufgrund der geringen Anzahl der in Frage stehenden Aufenthalte und der jährlichen Schwankungen wird für die weitere Analyse auf zeitliche Vergleiche verzichtet.

T 4.11 Zustrom nach Leistungsgruppe, 2015–2019

Leistungsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	% Inflow 2019
Kinder- / Jugendpsychiatrie	13	3	8	3	3		-10	1,6%
Erwachsenenpsychiatrie	38	44	44	34	55		+17	3,1%
Alterspsychiatrie	2	6	17	4	12		+10	3,1%
Total	53	53	69	41	70		+17	3,0%

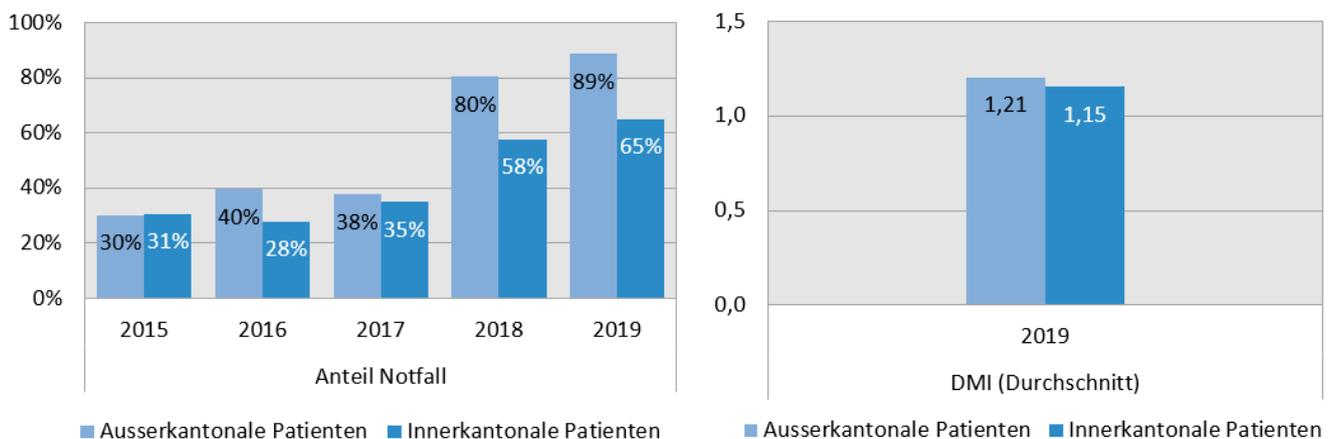
Anmerkung: Der Zustrom beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte ausserkantonaler Patientinnen und Patienten an den Spitalstandorten des Kantons Freiburg.

Quelle: BFS – MS

© Obsan 2023

Seit 2015 ist der Anteil der Fälle, die als Notfall-Eintritte verzeichnet sind, sowohl bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (89 % im Jahr 2009) als auch bei innerkantonalen Patientinnen und Patienten (65 %, G 4.9) gestiegen. Zwischen 2017 und 2018 ist die Zunahme der Notfall-Eintritte besonders ausgeprägt. Bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten betrifft sie jedoch nur eine kleine Anzahl Fälle. Ausserdem weisen die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten einen leicht höheren durchschnittlichen Schweregrad auf als die innerkantonalen Patientinnen und Patienten (DMI 1,21 vs. 1,15). Darüber hinaus wurden bei beiden Patientenkategorien sämtliche Aufenthalte in der allgemeinen Abteilung durchgeführt (Daten nicht abgebildet).

G 4.9 Struktur der im Kanton FR hospitalisierten Patientinnen und Patienten nach Herkunft der Patientinnen und Patienten, 2015–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; DMI = Day-Mix-Index

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Im Jahr 2019 ist der Kanton Waadt der häufigste Herkunftskanton (41 % der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, T 4.12). An zweiter Stelle stehen die ausländische Wohnbevölkerung (16 %) und an dritter Stelle die Berner Wohnbevölkerung (10 %). Das verbleibende Drittel des Zustroms verteilt sich auf mehrere Kantone.

T 4.12 Zustrom in den Kanton FR nach Wohnkanton der Patientin oder des Patienten, 2019

Wohnkanton	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
VD	21	19	32	17	29		+38%	41%
Ausland	7	7	10	5	11		+57%	16%
BE	5	5	4	5	7		+40%	10%
VS	4	8	7	2	3		-25%	4%
NE	2	9	4	1	2		+0%	3%
ZH	2	.	6	3	3		+50%	4%
GE	4	3	2	1	4		+0%	6%
JU	5	.	.	1	4		-20%	6%
TI	.	1	2	2	4		---	6%
Andere	3	1	2	4	3		+0%	4%
Total	53	53	69	41	70		+32%	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Abfluss

Während der Zustrom der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Kanton Freiburg bei 3,0 % liegt, beläuft sich der Abfluss der Freiburger Patientinnen und Patienten, die ausserkanton hospitalisiert werden, auf 14,1 % (T 4.13). Der Kanton Freiburg ist dennoch ein Kanton, der vergleichsweise wenige Patientinnen und Patienten im Bereich der Psychiatrie exportiert. Der Abfluss betrifft etwas häufiger die Kinder- und Jugendpsychiatrie (13,8 %) und die Erwachsenenpsychiatrie (14,9 %) als die Alterspsychiatrie (10,2 %). Seit 2015 hat der Abfluss zunächst abgenommen (Minimum von 289 Abwanderungen im Jahr 2017), bevor er 2019 mit 369 Abwanderungen den Höchstwert erreichte.

T 4.13 Abfluss aus dem Kanton FR nach Leistungsgruppe, 2015–2019

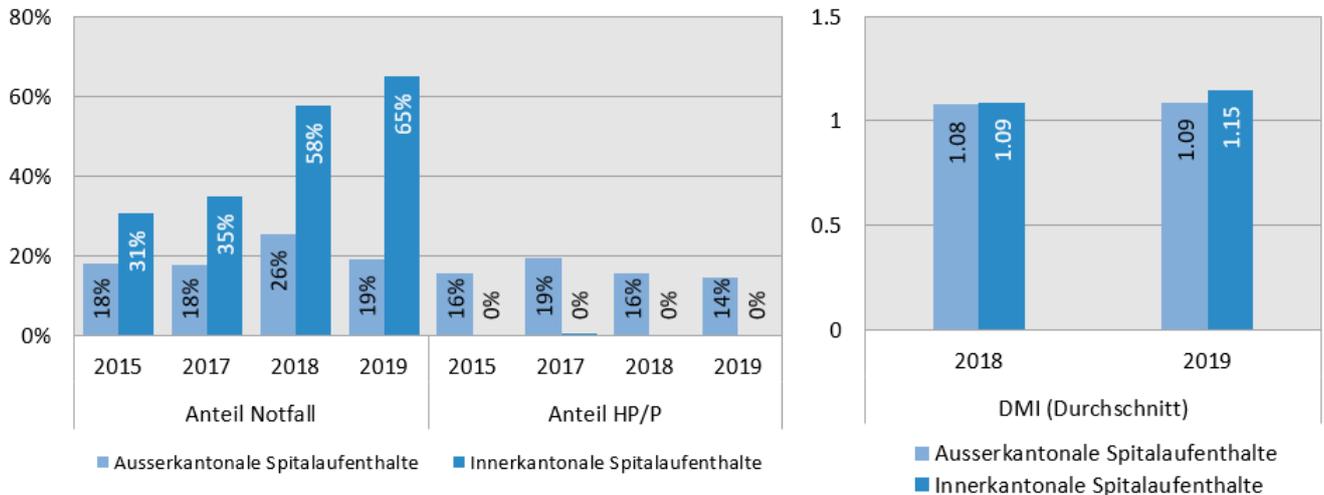
Leistungsgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	% Outflow 2019
Kinder- / Jugendpsychiatrie	25	17	8	26	30		+5	20%	13,8%
Erwachsenenpsychiatrie	252	252	232	240	297		+45	18%	14,9%
Alterspsychiatrie	37	45	49	55	42		+5	14%	10,2%
Total	314	314	289	321	369		+55	17,5%	14,1%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Grafik G 4.10 ermöglicht eine Charakterisierung der ausserkanton hospitalisierten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den innerkantonalen Spitalaufenthalten. Diese werden deutlich seltener im Notfall hospitalisiert (19 % gegenüber 65 % im Jahr 2019) und sind häufiger für die private und halbprivate Abteilung versichert (14 % gegenüber 0 %). Der Anstieg der Anzahl Patientinnen und Patienten, die im Notfall eintreten, scheint eine Besonderheit der Freiburger Spitäler zu sein (siehe auch G 4.9). Ausserdem weisen die ausserkantonalen Spitalaufenthalte im Jahr 2019 einen geringeren durchschnittlichen Schweregrad auf als die innerkantonalen Spitalaufenthalte (1,09 gegenüber 1,15), während im Jahr 2018 so gut wie kein Unterschied bestand.

G 4.10 Struktur der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; HP/P = Behandlungsklasse halbprivat oder privat; DMI = Day-Mix-Index

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Analyse der Ergebnisse nach Wohnregionen zeigt, dass 2019 mehr als die Hälfte des Abflusses auf deutschsprachige Freiburger Patientinnen und Patienten entfällt (191 Fälle), gegenüber 178 Fällen, die auf französischsprachige Patientinnen und Patienten entfallen (T 4.14). Bei einem Spitalaufenthalt innerhalb des Kantons Freiburg begeben sich 59 % der Fälle von deutschsprachigen Patientinnen und Patienten in ein Spital des Kantons. So werden 40,8 % der deutschsprachigen Freiburger Patientinnen und Patienten ausserkantonally hospitalisiert, während es bei den französischsprachigen Freiburger Patientinnen und Patienten nur 8,2 % sind. Es ist daher folgerichtig, dass der Kanton Bern aufgrund seiner unmittelbaren Nähe zur deutschsprachigen Region Freiburgs der führende Hospitalisierungskanton bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten ist (9 % aller Spitalaufenthalte, 38 % für die Bevölkerung aus dem deutschsprachigen Teil). Die Patientinnen und Patienten aus dem französischsprachigen Teil begeben sich demgegenüber eher in den Kanton Waadt (3 % aller Spitalaufenthalte, 4 % für die Bevölkerung aus dem französischsprachigen Teil).

T 4.14 Abfluss von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR gemäss der Wohnregion, nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2019

Hospitalisierungskanton	Kanton Freiburg		Deutschsprachige Region		Französischsprachige Region	
	2019	% Outflow	2019	% Outflow	2019	% Outflow
BE	225	9%	176	38%	49	2%
VD	87	3%	1	0%	86	4%
GE	23	1%	2	0%	21	1%
Andere	34	1%	12	3%	22	1%
Total	369	14.1%	191	40.8%	178	8.2%
Interne Patientenströme	2019		% Flow		2019	
FR (andere Sprachregion)	277	59%	0	0%		

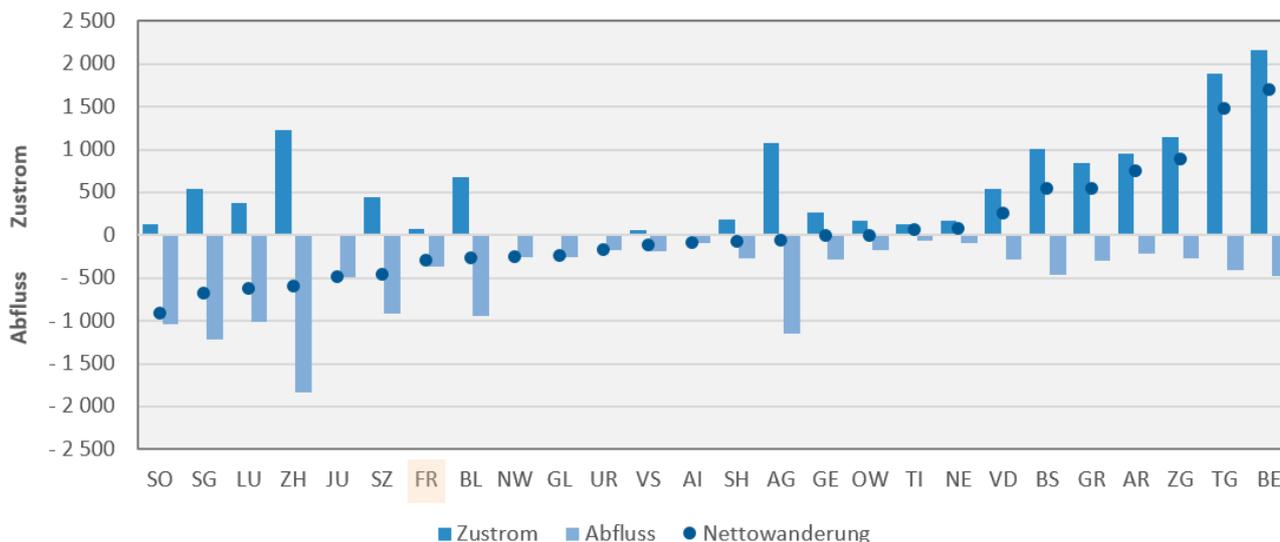
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Nettowanderung

Der Kanton Freiburg zeichnet sich durch einen relativ geringen Zustrom (70 Zuwanderungen) und einen grössten Abfluss (369 Abwanderungen, G 4.11) aus. Mit der daraus resultierenden Nettowanderung (-299) liegt Freiburg an siebter Stelle der Kantone mit der grössten negativen Nettowanderung.

G 4.11 Patientenströme nach Kanton, 2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

4.2 Prognosen des Versorgungsbedarfs

Die Prognosen beziehen sich auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung des Kantons Freiburg im Jahr 2019 und werden bis 2035 projiziert. In Kapitel 2.7 dieses Berichts werden das Prognosemodell sowie die für die Schätzung des zukünftigen Bedarfs relevanten Einflussfaktoren und die verwendeten Datenquellen ausführlich beschrieben. Die Einflussfaktoren sind in der Bedarfsabschätzung in Form von drei Prognoseszenarien berücksichtigt und in Kasten 13 zusammengefasst. Die Hypothese der Annäherung der Freiburger Raten an die Schweizer Raten wird für die Psychiatrie ebenfalls nicht berücksichtigt, und zwar aus denselben Gründen wie für die Akutversorgung (vgl. dazu die Begründung im Abschnitt 3.2.2, *Auswirkungen der Annäherung an die schweizerischen Raten*). Der Kanton Freiburg verzichtet auf epidemiologische Hypothesen, da die Entwicklung je nach Krankheitsbild in den letzten Jahren stark variiert hat. Ausserdem scheint es schwierig zu sein, ein umfassendes epidemiologisches Szenario zu ermitteln, wenngleich sich die Häufigkeit bestimmter Krankheiten verändert. Einige Krankheitsbilder wie Suchtstörungen scheinen abzunehmen, während andere, wie z. B. depressive Störungen, zunehmen. Für letztere ist es riskant, vorherzusagen, ob dies zu einem Anstieg der stationären oder zu einer alternativen Versorgung führen wird. Denn auch der ambulante Bereich ist im Wandel begriffen. Einerseits dürfte sich das Angebot verbessern, indem Psychotherapeuten ab dem 1. Juli 2022 selbstständig im ambulanten Bereich tätig sein können (bisher nur als «delegierte Psychotherapie»). Andererseits sind Entwicklungen oder Paradigmenwechsel in der Versorgung festzustellen, insbesondere die Früherkennung bestimmter Störungen (z. B. des Autismus-Spektrums), die in gewissen Fällen eine weniger belastende Versorgung ermöglicht. Auch andere Kantone (SH, AR, ZH) haben diesbezüglich keine Hypothesen aufgestellt (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen 2021; GDZH 2021; Jörg et al. 2019). Der Kanton ZH berücksichtigte jedoch die jüngste Entwicklung der Inanspruchnahme als zusätzlichen Einflussfaktor: Aufgrund der Entwicklung der Ergebnisse 2012–2018 sei eine Zunahme der Inanspruchnahme zu erwarten. Der Kanton Freiburg hat eine solche Hypothese ebenfalls in Betracht gezogen, und

zwar im Zusammenhang mit der Abnahme der Stigmatisierung der Psychiatrie und anderen gesellschaftlichen Faktoren (angebotsinduzierte Nachfrage, aktueller Kontext: Covid-19, Krieg in der Ukraine und Zustrom von Immigrantinnen und Immigranten). Allerdings könnten die Präventionsbemühungen einer Zunahme psychiatrischer Spitalaufenthalte auch entgegenwirken und der Kanton kommt zum Schluss, dass die Auswirkungen gering sein dürften. Er verzichtet deshalb auf die Ausarbeitung eines entsprechenden Szenarios. Hingegen erachtet der Kanton Freiburg eine Verlagerung in den ambulanten Bereich als möglich. In der Tat stellen Tageskliniken für alle Altersgruppen eine zumindest partielle Alternative zur stationären Versorgung dar. In Freiburg gibt es derzeit 65 Plätze, und diese Strukturen haben die Tendenz, sich weiterzuentwickeln. Der Kanton Freiburg beschliesst, im Minimalszenario einen Rückgang der Inanspruchnahmerate um 10 % zu berücksichtigen, analog zum Kanton Schaffhausen (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen 2021). Schliesslich sind die Aufenthaltsdauern im Kanton Freiburg durchschnittlich kürzer als in der Schweiz und es wird beschlossen, sie konstant zu halten.

Das Basisszenario, das plausibelste Szenario, steht im Mittelpunkt der Bedarfsprognose. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden die Bandbreite möglicher Entwicklungen ab. Im Minimalszenario werden Hypothesen und Szenarien bezüglich der Einflussfaktoren, die zu einer relativ tiefen Bedarfsabschätzung führen, kombiniert, während das Maximalszenario die obere Grenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen darstellt.

Kasten 13 Einflussfaktoren und Hypothesen für die Bedarfsprognose für die Psychiatrie der Freiburger Bevölkerung

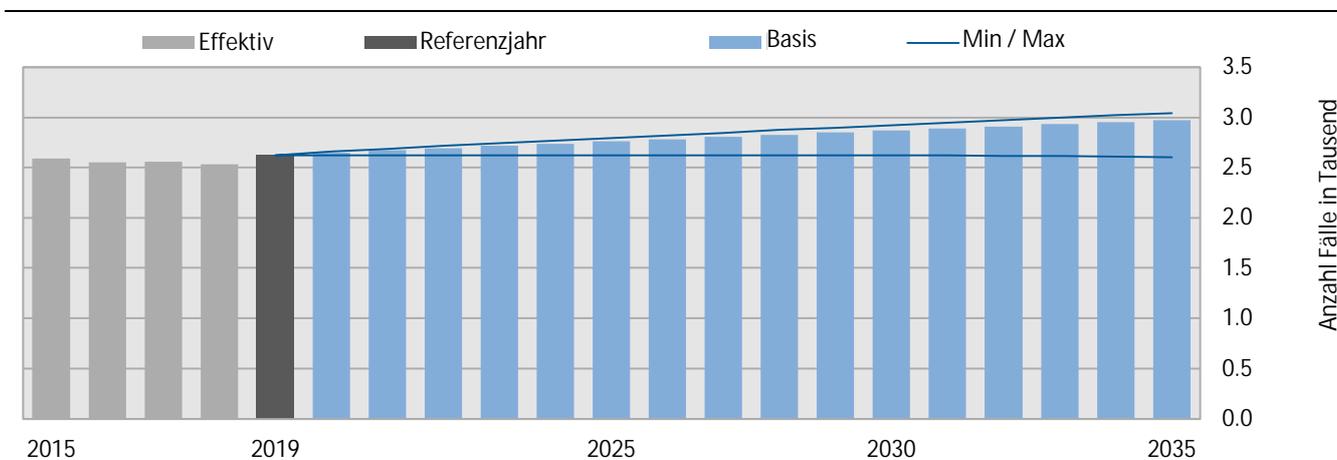
		Drei Szenarien			
		Minimal	Basis	Maximal	
Einflussfaktoren / Hypothesen	Demografie	Tiefes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Mittleres Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Hohes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Fälle
	Annäherung an die schweizerischen Inanspruchnahmerate	Hypothese der Annäherung nicht übernommen			
	Epidemiologie	Keine Hypothesen			
	Medizintechnisch	Keine Hypothesen			
	Verlagerung in den ambulanten Bereich	Rückgang der Inanspruchnahmerate um 10 % bis 2035 in allen Leistungsbereichen	Keine Hypothesen		
	Zunahme der Inanspruchnahme	Keine Hypothesen			
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Kantons			Tage

4.2.1 Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung

In diesem Abschnitt wird der bis zum Jahr 2035 prognostizierte Bedarf an Leistungen dargestellt. Es handelt sich dabei um den Bedarf, bei dem alle Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden, d. h. für die Psychiatrie die demografischen Faktoren und die Verlagerung in den ambulanten Bereich. Die einzelnen Auswirkungen dieser beiden Einflussfaktoren werden in Kapitel 4.2.2 unten genauer beschrieben.

Fallprognosen 2035

G 4.12 Entwicklung der Spitalaufenthalte, 2015–2035



Szenario	2019	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
Basis	2 626	2 971	+13 %	+0,8 %
Max.	2 626	3 048	+16 %	+0,9 %
Min.	2 626	2 604	-1 %	-0,1 %

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Gemäss dem Basisszenario wird über den Zeitraum 2019–2035 ein Wachstum der Anzahl Spitalfälle von 13 % erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahlen von 0,8 % entspricht (G 4.12). Dieses Szenario prognostiziert somit eine Zunahme der Anzahl Fälle von 2626 im Jahr 2019 auf 2971 im Jahr 2035, d. h. 345 zusätzliche Fälle.

Mit einem prognostizierten Anstieg der Fallzahlen um 16 % (+422 Spitalaufenthalte) bis 2035 liegt das Maximalszenario ziemlich nahe am Basisszenario. Im Gegensatz dazu führt das Minimalszenario, das auch eine Verlagerung der Spitalaufenthalte in den ambulanten Bereich vorsieht, zu einem erwarteten Rückgang der Anzahl Spitalaufenthalte um 1 % auf 2604 im Jahr 2035. Das heisst, die Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich würden denjenigen der demografischen Entwicklung entgegenwirken.

Mit einem Anstieg der Fallzahlen um 67 % bis 2035 gemäss Basisszenario dürfte der Bereich der Alterspsychiatrie die rascheste Zunahme aufweisen (T 4.15 und G 4.13). Der Anteil der Fälle in der Alterspsychiatrie dürfte von 16 % im Jahr 2019 auf 23 % im Jahr 2035 steigen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfte die prognostizierte Zunahme der Fälle bis 2035 moderater ausfallen (+10 % gemäss Basisszenario). In der Erwachsenenpsychiatrie dürften die Fallzahlen nur leicht zunehmen (+2 %). Während dieser Bereich im Jahr 2019 76 % der Fälle ausmacht, dürfte dieser Anteil somit bis 2035 auf 69 % sinken. Es sei auch noch darauf hingewiesen, dass die im Minimalszenario berücksichtigten Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich die Zunahme der Spitalaufenthalte in der Alterspsychiatrie stark einschränken würden (+46 %), während sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (-6 %) und in der Erwachsenenpsychiatrie (-10 %) sogar zu einer Abnahme der Fälle führen würden.

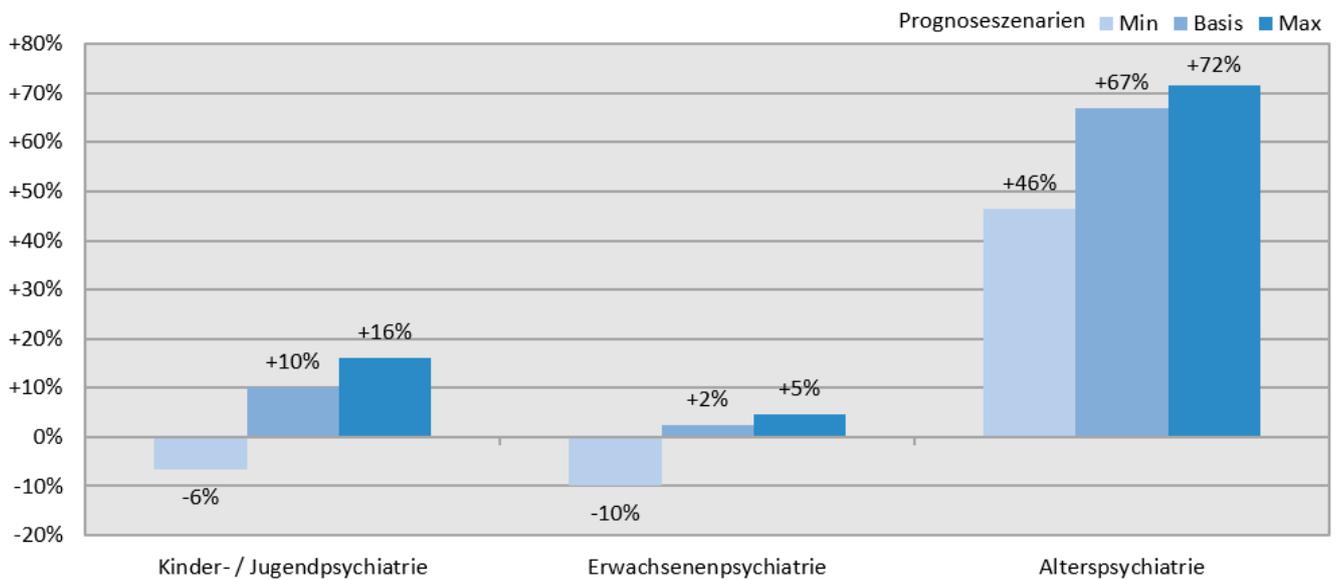
T 4.15 Prognostizierte Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2035

Leistungsgruppen	Referenz	Min			Basis			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Kinder- / Jugendpsychiatrie	217	203	-6%		239	+10%		252	+16%	
Erwachsenenpsychiatrie	1'997	1'799	-10%		2'044	+2%		2'090	+5%	
Alterspsychiatrie	412	603	+46%		688	+67%		707	+72%	
Total	2'626	2'604	-1%		2'971	+13%		3'048	+16%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

G 4.13 Prognostizierte Entwicklung der Spitalaufenthalte nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2019–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Prognosen der Pflergetage 2035

Wird von einer konstanten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Leistungsgruppe ausgegangen, so dürfte die Anzahl Pflergetage etwas rascher zunehmen als die Fallzahlen. Im Basisszenario nimmt die Gesamtanzahl der Pflergetage bis 2035 um 16 % zu. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden eine Bandbreite von +2 % bis +19 % ab (T 5.16).

Dieser raschere Anstieg der Anzahl Pflergetage im Vergleich zu den Fallzahlen erklärt sich vor allem dadurch, dass der Bereich der Alterspsychiatrie, für den der rascheste Anstieg der Fallzahlen erwartet wird, auch die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweist (siehe T 4.2). Es ist zu beachten, dass 2019 20 % der Pflergetage auf diesen Bereich entfallen und dieser Anteil bis 2035 auf 30 % steigen dürfte.

T 4.16 Prognostizierte Pflergetage gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2035

Leistungsgruppen	Referenz	Min			Basis			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Kinder- / Jugendpsychiatrie	4'142	3'868	-7%		4'553	+10%		4'808	+16%	
Erwachsenenpsychiatrie	51'152	46'070	-10%		52'349	+2%		53'534	+5%	
Alterspsychiatrie	14'257	20'858	+46%		23'819	+67%		24'451	+72%	
Total	69'551	70'796	+2%		80'721	+16%		82'792	+19%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

4.2.2 Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt sollen die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren getrennt betrachtet werden. Während die demografische Entwicklung grundsätzlich in allen Szenarien eine Zunahme der zukünftigen Fallzahlen erwarten lässt, wird im Minimalszenario die Verlagerung in den ambulanten Sektor berücksichtigt, die eine dämpfende Wirkung auf die Fallzahlen hat.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Die demografische Entwicklung ist der wichtigste Faktor, der bei der Erstellung der Prognosen für die drei Szenarien berücksichtigt wurde. Daher gleicht die Tabelle T 4.17, in der die einzelnen Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte abgebildet sind, der Tabelle T 4.15. Lediglich das Minimalszenario unterscheidet sich, da für das Basisszenario und das Maximalszenario die demografische Entwicklung der einzige Einflussfaktor darstellt.

Es zeigt sich, dass sich das Minimalszenario, das nur auf der demografischen Entwicklung basiert, dem Basisszenario annähert, wodurch die Bandbreite der erwarteten Entwicklungen geschmälert wird. Insgesamt dürfte der Anstieg der Fallzahlen im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung zwischen +10 % (+267 Fälle) und +16 % (+422 Fälle) betragen. Auf der Ebene der verschiedenen Leistungsgruppen und gemäss dem Minimalszenario gibt es in der Erwachsenenpsychiatrie keine Entwicklung, während die Kinder- und Jugendpsychiatrie um 4 % und die Alterspsychiatrie um 63 % zunehmen (G 4.14), gegenüber -10 %, -6 % und +46 % bei den Prognosen, die alle Einflussfaktoren berücksichtigen (G 4.13).

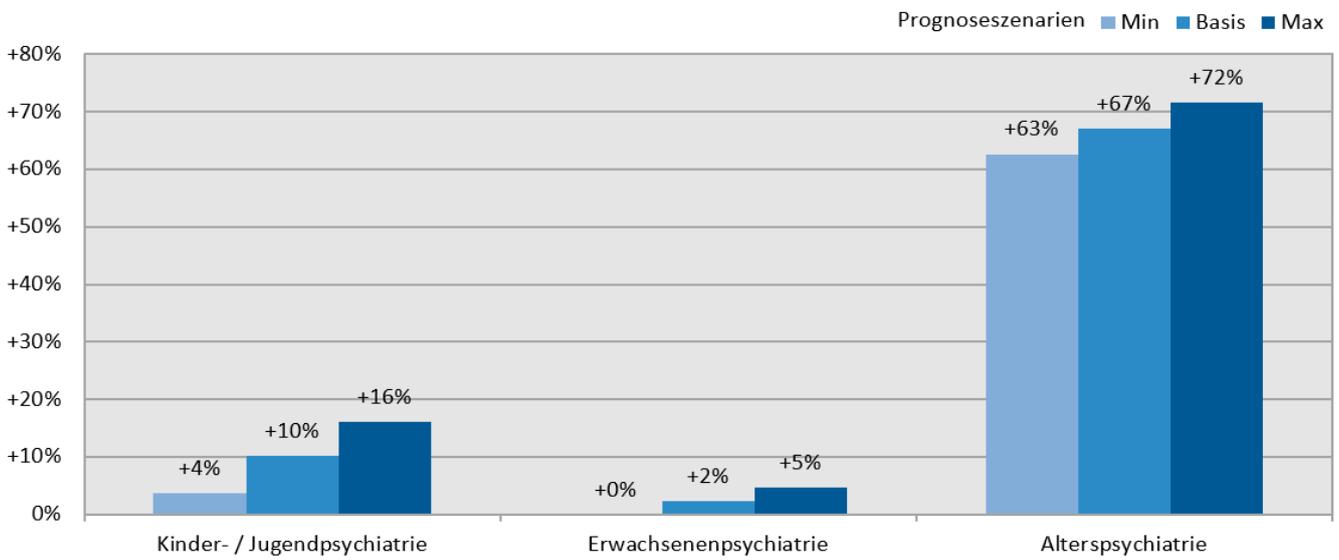
T 4.17 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario, nach Leistungsgruppe, 2019–2035

Leistungsgruppen	Referenzen	Min			Basis			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Kinder- / Jugendpsychiatrie	217	225	+4%		239	+10%		252	+16%	
Erwachsenenpsychiatrie	1'997	1'998	+0%		2'044	+2%		2'090	+5%	
Alterspsychiatrie	412	670	+63%		688	+67%		707	+72%	
Total	2'626	2'893	+10%		2'971	+13%		3'048	+16%	

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

G 4.14 Prognostizierte Entwicklung der Spitalaufenthalte nach Leistungsgruppe und Szenario, demografische Auswirkungen, 2019–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich

Ergänzend zu den demografischen Szenarien wurde im Minimalszenario die Hypothese einer Verlagerung in den ambulanten Bereich von 10 % der Fälle aufgenommen. Diese Hypothese führt zu einem Rückgang von 263 Fällen bis zum Jahr 2035. Insgesamt zeigt sich, dass die angewendete Verlagerungsrate in etwa die gleiche Bedeutung hat wie das gemäss Minimalszenario erwartete Bevölkerungswachstum. So dürften die bis 2035 prognostizierten Fallzahlen unter Berücksichtigung beider Einflussfaktoren gemäss Minimalszenario weitgehend stabil bleiben. Die Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Sektor, in dem ein Ausbau der Versorgung erwartet wird, hat somit einen wichtigen Einfluss auf die Fallentwicklung bis 2035.

T 4.18 Auswirkungen der Verlagerung in den ambulanten Bereich auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2019–2035

Leistungsgruppen	Referenz	Min			Basis		Max	
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Kinder- / Jugendpsychiatrie	217	195	-10%		217	0%	217	0%
Erwachsenenpsychiatrie	1'997	1'797	-10%		1'997	0%	1'997	0%
Alterspsychiatrie	412	371	-10%		412	0%	412	0%
Total	2'626	2'363	-10%		2'626	0%	2'626	0%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

5 Rehabilitation

5.1 Bedarfsanalyse

Dieses Kapitel behandelt die stationäre Rehabilitation. Bis heute gibt es keine bundesrechtliche Definition des Begriffs Rehabilitation, welche für die Spitalplanung und die Erteilung von Leistungsaufträgen massgebend wäre. Gemäss WHO ist Rehabilitation definiert als eine Reihe von Eingriffen, die darauf abzielen, die Funktionsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu optimieren und ihre Behinderung oder Beeinträchtigung zu reduzieren, wenn sie mit ihrer Umwelt interagieren²⁶. Die Rehabilitation kann viele Formen annehmen. Die vorliegende Bedarfsplanung beschränkt sich jedoch auf die medizinische Rehabilitation, für welche die individuellen Anforderungen des Bedarfs, der Leistungsfähigkeit und des Potenzials der Rehabilitation erfüllt sein müssen. Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Folgen. Diese äussern sich in gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie in der Beeinträchtigung der Ausübung von Aktivitäten und der Teilhabe an der Gesellschaft. Die Rehabilitation wird hier hauptsächlich über die Hauptkostenstelle und den Spitaltyp definiert und schliesst Patientinnen und Patienten der Geriatrie ein, mit Ausnahme der Patientinnen und Patienten der Akutgeriatrie²⁷ (siehe auch 2.3 und 2.5.3).

Wie für die Akutversorgung und die Psychiatrie verlangt Artikel 58b Absatz 1 KVV, dass die Kantone ihren Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln, indem sie sich sowohl auf statistisch ausgewiesene Daten stützen als auch Vergleiche berücksichtigen. Im Rahmen der Bedarfsplanung müssen die Kantone auch das Angebot ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf ihrer Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Um die Bedarfsplanung gemäss den Vorgaben durchzuführen, bietet Abschnitt 5 für den Zeitraum 2015 bis 2019 eine Analyse der Inanspruchnahme der Versorgung (5.1.1), des Versorgungsangebots (5.1.2) sowie der interkantonalen Patientenströme (5.1.3).

Die folgenden Analysen basieren hauptsächlich auf den Daten 2015–2019 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und stützen sich auf die im Kanton Freiburg im Jahr 2019 geltende Spitalliste. Die Abgrenzung des Bereichs der Rehabilitation findet sich in Kasten 4, Seite 22. Die Analyse der zeitlichen Entwicklungen wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass in den Jahren 2017 und 2018 einige Fälle der geriatrischen Rehabilitation als Akutversorgung codiert wurden. Daher bietet die für diese beiden Jahre erstellte Tabelle nur ein unvollständiges Bild der Situation.

Die Bedarfsanalysen in der Rehabilitation basieren auf acht Leistungsgruppen, die durch die Hauptdiagnose und/oder einen Behandlungscode definiert sind (siehe 2.5.3 und Kasten 7, Seite 27). Ab 2019 können Fälle der geriatrischen Rehabilitation mit dem Code CHOP BA.8 direkt identifiziert werden, während diese in den Vorjahren als nicht diagnostisch identifizierbare Restfälle wie die Fälle der internistisch-onkologischen Rehabilitation betrachtet und von letzteren auf der Grundlage des Alters abgegrenzt wurden. Diese Änderung betrifft auch die Analyse der zeitlichen Entwicklungen nach Leistungsgruppen. Die neue Definition der geriatrischen Rehabilitation unter Verwendung des Codes CHOP BA.8 wurde für die ganze Schweiz übernommen. Es ist jedoch möglich, dass einige Einrichtungen in anderen Kantonen diesen Behandlungscode für die geriatrische Rehabilitation nicht

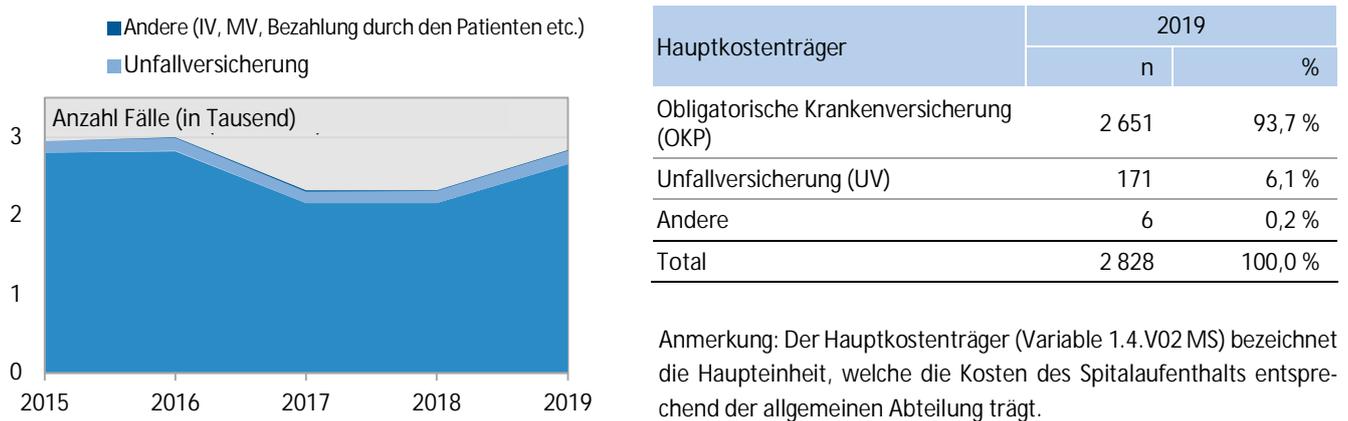
²⁶ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

²⁷ Patientinnen und Patienten, deren Rechnung nach dem Tarifsysteem SwissDRG erstellt wird, gelten als Patientinnen und Patienten der Akutgeriatrie und fallen unter die Akutversorgung.

verwenden und die Differenz zwischen der Freiburger Rate und der schweizerischen Rate etwas zu hoch angesetzt ist.

Wie in den anderen Versorgungsbereichen konzentriert sich die Analyse in der Rehabilitation auf die Fälle zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, vgl. Kapitel 2.2). 2019 machen diese 93,7 % aller Fälle von Patientinnen und Patienten aus, die ihren Wohnsitz im Kanton Freiburg haben (G 5.1). 6,1 % aller Fälle entfallen auf Patientinnen und Patienten aus der Unfallversicherung (weitere Kostenträger: 0,2 %).

G 5.1 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kostenträger, 2015–2019



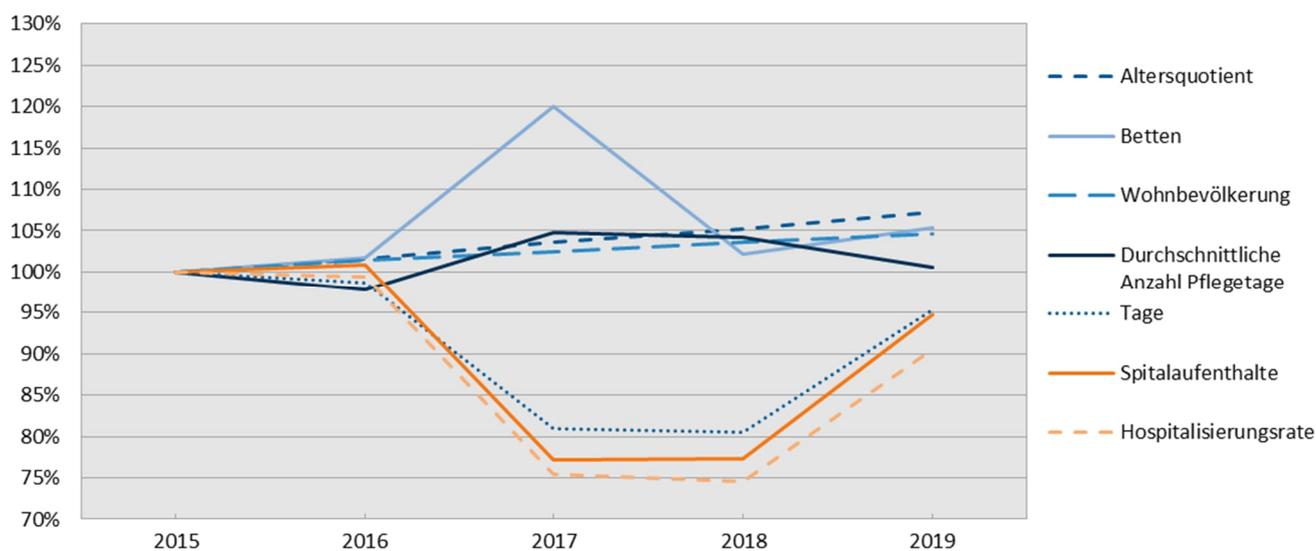
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

5.1.1 Inanspruchnahme der Versorgung

Die in G 5.2 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der Rehabilitation im Kanton Freiburg. Die Analyse der zeitlichen Entwicklung wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass in den Jahren 2017 und 2018 eine gewisse Anzahl Fälle in der Akutversorgung klassifiziert wurden. Der Rückgang der Fälle in den Jahren 2017 und 2018 spiegelt sehr wahrscheinlich eine andere Codierungspraxis wider, da einige Fälle der geriatrischen Rehabilitation (M900) nach DRG abgerechnet und daher der Akutversorgung zugeteilt wurden (gemäss Kasten 4, Seite 22), dies insbesondere am HFR-Standort Riaz. Zwischen 2015 und 2019 ist die Hospitalisierungsrate in der Rehabilitation von 9,1 auf 8,2 Spitalaufenthalte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner gesunken (-9,4 %). Infolgedessen nahm auch die Anzahl Spitalaufenthalte ab (-5,2 %), und dies trotz Bevölkerungswachstums (+4,7 %) und Anstiegs des Altersquotienten (+1,8 %). Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer relativ stabil blieb, folgte die Anzahl Spitalaufenthaltsstage einem ähnlichen Trend wie die Anzahl Spitalaufenthalte (-4,6 %). Die Bettenzahlen in der Rehabilitation weisen einen steigenden Trend auf (+5,4 %). Im Jahr 2017 wurde ein Höchststand verzeichnet.

G 5.2 Allgemeine Kennzahlen zur Situation der Rehabilitation im Kanton FR, 2015–2019



	2015	2016	2017	2018	2019	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	307 461	311 914	315 074	318 714	321 783	+14 322	+4,7 %	+1,1 %
Spitalaufenthalte	2 796	2 821	2 160	2 161	2 651	-145	-5,2 %	-1,3 %
Spitalaufenthalte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner	9,1	9,0	6,9	6,8	8,2	-0,9	-9,4 %	-2,4 %
Anzahl Pflegetage im Durchschnitt	21,0	20,5	22,0	21,8	21,1	+0,1	+0,6 %	+0,1 %
Spitalaufenthaltsstage	58 643	57 840	47 483	47 190	55 917	-2 726	-4,6 %	-1,2 %
Betten	186	189	223	190	196	+10	+5,4 %	+1,3 %
Altersquotient	24,1 %	24,5 %	25,0 %	25,4 %	25,9 %	+1,8 %	+7,2 %	+1,8 %

Anmerkung: Die Bettenzahl ergibt sich aus der Anzahl der Bettenbelegungstage im Bereich Rehabilitation gemäss der KS geteilt durch 365. Die ständige Wohnbevölkerung wird am 31. Dezember des betreffenden Jahres in der STATPOP erfasst.

Quellen: BFS – STATPOP, MS, KS ©

Obsan 2023

Fallzahlen

Die Tabelle T 5.1 zeigt die Inanspruchnahme der Versorgung durch die Freiburger Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen in der Rehabilitation. 2019 macht die muskuloskeletale Rehabilitation die grösste Gruppe aus (31,1 %), gefolgt von der geriatrischen Rehabilitation (21,0 %). Etwas mehr als 10 % der Fälle entfallen auf die kardiovaskuläre, die neurologische und die internistisch-onkologische Rehabilitation.

Für den Zeitraum 2015–2019 wird der zeitliche Vergleich sowohl durch die in den Jahren 2017 und 2018 der Akutversorgung zugeteilten Fälle der Geriatrie als auch durch die Änderungen der Definition der geriatrischen Rehabilitation im Jahr 2019 eingeschränkt. Tatsächlich können in der Gruppe der geriatrischen Rehabilitation im Jahr 2019 mehr Fälle identifiziert werden, was zulasten der anderen Leistungsgruppen geht. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass die Gruppen der muskuloskelettalen Rehabilitation (hier -159 Fälle zwischen 2015 und 2019, d. h. -16,1 %) und der kardiovaskulären Rehabilitation (-147 Fälle, -29,1 %) tatsächlich rückläufig sind und häufiger ambulant versorgt werden. Gleichzeitig scheint auch ein steigender Trend bei den Fällen der geriatrischen Rehabilitation wahrscheinlich zu sein (hier +208 Fälle, +59,6 %). Dies hängt neben der Änderung der Definition auch mit der Alterung der Bevölkerung und der Förderung des ambulanten Betreuungssettings für ältere Menschen zusammen. In der Tat verbessert die Inanspruchnahme der geriatrischen Rehabilitation die Chancen, die funktionellen Kompetenzen wiederzuerlangen, die für eine Rückkehr nach Hause erforderlich sind.

T 5.1 Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, nach Leistungsgruppe, 2015–2019

Leistungsgruppen	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Anteil in %, 2019
Muskuloskelettale Rehabilitation	984	1 025	892	860	825		-159	-16,2%	31,1%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	505	515	401	402	358		-147	-29,1%	13,5%
Pulmonale Rehabilitation	205	198	155	181	171		-34	-16,6%	6,5%
Psychosomatische Rehabilitation	56	64	59	64	64		+8	+14,3%	2,4%
Neurologische Rehabilitation	326	323	269	285	319		-7	-2,1%	12,0%
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	39	46	29	31	50		+11	+28,2%	1,9%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	332	327	202	190	307		-25	-7,5%	11,6%
Geriatrische Rehabilitation	349	323	153	148	557		+208	+59,6%	21,0%
Total	2796	2821	2160	2161	2651		-145	-5,2%	100%

Anmerkung: Die Analyse der zeitlichen Entwicklungen wird dadurch eingeschränkt, dass in den Jahren 2017 und 2018 Fälle der geriatrischen Rehabilitation als Akutversorgung codiert wurden und daher in dieser Tabelle fehlen. Ausserdem gibt es einen Zeitreihenbruch zwischen 2018 und 2019, da die Definition der Gruppen im Jahr 2019 geändert wurde.

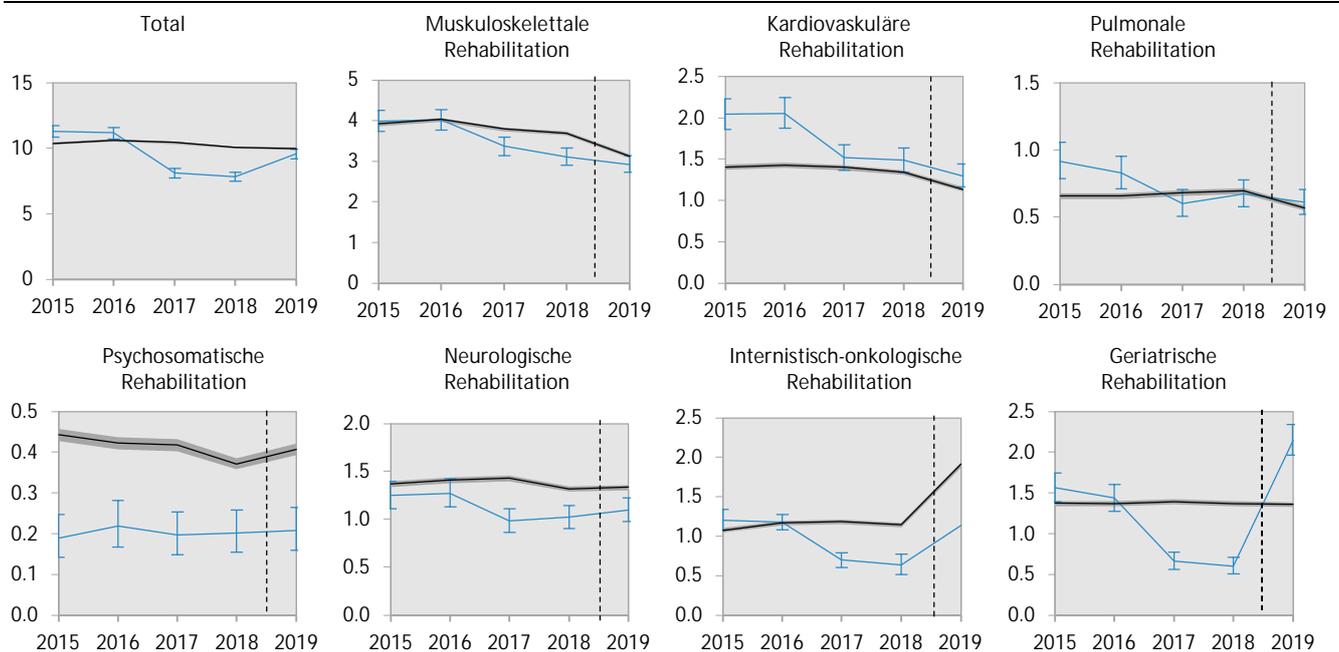
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Hospitalisierungsrate

Der Kanton Freiburg geht im Jahr 2015 von einer standardisierten Hospitalisierungsrate in der Rehabilitation aus, die leicht über dem schweizerischen Durchschnitt (11,3 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner gegenüber 10,4), und im Jahr 2019 leicht darunter liegt (9,6 gegenüber 10,0).

G 5.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Wohnsitz der Patientin oder des Patienten und nach Leistungsgruppe, 2015–2019



Anmerkung: Die Grafiken zeigen die Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner standardisiert nach Alter und Geschlecht. Aufgrund der geringen Fallzahlen und der damit verbundenen Ungewissheit ist die Leistungsgruppe der Rehabilitation Querschnittsgelähmter nicht abgebildet. Die Analyse der zeitlichen Entwicklungen wird dadurch eingeschränkt, dass in den Jahren 2017 und 2018 Fälle der geriatrischen Rehabilitation als Akutversorgung codiert wurden und daher in dieser Tabelle fehlen. Ausserdem wurde im Jahr 2019 die Definition der Gruppen geändert.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

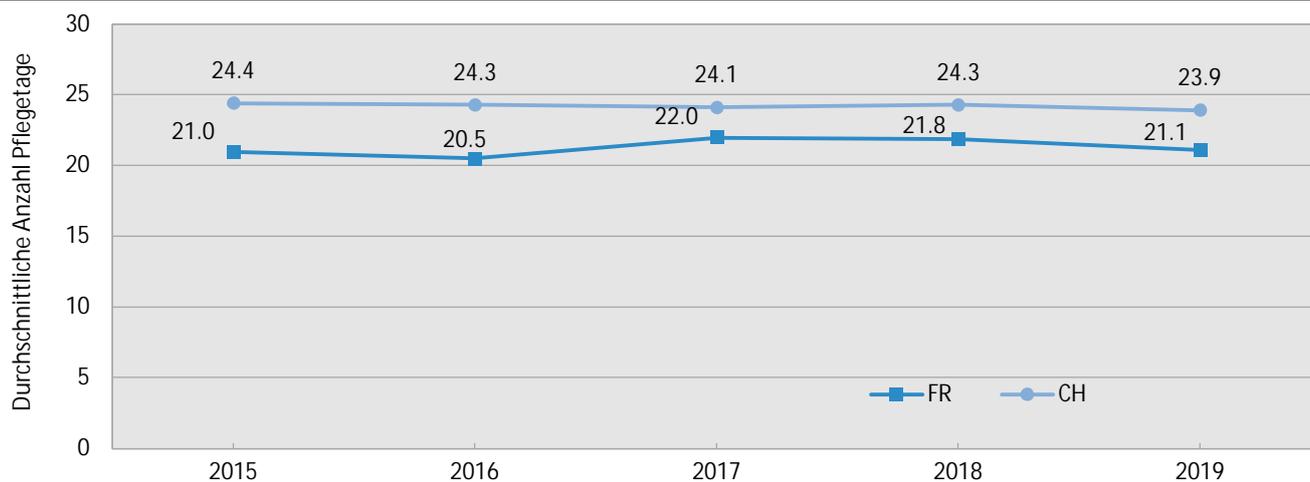
© Obsan 2023

Der Kanton Freiburg unterscheidet sich dadurch, dass er Inanspruchnahmeraten aufweist, die unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen, insbesondere in der psychosomatischen Rehabilitation (0,21 gegenüber 0,41 im Jahr 2019) und in der neurologischen Rehabilitation (1,09 gegenüber 1,33). Auch in der geriatrischen Rehabilitation wurden Abweichungen festgestellt, die eine unterschiedliche Praxis in den Schweizer Kantonen widerspiegeln, aber wahrscheinlich auch auf Unterschiede in der Codierung der geriatrischen Rehabilitation im Jahr 2019 zurückzuführen sind (siehe 5.1, Seite 111).

Pflegetage

Die Grafik G 5.4 zeigt die durchschnittliche Anzahl Spitalfälle in der Rehabilitation der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Freiburg und der Schweiz zwischen 2015 und 2019. Mit einem Durchschnitt von 21,1 Tagen pro Rehabilitationsfall im Jahr 2019 weist der Kanton Freiburg eine kürzere Dauer auf als der Schweizer Durchschnitt (23,9 Tage). Im schweizerischen Durchschnitt ist seit 2015 ein Trend zu einer kürzeren Dauer feststellbar, während sie im Kanton Freiburg mit rund 21 Tagen auf einem tieferen Niveau verharret. Es sei daran erinnert, dass die durchschnittliche Dauer der Jahre 2017 und 2018 für den Kanton Freiburg möglicherweise durch die Zuweisung eines Teils der Fälle der geriatrischen Rehabilitation in die Akutversorgung beeinflusst wird.

G 5.4 Durchschnittliche Anzahl Pflegetage, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR und der CH, 2015–2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Für die meisten Leistungsgruppen liegt die durchschnittliche Anzahl Tage im Jahr 2019 für den Kanton Freiburg zwischen 18,2 und 24,7 Tagen (T 5.2). In der Gruppe der geriatrischen Rehabilitation ist die Anzahl am tiefsten (16,5 Tage) und in den Gruppen der neurologischen Rehabilitation (31,6 Tage) und der Rehabilitation Querschnittsgelähmter (44,8 Tage) am höchsten.

Aufgrund der unterschiedlichen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer je nach Leistungsgruppe ist insbesondere festzustellen, dass sich der Anteil der Fälle der neurologischen Rehabilitation im Jahr 2019 bei 12,0 % befindet, der Anteil der Pflegetage dieser Leistungsgruppe aber bei 18,0 % liegt. Im Gegensatz dazu entfallen bei 21,0 % der Fälle nur 16,4 % der Pflegetage auf die geriatrische Rehabilitation.

T 5.2 Pfl egetage im Kanton FR, nach Leistungsgruppe, 2019

Leistungsgruppen	Pfl egetage	Anteil in %	Tage Ø
Muskuloskelettale Rehabilitation	16'182	28,9%	19,6
Kardiovaskuläre Rehabilitation	6'525	11,7%	18,2
Pulmonale Rehabilitation	3'308	5,9%	19,3
Psychosomatische Rehabilitation	1'578	2,8%	24,7
Neurologische Rehabilitation	10'093	18,0%	31,6
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	2'240	4,0%	44,8
Internistisch-onkologische Rehabilitation	6'824	12,2%	22,2
Geriatrische Rehabilitation	9'167	16,4%	16,5
Total	55'917	100%	21,1

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

5.1.2 Versorgungsangebot

Fallzahlen und Patientenstruktur

Die Freiburger Spitallisten für den Bereich der Rehabilitation umfassen insgesamt 12 Leistungserbringer (Spitalstandorte) (T 5.3). Die Hälfte der gelisteten Standorte befinden sich im Kanton Die sechs ausserkantonalen gelisteten Leistungserbringer befinden sich in den Kantonen Wallis (zwei Standorte), Waadt (ein Standort), Basel-Stadt (ein Standort), Luzern (ein Standort) und Bern (ein Standort).

Mit einem Anteil an Freiburger Patientinnen und Patienten von über 95 % versorgen die Freiburger Einrichtungen vor allem Patientinnen und Patienten aus dem Kanton, was im Jahr 2019 durch einen Market Share Index von 97,7 % belegt wird (siehe T 5.3 nachfolgend). Der HIB-Standort Estavayer-le-Lac bildet hier logischerweise eine Ausnahme mit 42,5 % Freiburger Patientinnen und Patienten. Im Gegensatz dazu machen die Freiburger Patientinnen und Patienten nur einen kleinen Anteil der Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Listenspitälern aus, und zwar nur etwas mehr als 7 % in der Berner Klinik Montana (7,7 %) und in der Klinik Bethesda in Tschugg (7,3 %).

Am Standort Tafers (HFR) und in der Klinik Bethesda in Tschugg sind die Anteile der Patientinnen und Patienten in der privaten oder halbprivaten Behandlungsklasse am grössten (ca. ein Viertel der Patientinnen und Patienten). In den übrigen Listenspitälern liegt dieser Anteil zwischen 0 % und 18 %.

Es liegt in der Natur der Sache, dass Spitalaufenthalte in einer Rehabilitationsabteilung grundsätzlich geplant sind. Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum und der HIB-Standort Estavayer-le-Lac verzeichnen dennoch Notfall-Eintritte (15 % bzw. 7 % der Aufenthalte).

Ausserdem fällt die Anzahl Pfl egetage pro innerkantonalem Spital im Vergleich zu ausserkantonalen Listenspitälern insgesamt geringer aus. Erstere weisen im Jahr 2019 maximal rund 15 000 Pfl egetage auf, während ausserkantonale Listenspitäler bis zu doppelt so viele Pfl egetage übernehmen.

Schliesslich liegt das Durchschnittsalter der in den innerkantonalen Listenspitälern behandelten Fälle zwischen 69,8 und 83,1 Jahren. Im Vergleich dazu ist das Durchschnittsalter der Fälle, die in ausserkantonalen Listenspitälern behandelt werden, tiefer. Es liegt zwischen 52,2 Jahren und 68,9 Jahren.

T 5.3 Fallzahlen und Kennzahlen der Listenspitäler gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2019

KT	Spital	Fälle	%FR	%FR französischsprachig	%FR deutschsprachig	%HP/P	% Notfall	Pflegetage (Volumen)	Ø Alter (Jahre)
Listenspitäler mit Standort im Kanton									
FR	freiburger spital (HFR) - Billens	800	96,4 %	92,3 %	4,1 %	14 %	0,0 %	14 801	69,8
	freiburger spital (HFR) - Freiburg	4	100,0 %	100,0 %	0,0 %	0 %	0,0 %	28	74,0
	freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten	321	96,9 %	74,1 %	22,7 %	17 %	0,0 %	8 912	70,9
	freiburger spital (HFR) - Riaz	370	98,9 %	98,9 %	0,0 %	11 %	0,0 %	5 717	83,1
	freiburger spital (HFR) - Tafers	97	100,0 %	38,1 %	61,9 %	27 %	0,0 %	1 726	79,8
	Interkantonales Spital der Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	769	42,5 %	42,4 %	0,1 %	2 %	7,2 %	15 434	78,8
Ausserkantonale Listenspitäler									
BE	Klinik Bethesda, Tschugg	764	7,3 %	3,3 %	4,1 %	24 %	0,1 %	28 679	68,9
BS	REHAB Basel	396	1,0 %	0,8 %	0,3 %	16 %	0,0 %	25 070	56,1
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	749	3,5 %	2,5 %	0,9 %	18 %	14,8 %	32 347	55,3
VD	Institution de Lavigny	323	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0 %	0,0 %	12 729	65,0
VS	Berner Klinik Montana	1 293	7,7 %	5,8 %	1,9 %	18 %	0,0 %	33 356	63,7
	Clinique romande de réadaptation (CRR)	380	4,5 %	4,5 %	0,0 %	8 %	0,0 %	16 383	52,2

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten; HP/P = Anteil der Fälle in der Behandlungsklasse Halbprivat oder Privat an allen Fällen des Spitals; %Notfall = Anteil der Eintritte im Notfall nach der Variable Eintrittsart der MS an allen Fällen des Spitals; Pflegetage (maximal 365) der Fälle A und C (keine C-Fälle von Freiburger Patientinnen und Patienten sowie in Freiburger Spitälern).

Quellen: BFS – MS, KS, Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)
© Obsan 2023

Insgesamt ist die Anzahl der Spitalaufenthalte in den Spitälern des Kantons Freiburg, die gemäss der im Jahr 2019 geltenden Freiburger Spitalliste gelistet sind, zwischen 2015 und 2019 um 8 % gesunken (-194 Aufenthalte, T 5.4). Die Zusammensetzung des Angebots innerhalb des Kantons Freiburg hat sich in diesem Zeitraum etwas verändert, da sich die stationäre Rehabilitation um die HFR-Standorte Billens, Meyriez-Murten, Riaz und Tafers gruppiert. Als Folge hat der HFR-Standort Freiburg seine stationäre Rehabilitation eingestellt, bietet aber im Gegenzug ein Angebot für die ambulante Rehabilitation an.

T 5.4 Fallzahlen der Listenspitäler mit Standort im Kanton FR gemäss Spitalliste des Kantons FR, 2015–2019

KT	Spital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	freiburger spital (HFR) - Billens	858	863	804	796	800		-58	-7%
	freiburger spital (HFR) - Fribourg	253	221	7		4		-249	-98%
	freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten		330	298	314	321		---	---
	freiburger spital (HFR) - Riaz	375	366			370		-5	-1%
	freiburger spital (HFR) - Tafers	351	82	16	74	97		-254	-72%
	Interkantonales Spital der Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	718	676	678	660	769		+51	+7%
Total		2'555	2'538	1'803	1'844	2'361		-194	-8%

Anmerkung: Fälle = Anzahl der im Spital behandelten Fälle, unabhängig vom Wohnort der Patientin oder des Patienten.

Quellen: BFS – MS, KS, Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Marktanteile der Spitäler

Die Tabellen T 5.5 und T 5.6 zeigen für jede Leistungsgruppe die Aufteilung der Marktanteile zwischen den Leistungserbringern für alle im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten der Rehabilitation. Zunächst werden die Spitäler nach ihrem Status (A, B oder D) zusammengeführt, der einerseits dadurch definiert wird, ob sie auf der Spitalliste des Kantons Freiburg gelistet sind oder nicht, und andererseits dadurch, ob sie sich im Kanton Freiburg befinden oder nicht. Die vom Kanton Freiburg gelisteten und sich im Kanton befindlichen Spitalstandorte erhalten den Status A, diejenigen, die auf der Spitalliste stehen, aber ausserkantonale gelegen sind, erhalten den Status B. Der Status C betrifft die nicht gelisteten, aber im Kanton ansässigen Leistungserbringer, wobei solche im Kanton Freiburg nicht vorhanden sind. Schliesslich erhalten die ausserkantonalen Spitalstandorte, die nicht auf der Liste des Kantons Freiburg aufgeführt sind, den Status D.

2019 beträgt der durchschnittliche Marktanteil der Spitäler mit Status A 71 %. In der geriatrischen Rehabilitation erreicht er 94 % und in fünf weiteren Leistungsgruppen mindestens 60 %. In der Rehabilitation Querschnittsgelähmter haben die Spitäler mit Status B einen Marktanteil von 62 % und in der psychosomatischen Rehabilitation weisen die Spitäler mit Status D einen Marktanteil von 56 % auf. Es ist zu beachten, dass in der Spitalplanung 2015 die psychosomatische Rehabilitation nicht in eine separate Leistungsgruppe einbezogen wurde, weshalb die Fälle anderen Leistungsgruppen zugeteilt wurden.

T 5.5 Marktanteile für die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Leistungsgruppe und Spitalstatus, 2019

Leistungsgruppen	Marktanteile (%)		
	Status A	Status B	Status D
Muskuloskelettale Rehabilitation	60 %	4 %	36 %
Kardiovaskuläre Rehabilitation	79 %	0 %	21 %
Pulmonale Rehabilitation	81 %		19 %
Psychosomatische Rehabilitation	9 %	34 %	56 %
Neurologische Rehabilitation	61 %	27 %	12 %
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	30 %	62 %	8 %
Internistisch-onkologische Rehabilitation	71 %	10 %	19 %
Geriatrische Rehabilitation	94 %		6 %
Total	71 %	8 %	22 %

Anmerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspitäler in der Analyseregion; B = Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion; D = nicht gelistete Spitäler ausserhalb der Analyseregion. Marktanteil: Anteil der Fälle am Total der Spitalaufenthalte der Patientinnen und Patienten aus dem analysierten Kanton. Auf einen zeitlichen Vergleich der Marktanteile wird aufgrund der Änderung der Definition der Leistungsgruppen verzichtet.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021) © Obsan 2023

Die detaillierte Analyse der Marktanteile pro Standort zeigt die unterschiedlichen Kompetenzschwerpunkte auf. Zum Beispiel hält der HFR-Standort Riaz einen Marktanteil von 65 % in der geriatrischen Rehabilitation. Obwohl die Marktanteile im Zusammenhang mit dem umfangreichen Leistungsspektrum, das an den verschiedenen Standorten angeboten wird, breiter gestreut sind, ist auch eine Schlüsselrolle der HFR-Standorte Meyriez-Murten (40 % Marktanteil in der neurologischen Rehabilitation) und Estavayer-le-Lac (36 % Marktanteil in der internistisch-onkologischen Rehabilitation) festzustellen. Ausserdem hat das HFR die stationären Leistungen am Standort Billens eingestellt und beschlossen, diesen Standort per Ende 2022 aufzugeben.

Es ist ebenfalls festzustellen, dass der HFR-Standort Tafers mit einem Marktanteil von 11 % entscheidend für die Bedarfsdeckung der Freiburger Bevölkerung in der geriatrischen Rehabilitation ist, während der HFR-Standort

Freiburg in der stationären Rehabilitation keine wesentliche Rolle mehr spielt. Schliesslich sind die ausserkantonalen Listenspitäler vor allem für die Leistungsgruppen der psychosomatischen Rehabilitation (Berner Klinik Montana, 34 % Marktanteil), der neurologischen Rehabilitation (Klinik Bethesda Tschugg, 16 % und Berner Klinik Montana, 9 %) und der Rehabilitation Querschnittsgelähmter (Schweizer Paraplegiker-Zentrum, 28 %) von Bedeutung.

T 5.6 Marktanteile nach Leistungsgruppe und Spital, 2019

Leistungsgruppen	Listenspitäler in der Analyseregion						Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion					An- dere	Fälle FR
	freiburger spital (HFR) - Billens	freiburger spital (HFR) - Freiburg	freiburger spital (HFR) - Mey- riez-Murten	freiburger spital (HFR) - Riaz	freiburger spital (HFR) - Tafers	Interkantoniales Spital der Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	Berner Klinik Montana	Clinique romande de réadaptation (CRR)	Klinik Bethesda Tschugg	REHAB Basel	Schweizer Paraplegiker- Zentrum	Andere Spitäler	Total
Muskuloskelettale Rehabilitation	35 %		8 %		4 %	13 %	3 %	1 %	0 %		0 %	36 %	825
Kardiovaskuläre Rehabilitation	69 %	1 %	1 %		1 %	8 %	0 %					21 %	358
Pulmonale Rehabilitation	64 %	1 %				16 %						19 %	171
Psychosomatische Rehabilitation			3 %			6 %	34 %					56 %	64
Neurologische Rehabilitation	13 %		40 %		1 %	7 %	9 %	0 %	16 %	0 %	1 %	12 %	319
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	14 %		12 %			4 %	14 %	14 %		6 %	28 %	8 %	50
Internistisch-onkologische Rehabili- tation	25 %		8 %	1 %	1 %	36 %	6 %	1 %	1 %		3 %	19 %	307
Geriatrische Rehabilitation		0 %	14 %	65 %	11 %	4 %						6 %	557
Total	29 %	0 %	12 %	14 %	4 %	12 %	4 %	1 %	2 %	0 %	1 %	22 %	2 651

Anmerkung: Der Marktanteil entspricht dem Anteil der von einem Spital behandelten Fälle und bezieht sich auf alle Spitalaufenthalte von im Kanton FR wohnhaften Patientinnen und Patienten für die betreffende Gruppe.

Quellen: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Deckungsgrad der Spitalliste

Während sich anhand der Analyse der Marktanteile der relative Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Freiburg in jeder Einrichtung ermitteln lässt, gibt der Deckungsgrad den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton an, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügt.

Gemäss den Empfehlungen der GDK für den Bereich der Akutversorgung, die aber grundsätzlich auf andere Versorgungstypen übertragbar sind, ist eine Spitalplanung nur dann bedarfsgerecht, wenn für jede Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben wird. Da eine Bedarfsdeckung von 100 % nicht realistisch ist, sollten die Leistungsaufträge der Spitalliste 80 % der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung in jeder Leistungsgruppe erreichen. Der Deckungsgrad der Freiburger Spitalliste für den Bereich der Rehabilitation kann unter dem Gesichtspunkt dieser Empfehlungen als Richtwert untersucht werden. Da die psychosomatische Rehabilitation in der Spitalplanung 2015 nicht als separate Gruppe berücksichtigt wurde, wurden ausserdem keine Leistungsaufträge vergeben, so dass der Deckungsgrad gleich Null ist. De facto gehörten einige dieser Fälle anderen Gruppen an und waren daher möglicherweise durch die kantonale Spitalliste abgedeckt.

Insgesamt beträgt der Deckungsgrad der Spitalliste im Jahr 2019 74 %, unter Ausschluss der Gruppen der psychosomatischen Rehabilitation und der Rehabilitation Querschnittsgelähmter (T 5.7). Tatsächlich war die Rehabilitation zum Zeitpunkt der Erstellung der letzten Spitalliste keine spezifische Leistungsgruppe. In der Rehabilitation Querschnittsgelähmter sind die Fallzahlen tief und aufgrund der ungenügenden Definition der Gruppe ist eine kleine Anzahl Fälle eher der neurologischen Rehabilitation oder der muskuloskelettalen Rehabilitation zuzuordnen, weshalb die Berechnung des Deckungsgrads wenig aussagekräftig ist. Allerdings wurden den meisten der wenigen Spitäler, die eine Rehabilitation dieser Art anbieten, Leistungsaufträge erteilt, was darauf hindeutet, dass der Deckungsgrad sehr hoch sein dürfte. Über alle verbleibenden Leistungsgruppen hinweg betrachtet, liegt der Deckungsgrad nur für die neurologische Rehabilitation (80 %) und die geriatrische Rehabilitation (94 %) bei mindestens 80 %. Für die anderen fünf Leistungsgruppen liegt der Deckungsgrad zwischen 61 % und 74 %. Die Ergebnisse können unter den gleichen Nuancen betrachtet werden wie diejenigen der Akutversorgung, nämlich, dass die Definition der Gruppen für die nächste Planung nicht exakt der im Jahr 2019 geltenden Spitalliste entspricht, dass der Kanton Freiburg die Besonderheit hat, zweisprachig zu sein, und dass er aufgrund seiner Demografie nur knapp in der oberen Kategorie der von der GDK empfohlenen Deckungsgrade liegt.

T 5.7 Deckungsgrad der Spitalliste des Kantons FR, nach Leistungsgruppe, 2019

Leistungsgruppen	Fälle FR	Deckungsgrad
Muskuloskelettale Rehabilitation	825	61 %
Kardiovaskuläre Rehabilitation	358	72 %
Pulmonale Rehabilitation	171	65 %
Neurologische Rehabilitation	319	80 %
Internistisch-onkologische Rehabilitation	307	71 %
Geriatrische Rehabilitation	557	94 %
Zwischentotal	2 537	74 %

Anmerkung: Der Deckungsgrad entspricht dem Anteil der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR, die in einem Spital behandelt werden, das über einen kantonalen Leistungsauftrag für die betreffende Gruppe verfügt. Die Leistungsgruppen mit einem Deckungsgrad von weniger als 80 % werden hervorgehoben. Für die Gruppe «psychosomatische Rehabilitation», die in der Spitalplanung 2015 nicht als separate Gruppe berücksichtigt wurde, sondern angesichts der Spitalplanung 2024 eingeführt wurde, kann der Deckungsgrad nicht berechnet werden. Für die Rehabilitation Querschnittsgelähmter wird ebenfalls auf die Berechnung eines Deckungsgrads verzichtet, da die Gruppe, so wie sie definiert ist, offenbar nur wenige Fälle umfasst, die eher der neurologischen Rehabilitation oder der muskuloskelettalen Rehabilitation zuzuordnen sind. Im Zwischentotal sind die Fälle dieser beiden Gruppen nicht enthalten. Quelle: BFS – MS, KS; Freiburger KVG-Liste gemäss Verordnung vom 31.03.2015, in Kraft getreten am 01.01.2017 (Stand: Dezember 2021)

© Obsan 2023

Anzahl Betten

Schliesslich wird die Analyse des Versorgungsangebots durch die Entwicklung der Anzahl Betten der Rehabilitation in den Spitälern des Kantons Freiburg ergänzt. Zwischen 2015 und 2019 ist eine Zunahme der Bettenzahlen um insgesamt 5 % bzw. 10 Betten zu beobachten. Diese Zunahme betrifft ausschliesslich das HFR (+7 %), da die Bettenzahlen des Interkantonalen Spitals der Broye während des gesamten Zeitraums konstant bei 47 Betten geblieben sind.

T 5.8 Anzahl Betten pro Spital im Kanton FR, 2015–2019

Spital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
HFR - freiburger spital	139	142	176	143	149		+10	+7%
Interkantonales Spital der Broye (HIB)	19	19	19	19	19		0	0%
Total	158	161	195	162	168		+10	+6%

Anmerkung: Einrichtung bezieht sich auf die gemäss KS erfasste BUR-Nr. Die Bettenzahl entspricht der Anzahl der Bettenbetriebstage (= Tage, an denen ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht) im Bereich Rehabilitation gemäss KS geteilt durch 365. In Bezug auf das HIB ist es der Standort Estavayer-le-Lac, der ein Behandlungs- und Rehabilitationszentrum (CTR) mit 47 Betten betreibt; gemäss Verteilungsschlüssel werden hier jedoch nur 40 % der Betten berücksichtigt.

Quelle: BFS – KS

© Obsan 2023

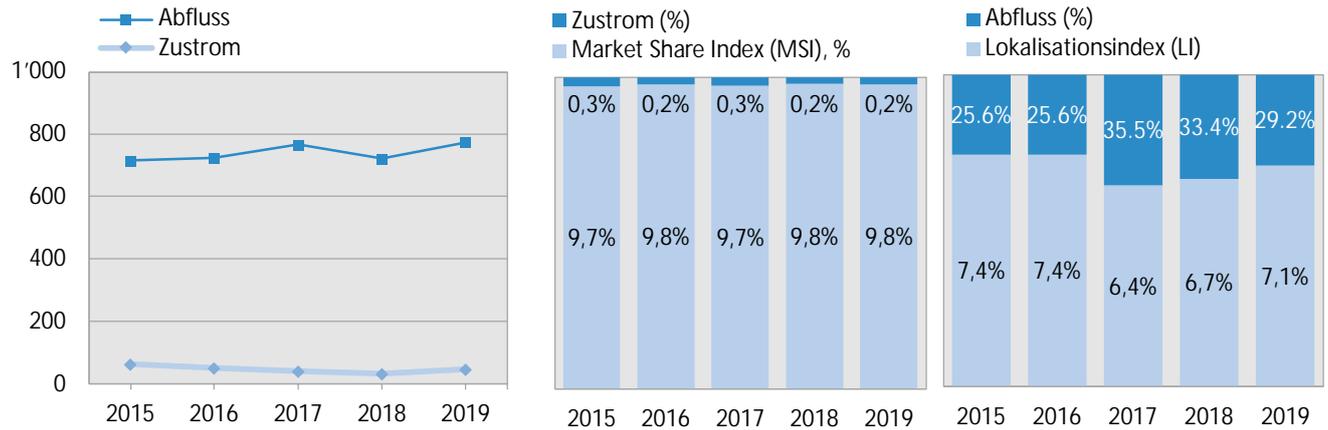
5.1.3 Patientenströme

Für die Erfassung des Koordinationsbedarfs zwischen den Kantonen ist es auch wichtig, die Patientenströme im Bereich der Rehabilitation zu kennen (siehe T 3.11 für die Definition der Indikatoren). Im Allgemeinen behandeln die Freiburger Einrichtungen fast ausschliesslich Patientinnen und Patienten aus dem Kanton (Market Share Index von 97,7 % im Jahr 2019, G 5.5). Der Anteil der Freiburger Patientinnen und Patienten, die sich in einem Spital des Kantons hospitalisieren lassen (Lokalisationsindex), beträgt hingegen 70,8 %. Dieser scheint seit 2015 (74,4 %) rückläufig zu sein, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Lokalisationsindex der Jahre 2017 und 2018 durch die Zuweisung einer gewissen Anzahl Fälle der geriatrischen Rehabilitation zur Akutversorgung sicherlich nach unten beeinflusst wurde. In der Tat erfolgen Aufenthalte in der geriatrischen Rehabilitation selten ausserkantonale (siehe T 5.12 unten).

Der Anteil des Abflusses ist deutlich höher als der Anteil des Zustroms (29,2 % gegenüber 2,3 % im Jahr 2019). Mit 45 Zuwanderungen gegenüber 775 Abwanderungen betrug die Nettowanderung im Jahr 2019 somit -730, bei einem Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung (EI) von 17,2.

G 5.5 Indikatoren Patientenströme, Kanton FR, 2015–2019

	Indikator	2015	2016	2017	2018	2019
Import	Zustrom (n)	63	51	39	32	45
	Zustrom (%)	2,9 %	2,4 %	2,7 %	2,2 %	2,3 %
Export	Abfluss (n)	716	723	767	721	775
	Abfluss (%)	25,6 %	25,6 %	35,5 %	33,4 %	29,2 %
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI)	74,4 %	74,4 %	64,5 %	66,6 %	70,8 %
	Market Share Index (MSI), %	97,1 %	97,6 %	97,3 %	97,8 %	97,7 %
	Nettowanderung	-653	-672	-728	-689	-730
	Exportindex (EI)	11,37	14,18	19,67	22,53	17,22



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Zustrom

Der Zustrom besteht nur aus wenigen Dutzend Fällen (45 im Jahr 2019, T 5.9). 2015 entfielen die meisten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten auf die kardiovaskuläre Rehabilitation (40 Fälle), seither ist der Zustrom in dieser Leistungsgruppe jedoch deutlich zurückgegangen: 2019 werden 14 Fälle von ausserkantonalen Patienten verzeichnet, was 4,7 % der Aufenthalte in der kardiovaskulären Rehabilitation im Kanton Freiburg entspricht. In allen anderen Rehabilitationsgruppen ist der Anteil des Zustroms geringer und beträgt höchstens 4,0 % (neurologische Rehabilitation).

T 5.9 Zustrom in den Kanton FR nach Leistungsgruppe, 2015–2019

Leistungsgruppen	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Inflow 2019
Muskuloskelettale Rehabilitation	9	4	10	4	6		-33%	1,2%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	40	32	22	17	14		-65%	4,7%
Pulmonale Rehabilitation	3	2	2	2	3		0%	2,1%
Psychosomatische Rehabilitation	.	.	.	.	.		---	*
Neurologische Rehabilitation	2	4	3	7	8		300%	4,0%
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	.	.	.	.	.		---	0,0%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	4	5	.	1	6		50%	2,7%
Geriatrische Rehabilitation	5	4	2	1	8		60%	1,5%
Total	63	51	39	32	45		-29%	2,3%

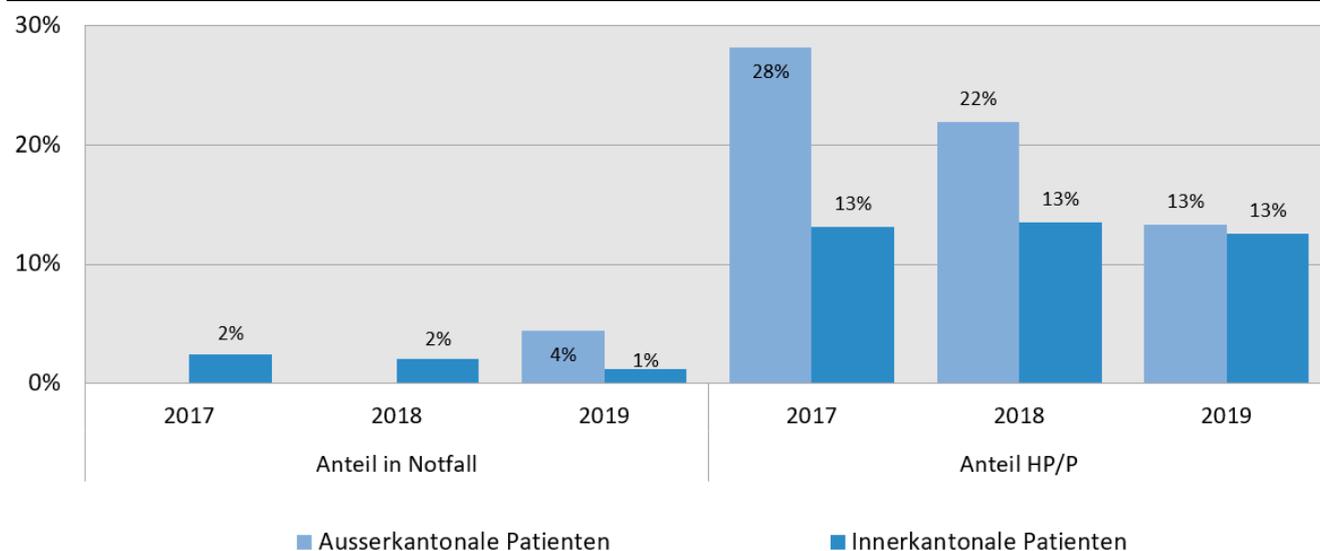
Anmerkung: Der Zustrom beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte ausserkantionaler Patientinnen und Patienten an den Spitalstandorten des Kantons Freiburg. Für die Leistungsgruppen mit weniger als 10 Spitalaufenthalten in Spitälern des Kantons Freiburg ist der Zustrom in Prozent nicht angegeben (*).

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Im Jahr 2019 lassen sich bei den ausserkantonalen und innerkantonalen Patientinnen und Patienten weder hinsichtlich des Anteils der Spitalaufenthalte im Notfall noch hinsichtlich des Anteils der privaten oder halbprivaten Fälle Unterschiede feststellen (G 5.6). Der Anteil der Notfall-Eintritte ist in der Rehabilitation ohnehin sehr tief (4 % bzw. 1 %). Unabhängig von der Herkunft der Patientinnen und Patienten liegt der Anteil der privat oder halbprivat behandelten Patientinnen und Patienten bei 13 %. Aufgrund der geringen Anzahl ausserkantionaler Patientinnen und Patienten sind die Schwankungen dieser Ergebnisse im Zeitverlauf schwer zu interpretieren.

G 5.6 Struktur der im Kanton FR hospitalisierten Patientinnen und Patienten nach Herkunft der Patientinnen und Patienten, 2017–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; HP/P = Behandlungsklasse halbprivat oder privat

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Waadt machen den grössten Teil des Zustroms aus (71 % im Jahr 2019 T 5.10)²⁸. Im Zeitraum 2015–2019 zeichnet sich daher auch bei ihnen ein rückläufiger Trend des Zustroms ab. Während im Jahr 2019 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland die zweitwichtigste Herkunftsgruppe darstellen, sind es über den gesamten Untersuchungszeitraum gesehen die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Bern, die an zweiter Stelle stehen. Mit Ausnahme des Kantons Waadt gibt es im Jahr 2019 jedoch nicht mehr als zwei Fälle pro Herkunftskanton.

T 5.10 Zustrom in den Kanton FR nach Wohnkanton der Patientin oder des Patienten, 2015–2019

Wohnkanton	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
VD	51	39	23	25	32		-37%	71%
Ausland	3	1	3	3	5		+67%	11%
BE	2	8	4	1	2		+0%	4%
NE	.	2	5	2	2		---	4%
GE	3	.	.	1	2		-33%	4%
VS	1	.	2	.	1		+0%	2%
ZH	1	.	.	.	1		+0%	2%
JU	.	1	1	.	.		---	---
TI	1	.	.	.	.		---	---
LU	1	.	.	.	.		---	---
SO	.	.	1	.	.		---	---
Total	63	51	39	32	45		-29%	100%

Anmerkung: Waadtländer Patientinnen und Patienten, die am Standort Estavayer-le-Lac des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB) behandelt wurden, sind hier nicht aufgeführt, da sie nicht als Zustrom in den Kanton Freiburg gelten.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

²⁸ Aufgrund der besonderen Behandlung des interkantonalen Spitals gelten Waadtländer Patientinnen und Patienten, die am HIB-Standort Estavayer-le-Lac behandelt werden, nicht als Zustrom, auch wenn sie aus einem anderen Kanton stammen. Der Zustrom aus dem Kanton Waadt betrifft hier somit andere Freiburger Einrichtungen als das HIB.

Schliesslich zeigt die Tabelle T 5.11, an welchen Spitalstandort sich die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten begeben. Die Patientenströme sind sehr schwach.

T 5.11 Zustrom nach Spital und Herkunft der Patientin oder des Patienten, 2019

Spital	Zustrom (%)	Zustrom (n) nach Herkunft der Patientin oder des Patienten													
		Anzahl							Anteil						
		VD	Ausland	BE	GE	NE	Andere	Total	VD	Ausland	BE	GE	NE	Andere	
freiburger spital (HFR) - Billens	3,6 %	25	3	.	1	.	.	29	86 %	10 %	.	3 %	.	.	
freiburger spital (HFR) - Freiburg	0,0 %	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
freiburger spital (HFR) - Meyriez-Murten	3,1 %	5	1	2	.	2	.	10	50 %	10 %	20 %	.	20 %	.	
freiburger spital (HFR) - Riaz	1,1 %	2	1	.	.	.	1	4	50 %	25 %	.	.	.	25 %	
freiburger spital (HFR) - Tafers	0,0 %	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Interkantonales Spital der Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	0,6 %	.	.	.	1	.	1	2	.	.	.	50 %	.	50 %	
Total	2,3 %	32	5	2	2	2	2	45	71 %	11 %	4 %	4 %	4 %	4 %	

Anmerkung: Der Zustrom zeigt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte ausserkantionaler Patientinnen und Patienten an allen Fällen für jedes Spital an. Die Hauptherkünfte der Patientinnen und Patienten sind hervorgehoben, sowohl für die absoluten Zahlen (orange) als auch für den relativen Anteil (grau). Waadtländer Patientinnen und Patienten, die am Standort Estavayer-le-Lac des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB) behandelt wurden, sind hier nicht aufgeführt, da sie nicht als Zustrom in den Kanton Freiburg gelten.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Abfluss

Zwischen 2015 und 2019 schwankt der Abfluss zwischen einem Minimum von 716 Abwanderungen im Jahr 2015 und einem Maximum von 775 Abwanderungen im Jahr 2019 (T 5.12). Diese Schwankungen sind auf der Ebene der Rehabilitationsgruppen festzustellen, für die es ebenfalls schwierig ist, Trends zu erkennen, wie weiter oben erläutert wurde (siehe 5.1.1). Im Jahr 2019 entsprechen die 775 ausserkantonalen Spitalaufenthalte 29,2 % aller Fälle von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Freiburg in der Rehabilitation.

In der psychosomatischen Rehabilitation und in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter beträgt der Anteil des Abflusses 90,6 % bzw. 70,0 %, auch wenn diese beiden Leistungsgruppen in absoluten Zahlen nur wenige Fälle darstellen. In der kardiovaskulären Rehabilitation (20,9 %) und der pulmonalen Rehabilitation (19,3 %) ist der Anteil des Abflusses hingegen viel geringer und in der geriatrischen Rehabilitation nochmals deutlich geringer (6,3 %). In den drei anderen Rehabilitationsgruppen liegt der Anteil des Abflusses zwischen 28,7 % und 39,5 %.

T 5.12 Abfluss aus dem Kanton FR nach Leistungsgruppe, 2015–2019

Leistungsgruppen	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Outflow 2019
Muskuloskelettale Rehabilitation	279	298	336	282	326		17%	39,5%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	97	90	95	115	75		-23%	20,9%
Pulmonale Rehabilitation	29	26	20	28	33		14%	19,3%
Psychosomatische Rehabilitation	39	44	54	58	58		49%	90,6%
Neurologische Rehabilitation	141	130	111	100	125		-11%	39,2%
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	28	26	16	22	35		25%	70,0%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	80	81	89	90	88		10%	28,7%
Geriatrische Rehabilitation	23	28	46	26	35		52%	6,3%
Total	716	723	767	721	775		8,2%	29,2%

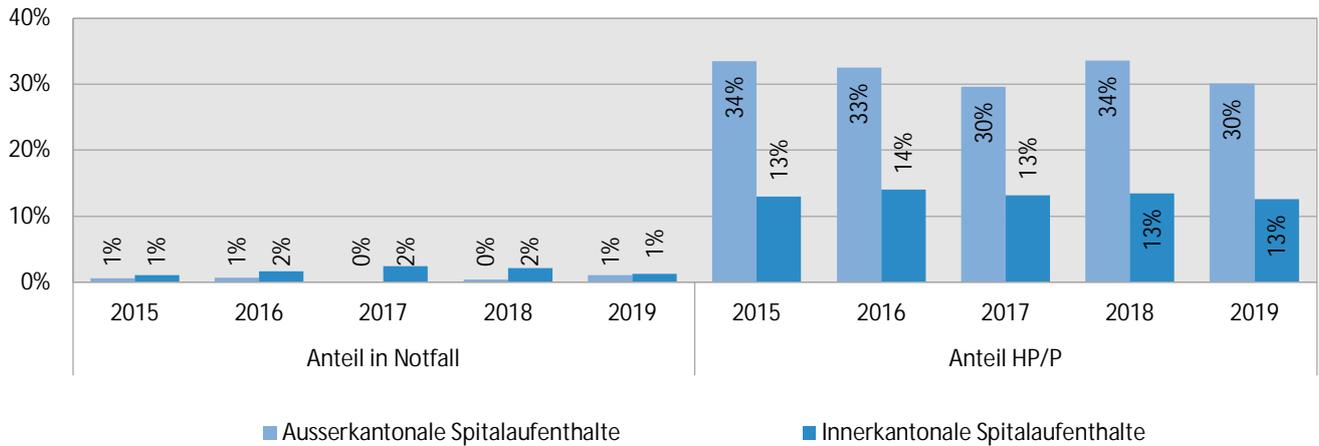
Anmerkung: Der Abfluss beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil der Spitalaufenthalte von im Kanton Freiburg wohnhaften Patientinnen und Patienten, die in einem ausserkantonalen Spital behandelt werden.

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

In der Grafik G 5.7 werden die Merkmale der Freiburger Patientinnen und Patienten danach verglichen, ob sie inner- oder ausserkantonale hospitalisiert werden. Patientinnen und Patienten mit einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt sind deutlich häufiger als private oder halbprivate Behandlung registriert als Patientinnen und Patienten, die innerhalb des Kantons hospitalisiert sind (30 % gegenüber 13 % im Jahr 2019). Dieses Merkmal ist seit 2015 relativ stabil geblieben. Logischerweise ist der Anteil der Spitalaufenthalte im Notfall bei beiden Patientenkategorien gleich Null, da die Aufenthalte in der Rehabilitation in der Regel geplant sind.

G 5.7 Struktur der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019



Anmerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; HP/P = Behandlungsklasse halbprivat oder privat
 Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Die Analyse der Ergebnisse nach Wohnregionen zeigt, dass der Anteil des Abflusses bei den deutschsprachigen Patientinnen und Patienten des Kantons Freiburg mit 65 % ausserkantonalen Spitalaufenthalten besonders hoch ist (T 5.13). Der Kanton Bern ist der grösste Zielkanton und nimmt die Hälfte der deutschsprachigen Patientinnen und Patienten auf, die einen Spitalaufenthalt in der Rehabilitation verzeichnen (50 %). Bei den französischsprachigen Patientinnen und Patienten des Kantons Freiburg ist der Anteil des Abflusses mit 21 % geringer, wobei der Kanton Wallis der wichtigste Zielkanton für diese Patientinnen und Patienten ist (11 %). In der Analyse der innerkantonalen Patientenströme nach Wohnregionen zeigt sich schliesslich, dass die französischsprachigen Freiburger Patientinnen und Patienten häufiger in einer Einrichtung in der deutschsprachigen Region hospitalisiert werden (13 %), während das Gegenteil nur für 7 % der Fälle gilt.

Insgesamt erfolgen die ausserkantonalen Spitalaufenthalte somit hauptsächlich im Kanton Bern (41 % des Abflusses im Jahr 2019) oder im Kanton Wallis (34 %, T 5.14). Die Patientenströme in diese beiden Kantone haben seit 2015 zugenommen (+21,1 % bzw. +34,0 %). Demgegenüber sind die Patientenströme in die anderen Zielkantone tendenziell rückläufig.

Es ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass der Kanton Freiburg mit einem Anteil des Abflusses von 29,2 % im Jahr 2019 im interkantonalen Vergleich in aufsteigender Reihenfolge den zehnten Platz einnimmt (G 5.8).

T 5.13 Abfluss von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR gemäss der Wohnregion, nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019

Hospitalisierungskanton	Kanton Freiburg			Französischsprachige Region			Deutschsprachige Region		
	2019	% Outflow		2019	% Outflow		2019	% Outflow	
BE	316	12%		80	4%		236	50%	
VS	260	10%		233	11%		27	6%	
VD	87	3%		82	4%		5	1%	
JU	47	2%		35	2%		12	3%	
LU	29	1%		22	1%		7	1%	
AG	11	0%		2	0%		9	2%	
Andere	25	1%		14	1%		11	2%	
Total	775	29%		468	21%		307	65%	
Interne Patientenströme	2019	% Flow		2019	% Flow		2019	% Flow	
FR (andere Sprachregion)	309	12%		275	13%		34	7%	

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

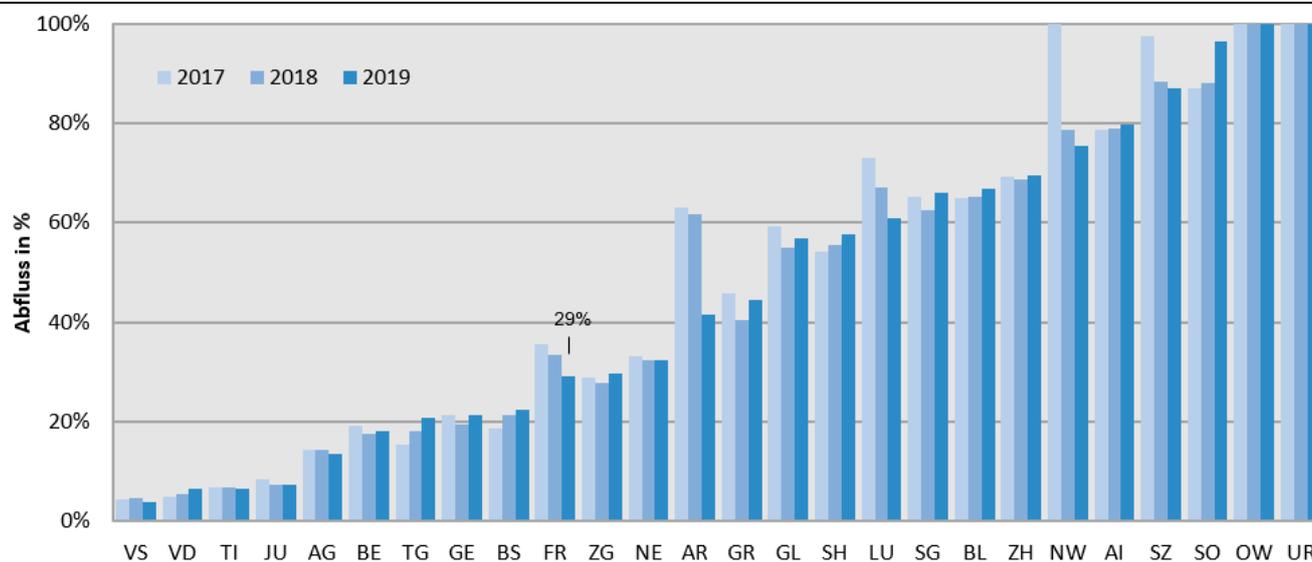
T 5.14 Abfluss von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton FR nach Kanton des Spitalaufenthalts, 2015–2019

Hospitalisierungskanton	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Anteil in %, 2019
BE	261	290	291	276	316		+21,1%	41%
VS	194	217	242	224	260		+34,0%	34%
VD	127	102	129	101	87		-31,5%	11%
JU	46	36	48	51	47		+2,2%	6%
LU	32	33	16	26	29		-9,4%	4%
AG	21	16	17	20	11		-47,6%	1%
BS	9	3	6	4	5		-44,4%	1%
Andere	26	26	18	19	20		-23,1%	3%
Total	716	723	767	721	775		+8,2%	100%

Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2'022

G 5.8 Abfluss nach Kanton, 2017–2019



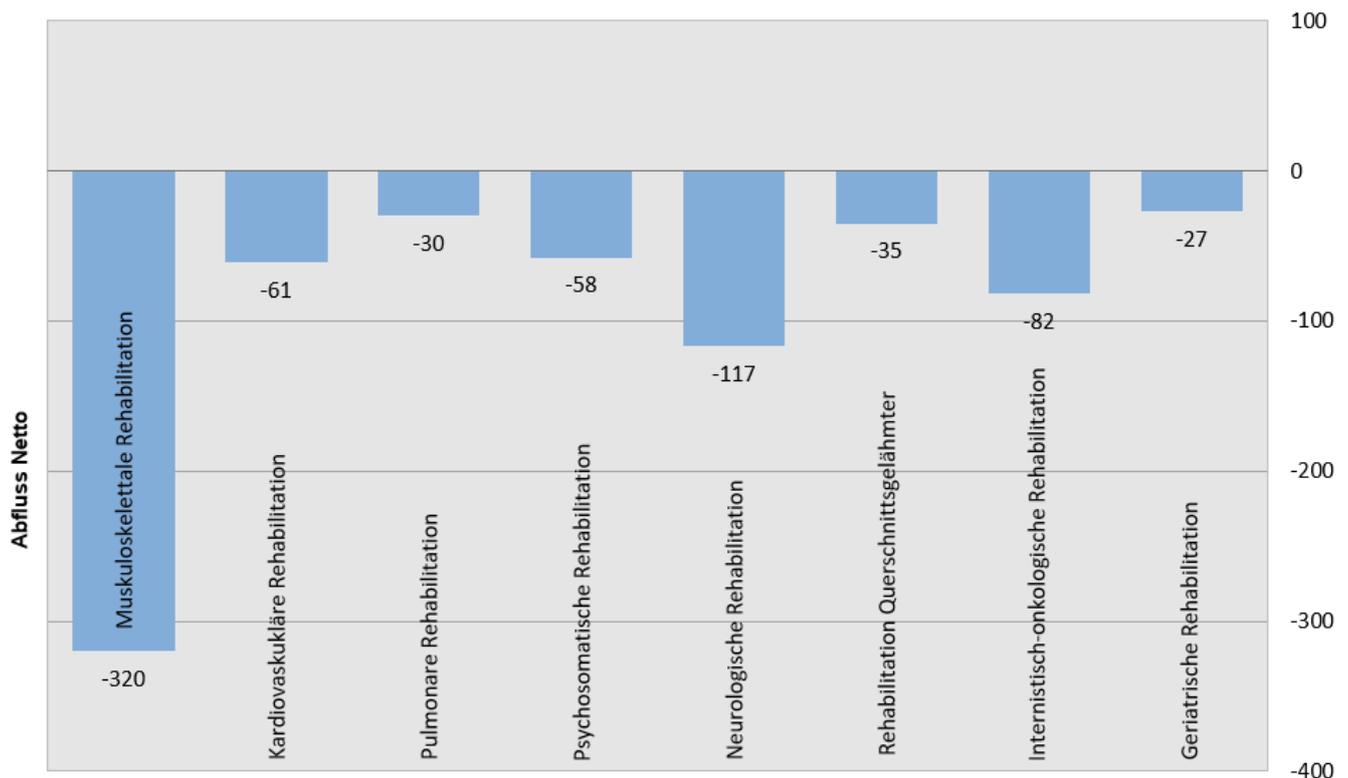
Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

Nettowanderung

Es wurde dargelegt, dass sich der Kanton Freiburg mit einer Nettowanderung von -730 und einem Exportindex von 17,22 im Bereich der stationären Rehabilitation als Netto-Exporteur zeigt. Die Grafik G 5.9 zeigt die Aufgliederung dieser Nettowanderung nach Leistungsgruppen. Die Nettowanderung ist in der muskuloskelettalen Rehabilitation am grössten (-320), gefolgt von der neurologischen Rehabilitation (-117) und der internistisch-onkologischen Rehabilitation (-82). In den anderen Rehabilitationsgruppen liegt die Nettowanderung zwischen -27 und -61.

G 5.9 Nettowanderung für den Kanton FR nach Leistungsgruppe, 2019



Quellen: BFS – MS, KS

© Obsan 2023

5.2 Bedarfsprognose

Die Prognosen beziehen sich auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung des Kantons Freiburg im Jahr 2019 und werden bis 2035 projiziert. Die Einflussfaktoren sind in der Bedarfsabschätzung in Form von drei Prognoseszenarien berücksichtigt. Das Basisszenario, das plausibelste Szenario, steht im Mittelpunkt der Bedarfsprognose. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden die Bandbreite möglicher Entwicklungen ab. Im Minimalszenario werden Hypothesen und Szenarien bezüglich der Einflussfaktoren, die zu einer relativ tiefen Bedarfsabschätzung führen, kombiniert, während das Maximalszenario die obere Grenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen darstellt.

Bei der Formulierung seiner Hypothesen (siehe Kasten 14, sowie die weiteren Informationen zum Prognosemodell und die theoretischen Erläuterungen zu den Einflussfaktoren und den verwendeten Datenquellen in Kapitel 2.7) geht der Kanton Freiburg auch für die Rehabilitation nicht von der Hypothese einer Annäherung der Freiburger Raten an die schweizerischen Raten aus (vgl. Ausführungen in Kapitel 3.2, Seite 78 ff.). Er stützt sich weitgehend auf die Arbeiten der GDZH, d. h. er berücksichtigt keine epidemiologischen oder medizintechnischen Entwicklungen, die über das hinausgehen, was sich aus den Hypothesen für die Akutversorgung im Bereich der Orthopädie ergibt. Der Kanton Freiburg geht davon aus, dass es einen kurzfristigen Effekt im Zusammenhang mit Covid-19 gibt und dass weitere, später auftretende Auswirkungen noch nicht voraussehbar sind. Die geriatrische Rehabilitation ist im Kanton bereits stark präsent und es wird nicht mit einer Zunahme wie im Kanton Zürich gerechnet (GDZH 2021). Der Kanton rechnet hingegen mit einer Entwicklung hin zur ambulanten Versorgung, die zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht genau quantifiziert werden kann. Mit Ausnahme der Rehabilitation Querschnittsgelähmter liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in allen Leistungsgruppen tiefer als der schweizerische Durchschnitt und es wird beschlossen, sie konstant zu halten.

Kasten 14 Einflussfaktoren und Hypothesen für die Bedarfsprognose für die Rehabilitation der Freiburger Bevölkerung					
		Drei Szenarien			
		Minimal	Basis	Maximal	
Einflussfaktoren / Hypothesen	Demografie	Tiefes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Mittleres Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Hohes Szenario gemäss den kantonalen demografischen Szenarien des BFS	Fälle
	Annäherung an die schweizerischen Inanspruchnahmerate	Hypothese der Annäherung nicht übernommen			
	Epidemiologie	Keine Hypothesen			
	Medizintechnisch	Keine Hypothesen			
	Medizintechnisch im Zusammenhang mit der Zunahme in der Akutversorgung (Orthopädie)	keine	Im Zusammenhang mit der Zunahme von Revisionsoperationen Hüftprothesen und Revisionsoperationen Knieprothesen und unter der Hypothese, dass der Anteil der Fälle, die in der Rehabilitation im Jahr 2019 einen anschliessenden Aufenthalt verzeichnen, stabil bleibt.	Im Zusammenhang mit der Zunahme von mehr als 50 % Revisionsoperationen Hüftprothesen und Revisionsoperationen Knieprothesen gegenüber dem Basisszenario und unter der Hypothese, dass der Anteil der Fälle, die in der Rehabilitation im Jahr 2019 einen anschliessenden Aufenthalt verzeichnen, stabil bleibt.	
	Verlagerung in den ambulanten Bereich	Keine Hypothesen			
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Kantons			Tage

5.2.1 Prognose des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung

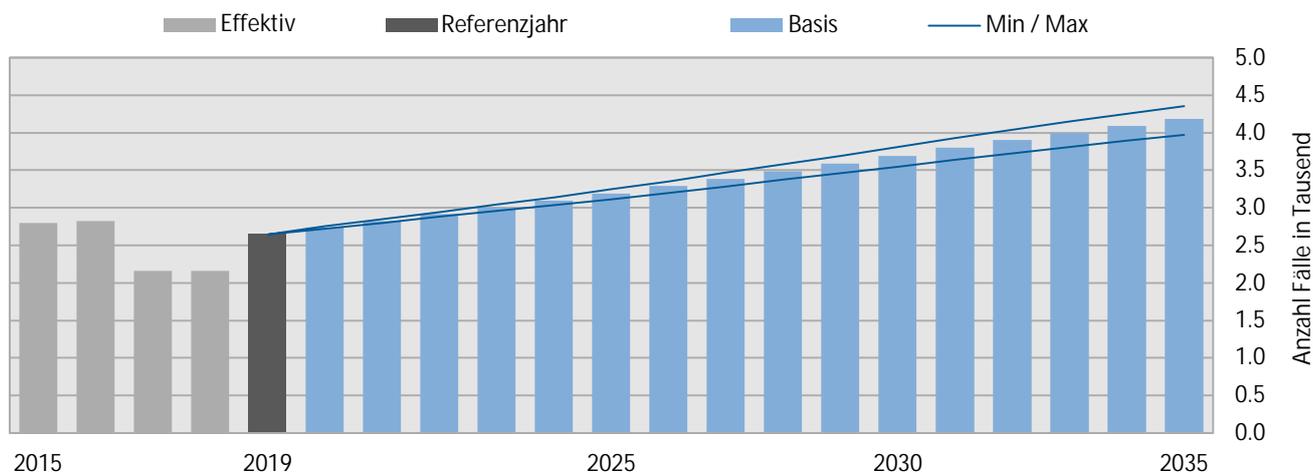
In diesem Abschnitt wird der bis zum Jahr 2035 prognostizierte Bedarf an Leistungen der Rehabilitation dargestellt. Es handelt sich dabei um den Bedarf, bei dem alle Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden, d. h. die demografischen und die medizintechnischen Faktoren in der Akutversorgung, die sich auf die Rehabilitation auswirken. Die einzelnen Auswirkungen dieser beiden Einflussfaktoren werden in Kapitel 5.2.2 genauer beschrieben.

Fallprognose 2035

Gemäss dem Basisszenario wird über den Zeitraum 2019–2035 ein Wachstum der Anzahl Spitalfälle von 58 % erwartet, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Fallzahlen von 2,9 % entspricht (G 5.10). Die Anzahl Spitalfälle würde damit von 2651 im Jahr 2019 auf 4185 im Jahr 2035 steigen (+1534 zusätzliche Fälle).

Im Minimal- und Maximalszenario wird davon ausgegangen, dass das Wachstum der Fallzahlen bis 2035 zwischen +50 % (3971 Fälle im Jahr 2035) und +64 % (4354) betragen wird.

G 5.10 Entwicklung der Spitalaufenthalte, 2015–2035



Szenario	2019	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
Basis	2 651	4 185	+58 %	+2,9 %
Max.	2 651	4 354	+64 %	+3,1 %
Min.	2 651	3 971	+50 %	+2,6 %

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Während das Basisszenario bis 2035 insgesamt eine Zunahme der Spitalfälle um 58 % prognostiziert, dürften die Fallzahlen in den verschiedenen Leistungsgruppen sehr unterschiedlich zunehmen (T 5.15T 5.15 und G 5.11).

Die Bereiche der psychosomatischen Rehabilitation und der Rehabilitation Querschnittsgelähmter, auf die 2019 4 % der Fälle entfallen, dürften die moderatesten Wachstumsraten aufweisen: Bis 2035 prognostiziert das Basisszenario eine Zunahme der Fallzahlen um 22 % bzw. 26 %.

Unterdurchschnittlich ist die erwartete Zunahme der Fallzahlen auch in den Bereichen der neurologischen Rehabilitation (+34 % bis 2035 gemäss Basisszenario), der pulmonalen Rehabilitation (+40 %), der kardiovaskulären Rehabilitation (+43 %) sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation (+53 %).

Die Fallzahlen der muskuloskelettalen Rehabilitation dürften stärker steigen (+64 %), doch sind es die Fallzahlen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation, die am allerstärksten zunehmen sollten. Unmittelbar von der demografischen Alterung betroffen, dürfte diese Leistungsgruppe bis 2035 um 88 % wachsen. Während die geriatrische Rehabilitation im Jahr 2019 21 % der Fälle ausmacht, dürfte dieser Anteil somit bis 2035 auf 25 % steigen.

T 5.15 Prognostizierte Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2035

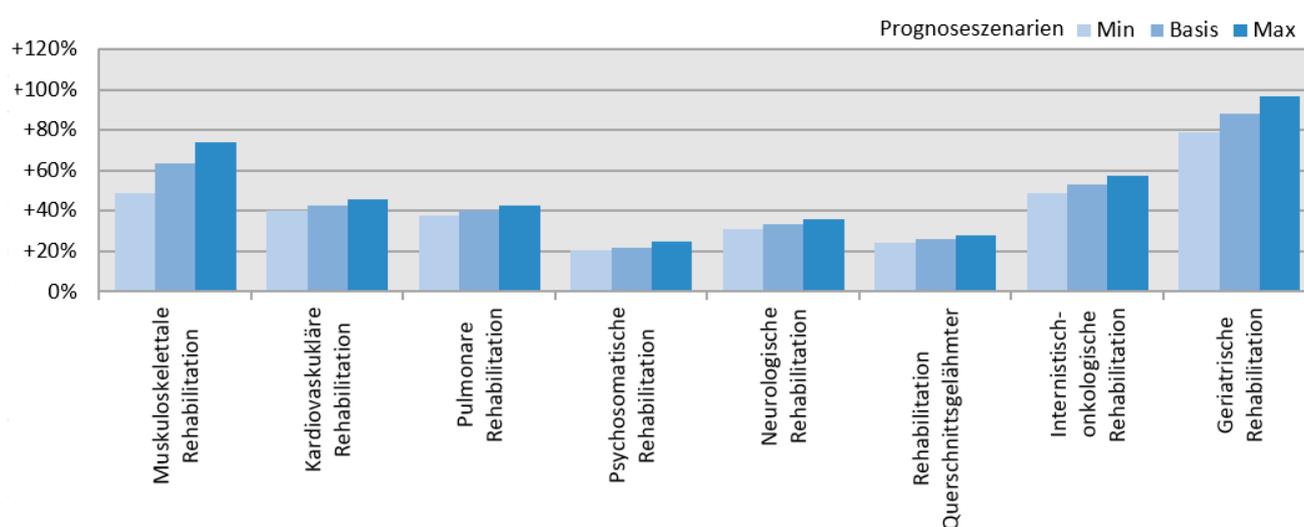
Leistungsgruppen	Referenz	Min		Basis		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Muskuloskeletale Rehabilitation	825	1'225	+48%	1'351	+64%	1'433	+74%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	358	501	+40%	511	+43%	522	+46%
Pulmonare Rehabilitation	171	236	+38%	240	+40%	244	+43%
Psychosomatische Rehabilitation	64	77	+20%	78	+22%	80	+25%
Neurologische Rehabilitation	319	418	+31%	426	+34%	433	+36%
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	50	62	+24%	63	+26%	64	+28%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	307	456	+49%	470	+53%	483	+57%
Geriatrische Rehabilitation	557	997	+79%	1'046	+88%	1'096	+97%
Total	2'651	3'971	+50%	4'185	+58%	4'354	+64%

Anmerkung: Aufgrund der Definition der Rehabilitation Querschnittsgelähmter ist davon auszugehen, dass eine kleine Anzahl der prognostizierten Fälle dieser Gruppe eher der neurologischen Rehabilitation oder der muskuloskeletalen Rehabilitation zuzuordnen ist.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

G 5.11 Prognostizierte Entwicklung der Spitalaufenthalte nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2019–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Prognose der Pflage tage 2035

Wird von einer konstanten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Leistungsgruppe ausgegangen, so dürfte die Anzahl Pflage tage etwas weniger stark zunehmen als die Fallzahlen. Im Basisszenario nimmt die Gesamtanzahl der Pflage tage bis 2035 um 54 % zu. Das Minimal- und das Maximalszenario bilden eine Bandbreite von +47 % bis +60 % ab (T 5.16 und G 5.12).

Dieser geringere Anstieg der Anzahl Pflage tage im Vergleich zu den Fallzahlen erklärt sich vor allem dadurch, dass der Bereich der geriatrischen Rehabilitation, für den der stärkste Anstieg der Fallzahlen erwartet wird, auch die kürzeste durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweist (siehe T 5.2). Es ist zu beachten, dass 2019 16 % der Pflage tage auf diesen Bereich entfallen und dieser Anteil bis 2035 auf 20 % steigen dürfte.

Im Gegensatz dazu dürften die Fallzahlen der neurologischen Rehabilitation nur geringfügig zunehmen, obwohl diese Leistungsgruppe die zweithöchste durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweist. Der Anteil der Pflage tage in der neurologischen Rehabilitation dürfte ebenfalls sinken, von 18 % im Jahr 2019 auf 16 % im Jahr 2035.

T 5.16 Prognostizierte Pfl egetage gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2035

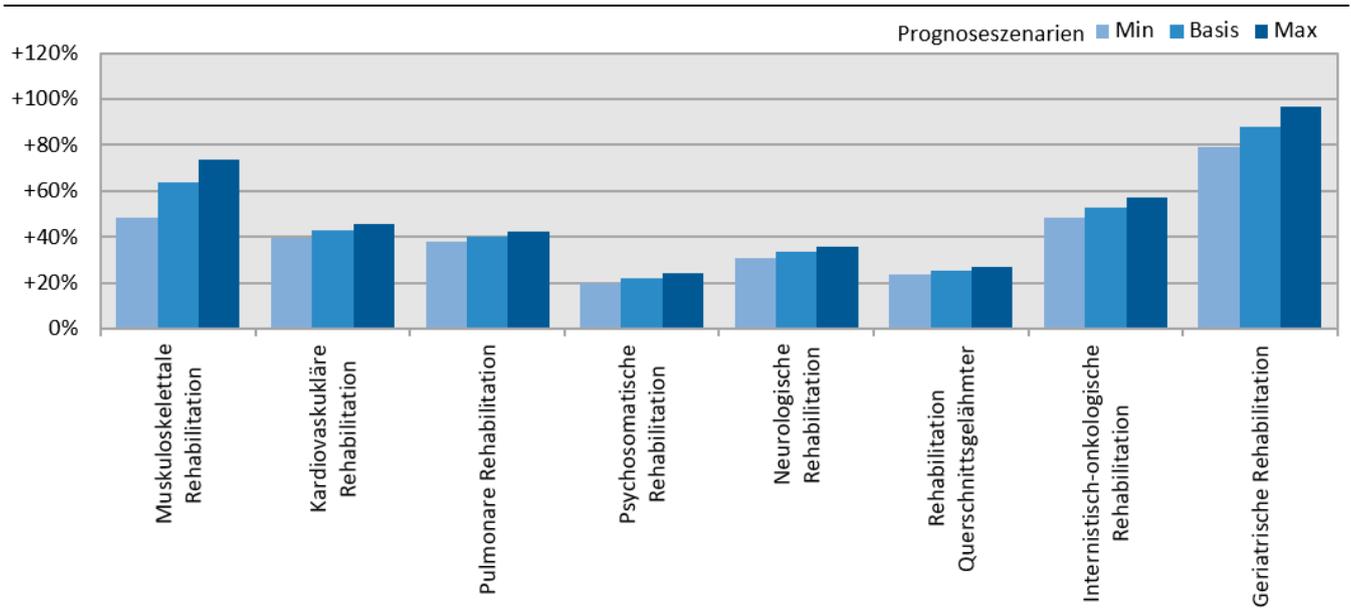
Leistungsgruppen	Referenz	Min		Basis		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Muskuloskelettale Rehabilitation	16'182	24'032	+49%	26'503	+64%	28'099	+74%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	6'525	9'126	+40%	9'322	+43%	9'515	+46%
Pulmonare Rehabilitation	3'308	4'558	+38%	4'638	+40%	4'719	+43%
Psychosomatische Rehabilitation	1'578	1'889	+20%	1'925	+22%	1'962	+24%
Neurologische Rehabilitation	10'093	13'229	+31%	13'466	+33%	13'706	+36%
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	2'240	2'777	+24%	2'814	+26%	2'851	+27%
Internistisch-onkologische Rehabilitation	6'824	10'129	+48%	10'436	+53%	10'744	+57%
Geriatrische Rehabilitation	9'167	16'414	+79%	17'222	+88%	18'035	+97%
Total	55'917	82'155	+47%	86'326	+54%	89'632	+60%

Anmerkung: Aufgrund der Definition der Rehabilitation Querschnittsgelähmter ist davon auszugehen, dass eine kleine Anzahl der prognostizierten Fälle dieser Gruppe eher der neurologischen Rehabilitation oder der muskuloskelettalen Rehabilitation zuzuordnen ist.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

G 5.12 Prognostizierte Entwicklung der Pfl egetage nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2019–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

5.2.2 Einzelne Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt sollen die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren getrennt betrachtet werden. Grundsätzlich lässt die demografische Entwicklung in allen Szenarien eine Zunahme der zukünftigen Fallzahlen erwarten. Die Auswirkungen von epidemiologischen, medizintechnischen und anderen Faktoren können in beide Richtungen verlaufen, sie wie sie hier jedoch definiert sind, wirken sie sich sowohl im Basisszenario als auch im Maximalszenario erhöhend auf die Fallzahlen aus.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Die demografische Entwicklung ist der wichtigste Faktor, der bei der Erstellung der Prognosen berücksichtigt wurde. Daher gleicht die Tabelle T 5.17, in der die einzelnen Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte abgebildet sind, der Tabelle T 5.15.

Es ist festzustellen, dass die Fallzahlen der muskuloskelettalen Rehabilitation allein aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2035 gemäss Basisszenario um 52 % und gemäss Maximalszenario um 56 % zunehmen dürften, was einen moderateren Anstieg als der auf allen Einflussfaktoren beruhende darstellt (64% bzw. 74% gemäss T 5.15).

Insgesamt beträgt die erwartete Zunahme der Anzahl Aufenthalte bis 2035 allein aufgrund der demografischen Entwicklung gemäss Basisszenario 54 %, wobei die Bandbreite gemäss Minimal- und Maximalszenario zwischen +50 % und +59 % liegt, verglichen mit 50 % bis 64 %, wenn alle Faktoren berücksichtigt werden (T 5.15T 5.15).

T 5.17 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario, nach Leistungsgruppe, 2019–2035

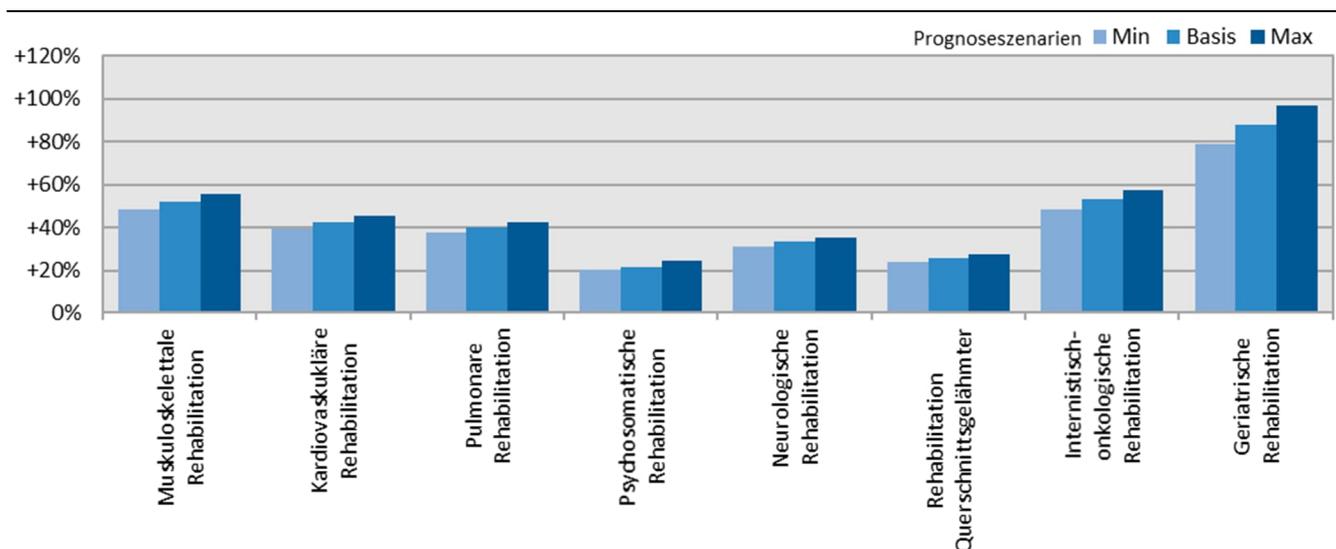
Leistungsgruppen	Referenz	Min			Basis			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Muskuloskelettale Rehabilitation	825	1'225	+48%		1'254	+52%		1'284	+56%	
Kardiovaskuläre Rehabilitation	358	501	+40%		511	+43%		522	+46%	
Pulmonare Rehabilitation	171	236	+38%		240	+40%		244	+43%	
Psychosomatische Rehabilitation	64	77	+20%		78	+22%		80	+25%	
Neurologische Rehabilitation	319	418	+31%		426	+34%		433	+36%	
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	50	62	+24%		63	+26%		64	+28%	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	307	456	+49%		470	+53%		483	+57%	
Geriatrische Rehabilitation	557	997	+79%		1'046	+88%		1'096	+97%	
Total	2'651	3'971	+50%		4'088	+54%		4'205	+59%	

Anmerkung: Aufgrund der Definition der Rehabilitation Querschnittsgelähmter ist davon auszugehen, dass eine kleine Anzahl der prognostizierten Fälle dieser Gruppe eher der neurologischen Rehabilitation oder der muskuloskelettalen Rehabilitation zuzuordnen ist.

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

G 5.13 Prognostizierte Entwicklung der Spitalaufenthalte nach Leistungsgruppe und Szenario, demografische Auswirkungen, 2019–2035



Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP, Bevölkerungsprognosen

© Obsan 2023

Auswirkungen des medizintechnischen Faktors

Für den Bereich der Akutversorgung wurde festgestellt, dass das Basisszenario und das Maximalszenario für die Orthopädie von einer Zunahme der Fallzahlen in Verbindung mit Wechseloperationen Knieprothesen und Wechseloperationen Hüftprothesen ausgehen (2.7.3, Kasten 11, T 3.23). Diese Auswirkungen schlagen sich auch in der Rehabilitation nieder, da für einen Teil der zusätzlichen Fälle in der Akutversorgung ein anschliessender Aufenthalt in der muskuloskelettalen Rehabilitation erforderlich sein wird.

Unter sonst gleichen Bedingungen, also ohne Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, geht das Basisszenario von 64 zusätzlichen Fällen bis 2035 aus, was einer Zunahme von 7,8 % in der muskuloskelettalen Rehabilitation entspricht, während das Maximalszenario von 96 zusätzlichen Fällen ausgeht, was einer Zunahme von 11,6 % entspricht.

Insgesamt führt dieser Faktor bis 2035 gemäss Basisszenario zu einer Zunahme der Gesamtzahl der Fälle in der Rehabilitation um 2,4 % und gemäss Maximalszenario um 3,6 %.

T 5.18 Auswirkungen des medizintechnischen Faktors auf die prognostizierten Spitalaufenthalte gemäss Szenario und nach Leistungsgruppe, 2019–2035

Leistungsgruppen	Referenz	Min		Basis		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Muskuloskelettale Rehabilitation	825	825	0,0%	889	+7,8%	921	+11,6%
Total	2'651	2'651	0,0%	2'715	+2,4%	2'747	+3,6%

Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

6 Literaturverzeichnis

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. Nature 594, 259–264 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- BAG (2019). *Faktenblatt: Regelung „ambulant vor stationär“*. Bundesamt für Gesundheit. 29. April 2019, www.bag.admin.ch.
- Boyle P., Parkin D.M. (1991). *Statistical methods for registries*. In Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S., Skeet R.G. (Hrsg.) *Cancer Registration: Principles and Methods*, Lyon: international Agency for Research on Cancer.
- GDK (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services*. British Medical Journal, 309(6961), 1046–1049.
- GDK (2018). *Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung: Empfehlung der GDK. Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_d.pdf
- GDK (2019a) *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2018/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf
- GDK (2019b). *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation: Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, betreffend die Psychiatrie und die Rehabilitation, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_d.pdf
- GDK (2022a). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007, der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23.6.2021 und der Rechtsprechung vom 1.1.2012 bis 31.12.2021*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.09 und am 25.5.18 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 20.5.22. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung_revidiert_20220520_def_d.pdf
- GDK (2022b). *Umsetzung Art. 3 Abs. 4^{bis} des Covid-19-Gesetzes, Empfehlung und Beurteilung zuhanden der Kantone vom 10. März 2022*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/ansteckende_krankheiten/EM_Umsetzung_Art._3_Abs._4bis_Covid-19-Gesetz_20220310_def_d.pdf

- Czaja, M., Meinschmidt, G. & Bettge, S. (2012). *Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte*. Gesundheits- und Sozialpolitik, 66(3), 34–43.
- Dalgaard KM, Bergholtz H, Nielsen ME, Timm H (2014). *Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome*. Palliat Support Care, 12(6):495-513.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. Nature (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- DSES (2019). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020–2023*. Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES), République et Canton de Genève. www.ge.ch
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen (2021). *Schaffhauser Spitalplanung 2023: Planungsbericht und Prognose 2030. Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat vom 8. Juni 2021*. www.sh.ch
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. www.gd.zh.ch
- GDZH (2011). *Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2016). *Gesundheitsversorgungsbericht 2016*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2017). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. www.gd.zh.ch
- GSD (2014). *Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015*. Freiburg: Direktion für Gesundheit und Soziales des Staates Freiburg. <https://www.fr.ch/>
- GSD (2015). *Spitalplanungsbericht 2015*. Freiburg: Direktion für Gesundheit und Soziales des Staates Freiburg. https://www.fr.ch/sites/default/files/2020-05/de_rap_planification_hospitaliere_2015_definitive_0.pdf
- Felder, S.; Kägi, W.; Lobsiger, M.; Tondelli T.; Pfinninger T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel. <http://www.fmh.ch>
- Harrison N, Cavers D, Campbell C, Murray SA (2012). *Are UK primary care teams formally identifying patients for palliative care before they die?* Br J Gen Pract, 62(598):e344-52.
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). <http://www.gd.zh.ch>
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik im Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch>.

- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden (Obsan Bericht 14/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Katsoularis I, Fonseca-Rodriguez O, Farrington P, et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 2022 Apr; 377:e069590. doi: [10.1136/bmj-2021-069590](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069590).
- Liu Y, Chen Y, Wang Q, et al. *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Neurol*. 2022; 79(5):509–517. doi:[10.1001/jamaneurol.2022.0461](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0461)
- Löwel, H. & Meisinger, C. (2006). *Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland*. *Medizinische Klinik*, 101, 804–811. doi.org/[10.1007/s00063-006-1108-7](https://doi.org/10.1007/s00063-006-1108-7)
- Matter-Walstra, K.; Widmer, M.; Busato, A. (2006). *Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland*, *BMC Health Services Research*, (6), S. 119, doi.org/[10.1186/1472-6963-6-119](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-119).
- McGregor, P., McKee, P. & O'Neill, C. (2008). *The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison*. *The European Journal of Health Economics*, 9(2), 147–156.
- Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. & Koopmanschap, M. (2013). *The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review*. *European Journal of Ageing*, 10, 353–361. doi.org/[10.1007/s10433-013-0280-x](https://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x)
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). *Ageing as a risk factor for disease*. *Current Biology*, 22, R741–5
- BAG & GDK (2012). *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- BFS (2020a). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020b). *Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY, 2018*. BFS Aktuell. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022). *Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020–2050. Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BAG (2020). *Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- WHO (2020). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018a). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Obsan Dossier 63)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018b). *Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. (Obsan Rapport 08/2021). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Sheldon, T. A., Smith, G. D. & Bevon, G. (1993). *Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS*. British Medical Journal, 306, 835–839.
- Schliwen, A. (2015). *Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System*. Frankfurt a. M., Deutschland: Peter Lang International Academic Publishers. doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020 (Obsan Bericht 15/2020). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SVR (2018). *Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, www.svr-gesundheit.de
- SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. (Version Juni 2019). Gültig ab 1.1.2020*, https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf
- SwissDRG (2022). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha (Version Mai 2021). Gültig ab 01.01.2022*. https://www.swissdrg.org/application/files/4116/2402/3114/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha.pdf
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates*. *Statistical methods in medical research*, 15(6), 547–569.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeil, L., Haemmerle, P. et al. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung (Arbeitsdokument 32)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wehrli, R. (2015). *Bedarfsprognose HSM: Teilbericht Methodik*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- WHO (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genf: World Health Organization. www.who.int.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Polynomics und Helsana im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. *Nat Med* 28, 583–590 (2022). doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3

7 Glossar und Abkürzungen

Altersquotient	Verhältnis zwischen der Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter, die in der Regel nicht erwerbstätig ist (65 Jahre oder älter) und der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre). Das Ergebnis wird ausgedrückt als Anzahl der Personen im Alter von 65 Jahren oder älter pro 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Der Case Mix Index (CMI) stellt den durchschnittlichen Schweregrad der abgerechneten Fälle eines Spitals für einen bestimmten Zeitraum dar. Er wird auf einer Skala gemessen, die dem gesamten Ressourcenbedarf entspricht. Der Case Mix Index wird für ein Kalenderjahr berechnet, indem die relativen Gewichte (Cost-Weights (Kostengewichte), CW) der in einem Spital behandelten Fälle addiert und durch die Anzahl Fälle geteilt werden.
Deckungsgrad der Spitalliste	Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die in einem Spital behandelt werden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügt (siehe auch GDK (2022a) S. 8–10)
Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (CAGR)	Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (auch Compound Annual Growth Rate, CAGR genannt) gibt das jährliche Wachstum einer Grösse x über mehrere Jahre (t_0 und t) mit einer konstanten Rate an. Sie wird durch die folgende Formel definiert: $TCAM(t_0, t) = \left(\frac{x(t)}{x(t_0)} \right)^{\frac{1}{t-t_0}} - 1$
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
ICD	Die Internationale Klassifikation der Krankheiten ist eine kodifizierte medizinische Klassifikation, die Krankheiten und eine Vielzahl von Anzeichen, Symptomen, schweren Verletzungen, Vergiftungen, sozialen Umständen und äusseren Ursachen von Verletzungen oder Krankheiten klassifiziert. Sie wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und liegt in der 10. Auflage (ICD-10) vor.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung vom 14. März 2008 über die hochspezialisierte Medizin (siehe Kasten 2)
KK	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
KS	Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)
Leistungsauftrag	Gemäss GDK (2022a) ist ein Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG eine auf die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b KVV abgestützte, bedarfsorientierte Sicherung des Angebots eines Spitals auf der Spitalliste im Sinne von Art. 58b Abs. 3 KVV. Er enthält das ihm unter Auflagen und Bedingungen zugewiesene Leistungsspektrum. Der Leistungsauftrag im

	<p>Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist kein Auftrag im Sinne des Obligationenrechts, sondern eine durch den Kanton auferlegte Leistungsverpflichtung sowie ein entsprechender Vergütungsanspruch des Spitals gegenüber dem Versicherer und dem Kanton im definierten Umfang gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).</p> <p>Eine Leistungsvereinbarung oder ein Leistungsvertrag ist ein Vertrag zwischen dem Kanton und einem Listenspital, der nach Massgabe der gesetzlichen Vorgaben und des Leistungsauftrags die vom Spital zu erbringenden Leistungen (Art, Menge), die von ihm zu liefernden Berichte und Daten, die vom Leistungsbesteller zu leistende Abgeltung sowie die Folgen des Nichteinhaltens der vertraglichen Vorgaben genauer regeln kann.</p>
Listenspital	Spital, das auf der kantonalen Spitalliste geführt wird und einen kantonalen Leistungsauftrag hat. Das Listenspital hat im Umfang des Leistungsauftrags eine Leistungsverpflichtung und einen gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).
Marktanteile der Spitäler	Anteil der Spitalaufenthalte in einer Einrichtung im Verhältnis zu allen Spitalaufenthalten der Patientinnen und Patienten eines Kantons
MFZ	Mindestfallzahlen
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik
Notfall	<p>Im stationären Bereich unterscheidet die MS in der Eintrittsart (V1.2.V03) zwischen: (1) Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Stunden unabdingbar), (2) angemeldet, geplant, (3) Geburt (Kind in dieser Klinik geboren), (4) interner Übertritt, (5) „Verlegung innerhalb 24 Std.“, (8) andere und (9) unbekannt.</p> <p>Im ambulanten Spitalbereich ermöglichen die PSA die Ermittlung von Eintritten in eine anerkannte Notfallstation gemäss Tarmed-Position 35.0610.</p>
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	Der PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level) oder patientenbezogene Gesamtschweregrad ergibt sich aus der Kumulation relevanter Nebendiagnosen. Dazu werden die verschiedenen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (KK) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 keiner Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose und 4 einer äusserst schweren Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose entspricht. Im Gegensatz zum CMI, der über den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle und den damit verbundenen Zeit-, Personal- und Materialaufwand (wirtschaftlicher Schweregrad) Auskunft gibt, ist der PCCL ein Mass für die Multimorbidität der hospitalisierten Patientinnen und Patienten.
PCG	Psychiatric Cost Group (Psychiatrische Kostengruppe)
PSA	Patientendaten spitalambulant
Spitalliste	Vom Kanton erlassene Liste, in der die Listenspitäler als Leistungserbringer gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung aufgeführt sind. Die Spitalliste stellt die Summe der Leistungsaufträge dar.
SPLB	Leistungsbereich für die Spitalplanung gemäss Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (siehe GDZH 2017)
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen gemäss Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (siehe GDZH 2017)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts

Ständige Wohnbevölkerung	<p>Die ständige Wohnbevölkerung umfasst Schweizerinnen und Schweizer mit Hauptwohnsitz in der Schweiz sowie Ausländerinnen und Ausländer, die über eine Aufenthaltsbewilligung von mindestens 12 Monaten verfügen oder sich seit mindestens 12 Monaten in der Schweiz aufhalten (Ausweise B/C/L/F oder N oder EDA-Ausweise, d. h. internationale Beamte, Diplomaten und ihre Familienangehörigen).</p> <p>Quelle: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.html</p>
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des Bundesamtes für Statistik
SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das Tarifsysteem zur Vergütung von Spitalleistungen in der Akutsomatik. Es regelt die Abgeltung von Spitalleistungen nach Fallpauschalen gemäss der letzten Revision des KVG in einheitlicher Weise.
Vertragsspital	Spital ohne kantonalen Leistungsauftrag und damit ohne Listenplatz. Versicherer können gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Art. 49a Abs. 2 KVG. Vertragsspitäler haben keinen Anspruch auf einen Kantonsbeitrag gemäss Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG.

8 Anhänge

Weitere Informationen zum vorliegenden Bericht über die Bedarfsanalyse sind in Form von Anhängen verfügbar.

Folgende Anhänge stehen nachfolgend zur Verfügung:

- Anhang 1: KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien (Stand 1. Januar 2022)
- Anhang 2: Liste der für die Spitalplanung 2023 entwickelten Leistungsgruppen des Kantons Zürich, Stand zum Zeitpunkt der Berechnungen (Februar 2022)
- Anhang 3: Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, nach SPLB, Schweiz und Kanton FR, 2015–2019
- Anhang 4: Inanspruchnahmerate der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste eines Spitals nach Wohnregion, Kanton FR, 2015–2020

Anhang 1 KVV 11. Abschnitt: Planungskriterien (Stand 1. Januar 2022)

Art. 58a Grundsatz

- ¹ Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.
- ² Sie wird periodisch überprüft.

Art. 58b Versorgungsplanung

- ¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren.
- ² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG aufgeführt sind.
- ³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.
- ⁴ Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:
 - a. die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung;
 - b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
 - c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität

- ¹ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt namentlich durch Vergleiche der schwereregradbereinigten Kosten. Bei Pflegeheimen ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise zu berücksichtigen.
- ² Bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen ist insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:
 - a. Sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal.
 - b. Sie verfügt über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
 - c. Sie verfügt über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
 - d. Sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.
 - e. Sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.
- ³ Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden.

⁴ Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten.

⁵ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen.

Art. 58e Interkantonale Koordination der Planungen

¹ Zur Koordination ihrer Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 KVG müssen die Kantone namentlich:

- a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen;
- b. das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

² Jeder Kanton koordiniert sich namentlich mit:

1. den Kantonen, in denen eine oder mehrere auf seiner Liste aufgeführte oder für seine Liste vorgesehene Einrichtungen ihren Standort haben;
2. den Kantonen, auf deren Liste eine oder mehrere Einrichtungen aufgeführt sind, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, oder für deren Liste solche Einrichtungen vorgesehen sind;
3. den Kantonen, die Standort von Einrichtungen sind, in denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte aus seinem Gebiet behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;
4. den Kantonen, aus denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte in Einrichtungen, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;
5. anderen Kantonen, wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann.

Art. 58f Listen und Leistungsaufträge

¹ Auf der Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG sind die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufzuführen, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

² Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so hält der Leistungsauftrag fest, für welchen Standort er gilt.

³ Die Listen halten für jedes Spital die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen fest.

⁴ Die Kantone bestimmen die Auflagen, die die Leistungsaufträge für Spitäler und Geburtshäuser enthalten müssen. Für akutsomatische Spitäler können sie namentlich folgende Auflagen vorsehen:

- a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
- b. Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen;
- c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
- d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;
- e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitalern;
- f. Mindestfallzahlen.

⁵ Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge für Pflegeheime Auflagen enthalten.

⁶ Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge namentlich folgende Auflagen enthalten, sofern diese weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern:

- a. für akutsomatische Spitäler: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Leistungsmengen;
- b. für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG, die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Kapazitäten;
- c. für Pflegeheime: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Kapazitäten.

⁷ Sie sehen vor, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmespflicht nach Artikel 41a KVG führen.

Anhang 2 Liste der für die Spitalplanung 2023 entwickelten Leistungsgruppen des Kantons Zürich, Stand zum Zeitpunkt der Berechnungen (Februar 2022)

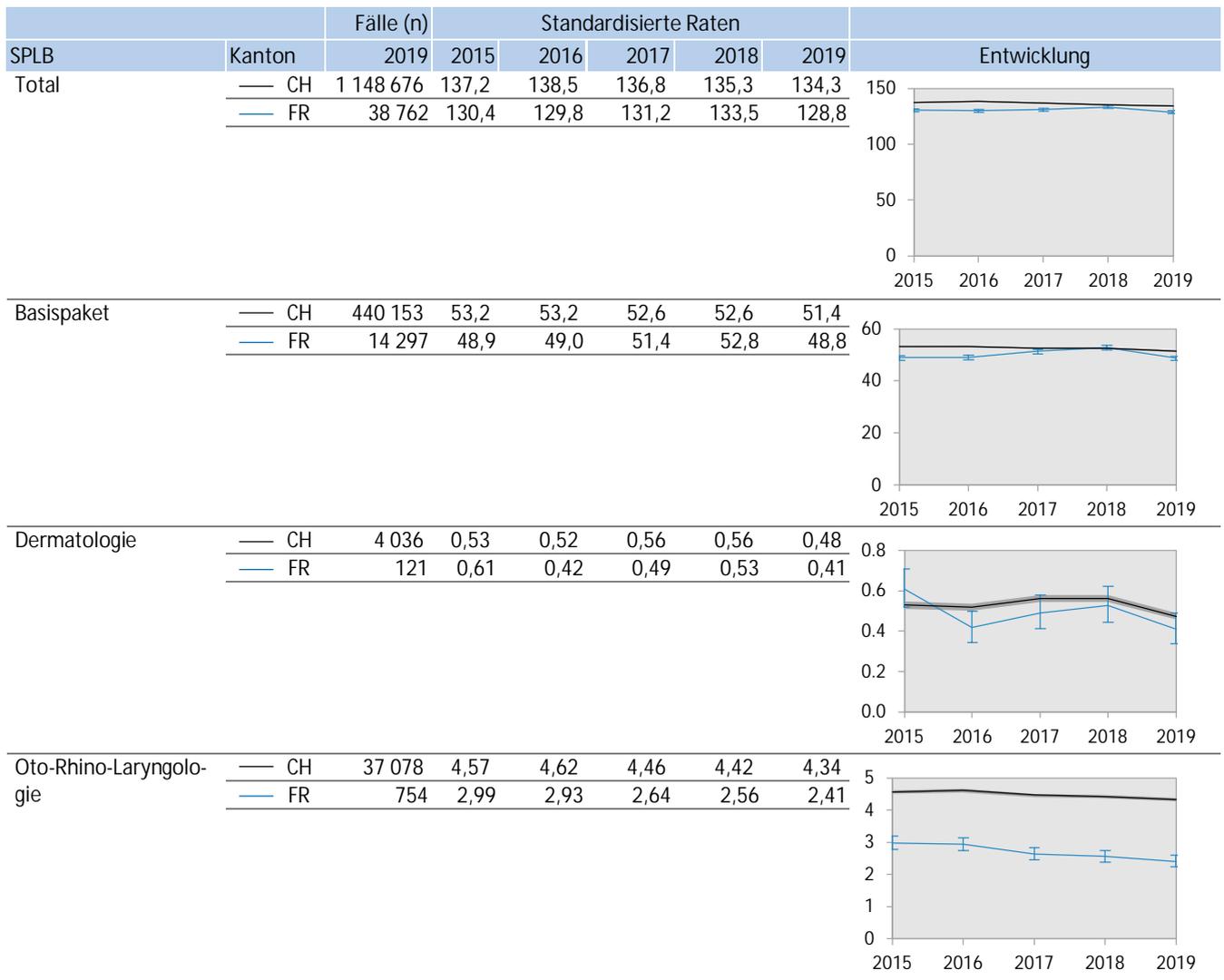
SPLB	SPLG	Beschreibung
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten
Oto-Rhino-Laryngologie	HNO1	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	Chirurgische Behandlung der Epilepsie (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 Zentralnervensystems (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 (IVHSM)
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
	AUG1.4	Katarakt
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie

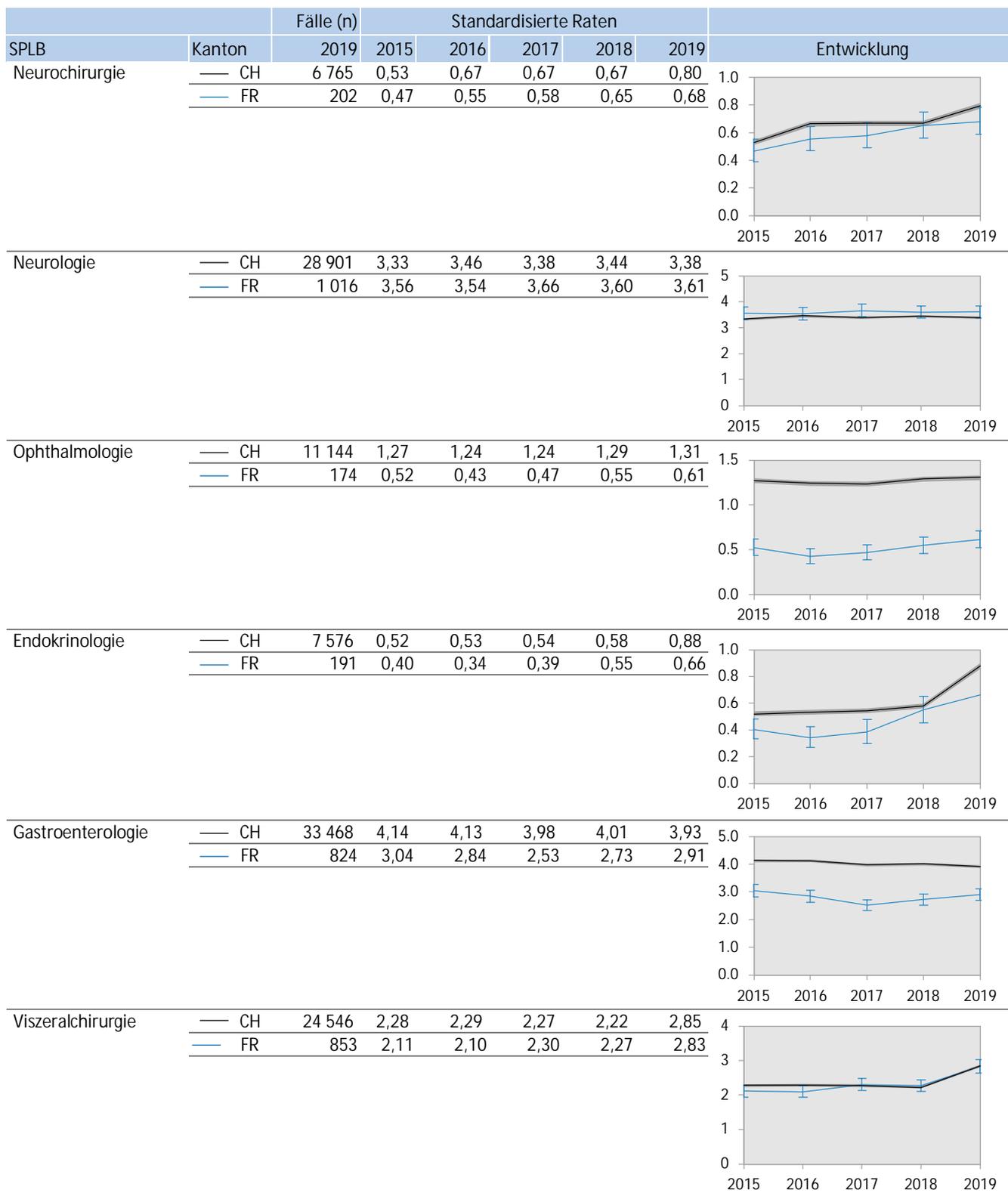
SPLB	SPLG	Beschreibung
	VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)
	VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)
	VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)
Hämатologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie
	RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe
	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 (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
	URO1.1.9	Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
	PNE1.3	Cystische Fibrose
Thoraxchirurgie	PNE2	Polysomnographie
	THO1	Thoraxchirurgie

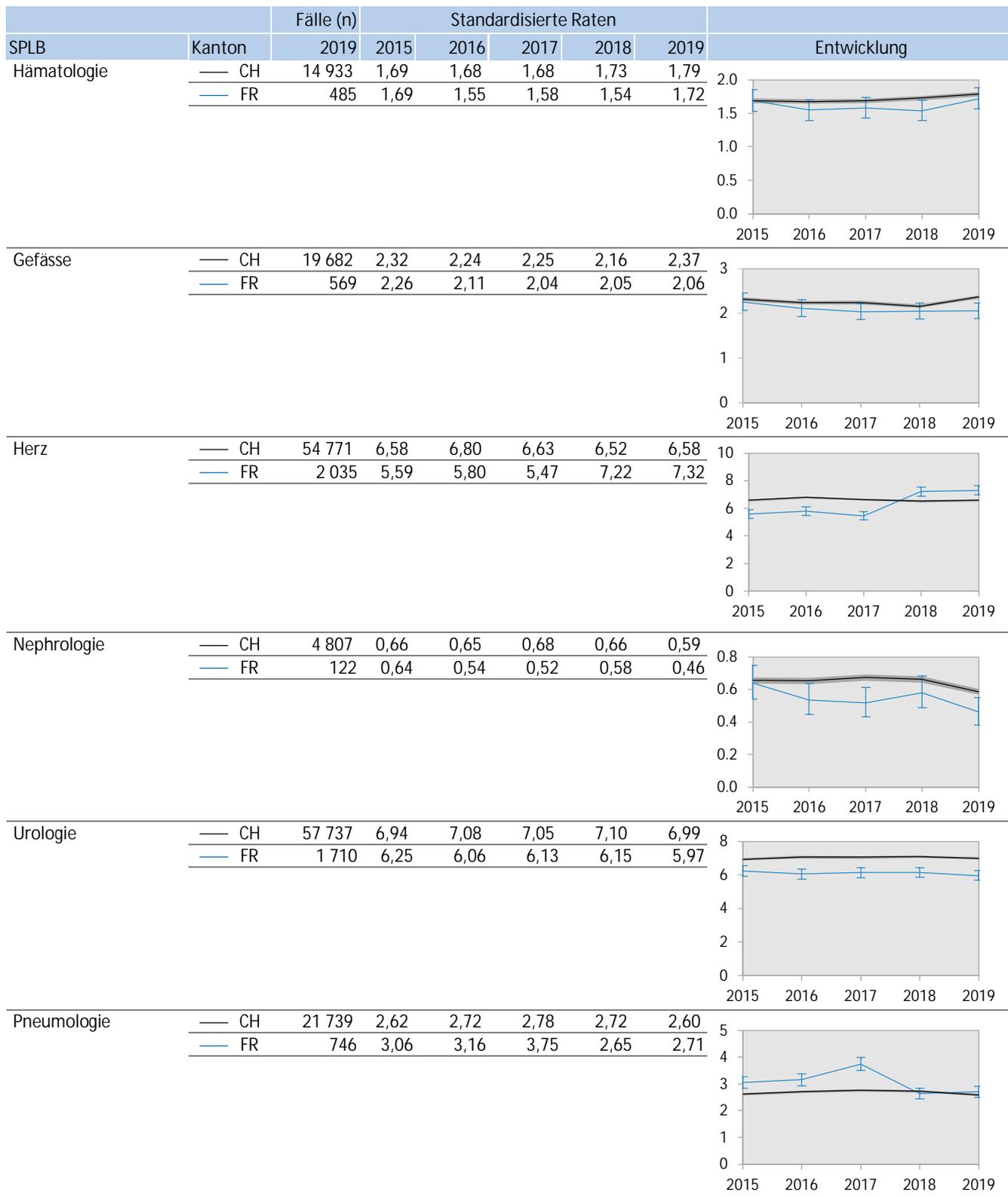
SPLB	SPLG	Beschreibung
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
	THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen solider Organe	TPL1	Herztransplantationen (IVHSM)
	TPL2	Lungentransplantationen (IVHSM)
	TPL3	Lebertransplantationen (IVHSM)
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM)
	TPL5	Nierentransplantationen (IVHSM)
	TPL6	Darmtransplantation
	TPL7	Milztransplantation
Orthopädie	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	Erstprothese Hüfte
	BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen
	BEW7.2	Erstprothese Knie
	BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Maligne Knochentumore und Weichteilsarkome
BEW10	Plexuschirurgie	
BEW11	Replantationen	
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYNT	Gynäkologische Tumore
	GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)
	GEBS	Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital bzw. im Krankenhausumfeld
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g)
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEOG	Grundversorgung Neugeborene im Geburtshaus (ab 37 SSW und GG 2000g)
	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab 35 0/7 SSW und GG 2000g)
	NEO1.1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)
	NEO1.1.1	Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie
	RAO1	Radio-Onkologie
	NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma) (IVHSM)

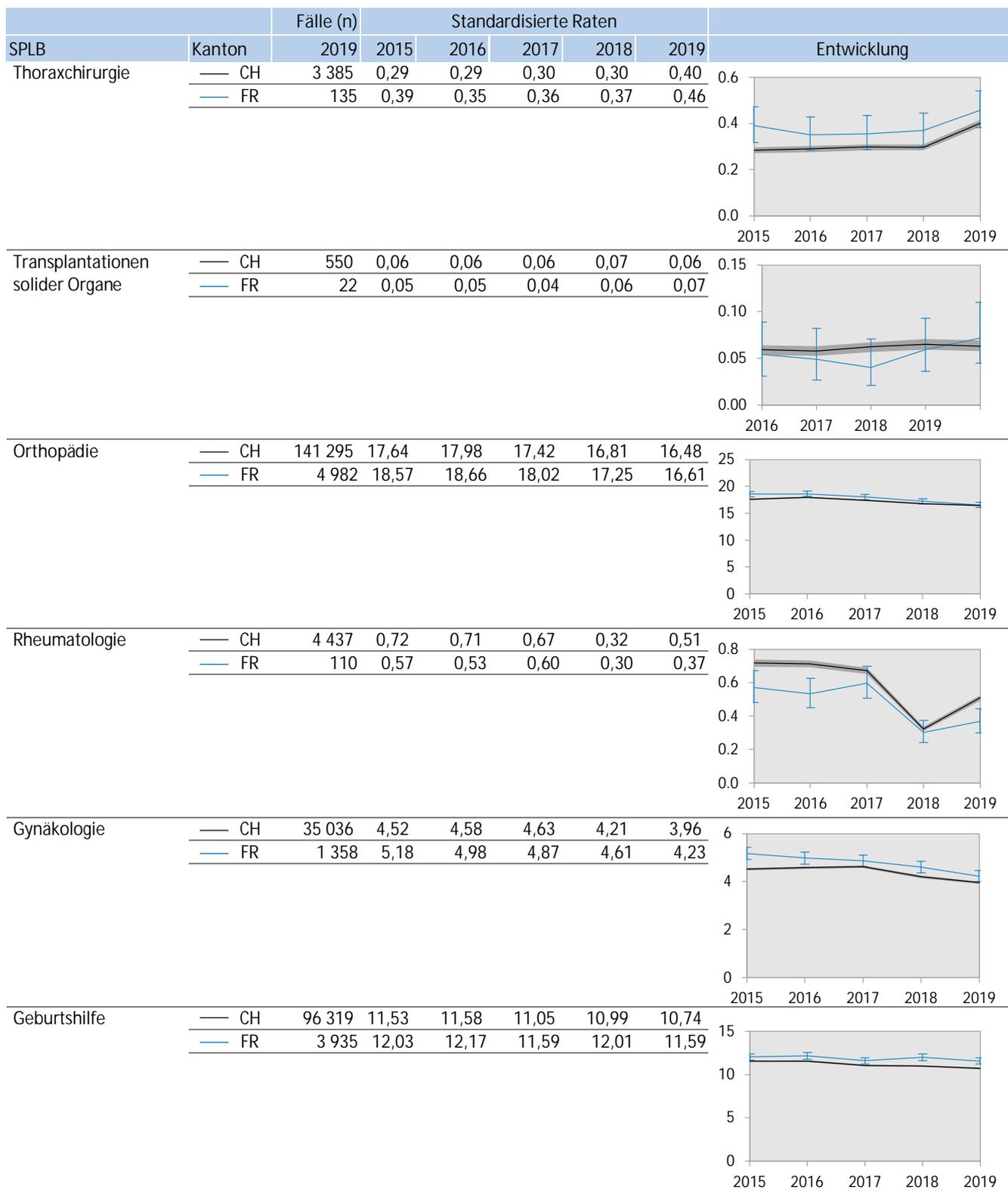
SPLB	SPLG	Beschreibung
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennung (IVHSM)
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin
	KINC	Kinderchirurgie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie
	KAA	Kinderanästhesie "A"
	KAB	Kinderanästhesie "B"
	KAC	Kinderanästhesie "C"
	KAD	Kinderanästhesie "D"
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker
	ISO	Sonderisolierstation

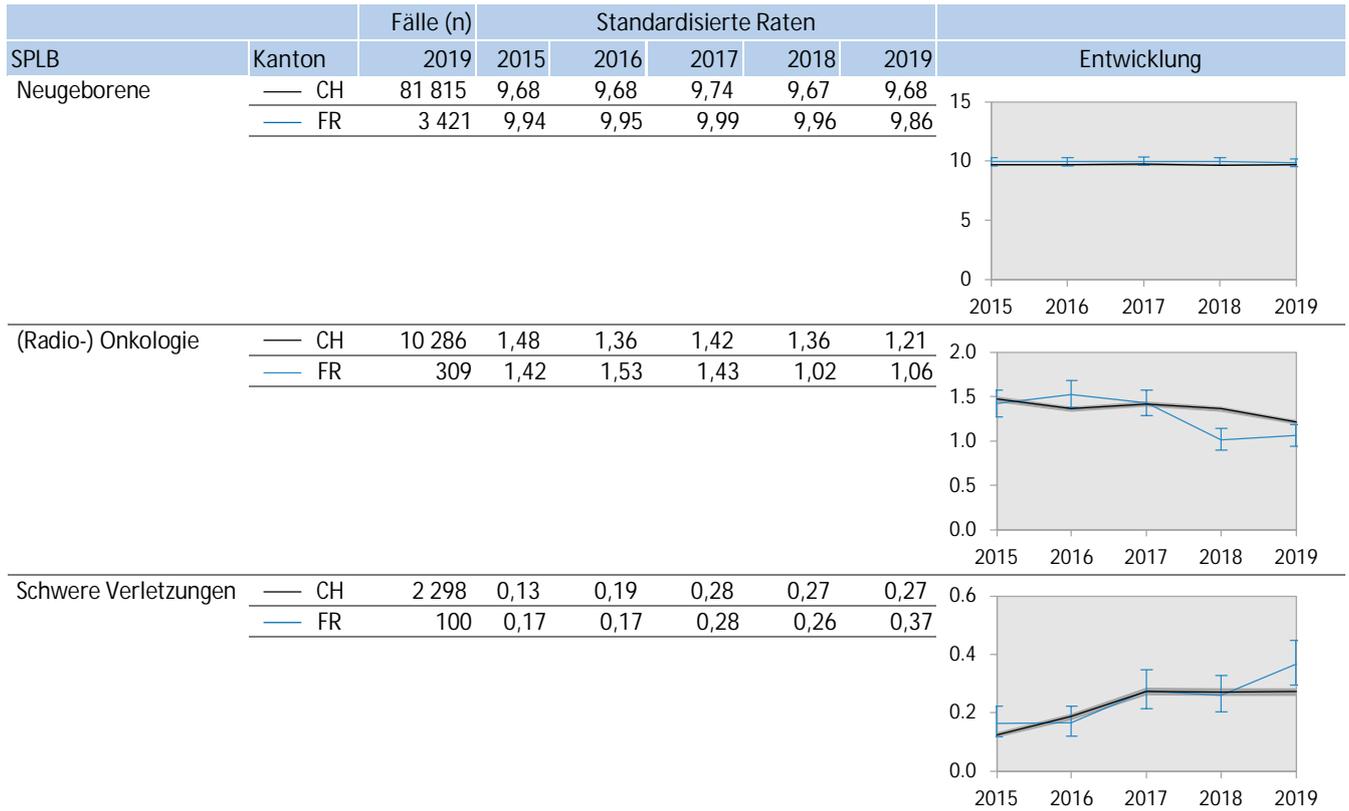
Anhang 3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, nach SPLB, Schweiz und Kanton FR, 2015–2019







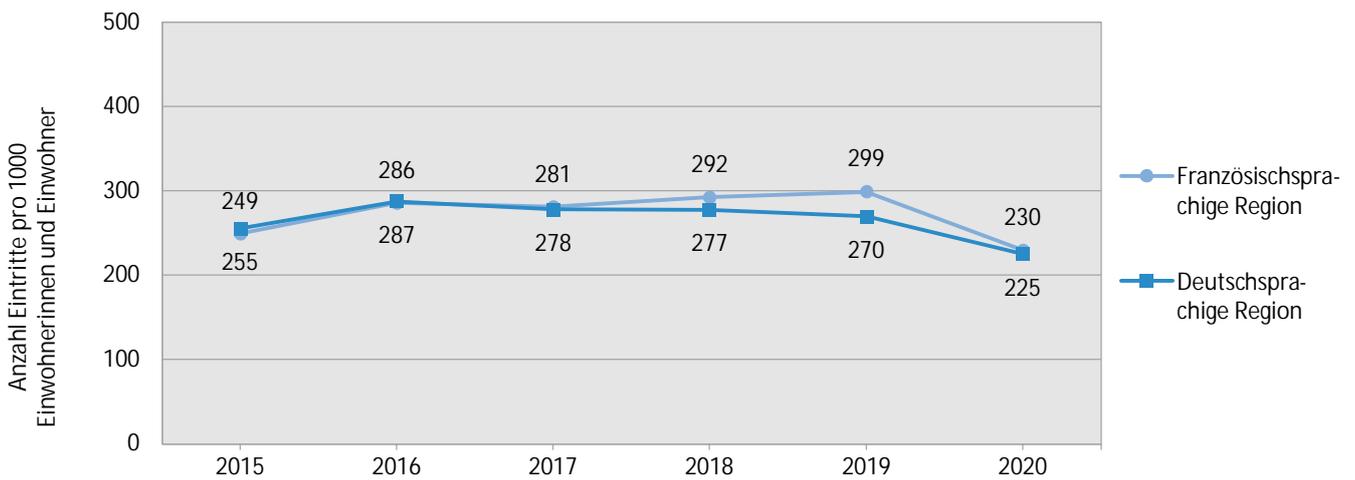




Quellen: BFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Anhang 4 Inanspruchnahmerate der Notfallstationen und Bereitschaftsdienste eines Spitals nach Wohnregion, Kanton FR, 2015–2020



Quellen: BFS – PSA, STATPOP

© Obsan 2023