



**Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion**

Zürcher Spitalplanung 2023

Versorgungsbericht

Januar 2021

Herausgeber

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Gesundheitsversorgung
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Tel. +41 43 259 24 71
spitalplanung@gd.zh.ch
zh.ch/gesundheitsdirektion

Januar 2021

Vorwort

Liebe Leserin
Lieber Leser

Eine hochstehende Gesundheitsversorgung sicherzustellen und damit den Bedarf der Zürcher Bevölkerung an stationären Leistungen zu decken, sind zentrale Ziele der Spitalplanung. Mit der Spitalplanung 2023 werden in den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation neue Spitallisten erstellt. Alle interessierten Leistungserbringer können sich für einen Listenplatz bewerben. Dem zugrunde liegt eine umfassende Bedarfsprognose für den gesamten Planungshorizont. Die Herausforderungen ergeben sich aus der demografischen Entwicklung, den gesellschaftlichen Veränderungen, der epidemiologischen Entwicklung, dem medizintechnischen Fortschritt und dem Kostenwachstum.

Die Bevölkerung wird immer älter. Damit nehmen chronische Erkrankungen und Multimorbidität zu. Man lebt länger, leidet aber tendenziell an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Was heisst das für die zukünftige Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich? Die Verzahnung von Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren werden immer wichtiger.

Der Kanton Zürich ist kompakt und gut erschlossen. 1,5 Millionen Menschen auf verdichtetem Raum, das eröffnet Möglichkeiten und bietet Gestaltungsspielraum für die Gesundheitsversorgung. Diese Ausgangslage verpflichtet, auf Bewährtem aufzubauen, Weiterentwicklungen voranzutreiben und gleichzeitig auch Neues zu entwickeln.

Eine zentrale Neuerung der Spitalplanung 2023 ist die Einführung eines Leistungsgruppenmodells in den Fachbereichen Rehabilitation und Psychiatrie. Damit erfolgt eine Angleichung an die bewährte Systematik der Akutsomatik. Die neue Spitalplanung des Kantons Zürich sorgt für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung für die Zukunft. Eine Fokussierung erlaubt uns, spezialisierte Leistungen stärker zu konzentrieren und somit die Qualität der Leistung zu steigern. Diese Leistungen sollen evidenzbasiert, also auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht werden. Mithilfe von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen gilt es, sowohl eine Unter- als auch Überversorgung zu verhindern. Und selbstverständlich ist die Wirtschaftlichkeit ein zentrales Element. Wir alle wollen für den Kanton Zürich eine «gesunde» und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, die bezahlbar ist.

Auf diese haben die Patientinnen und Patienten Anspruch. Die notwendige Qualität zu definieren, zu messen und zu beurteilen, ist eine Herausforderung. Es bedarf transparenter und vergleichbarer Daten, um die Qualität bei der Vergabe von Leistungsaufträgen höher zu gewichten. Ein gemeinsames Projekt mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) soll uns diesbezüglich einen Schritt weiterbringen.

Transparenz ist mir nicht nur in Bezug auf die Qualität wichtig, sondern auch im Rahmen der Spitalplanung. Deshalb halten Sie den Versorgungsbericht für die Spitalplanung 2023 in Ihren Händen. Diesem entnehmen Sie, welche Anforderungen für die Leistungserbringer gelten, die sich um einen Leistungsauftrag bemühen, welche Unterlagen Bewerber einzureichen haben, welche Fristen eingehalten werden müssen und wie das weitere Vorgehen ist. Sie sind eingeladen, zu diesem Bericht Stellung zu nehmen. Im Juli 2021 wird das Bewerbungsverfahren um einen Platz auf der Zürcher Spitalliste 2023 starten. Im Frühling 2022 geben wir den Strukturbericht in die Vernehmlassung, im Sommer 2022 werden die Spitallisten durch den Regierungsrat festgesetzt.

Die Spitalplanung soll dazu genutzt werden, die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich weiter zu verbessern. Die Bevölkerung soll einen sicheren, bezahlbaren und qualitativ hochstehenden Zugang zu den medizinischen Leistungen haben. Oder um es auf den Punkt zu bringen: Die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort und in guter Qualität.

Regierungsrätin Natalie Rickli
Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich

Inhalt

Vorwort	2
A. Zusammenfassung	9
B. Einleitung	13
1. Zürcher Spitalplanung	14
2. Rahmenbedingungen	15
2.1 Gesetzliche Grundlagen	15
2.1.1 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)	16
2.1.2 Stossrichtung der KVG- und der KVV-Revisionen	16
2.1.3 SPFG und Revisionsentwurf	17
2.2 Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	18
3. Projekt Spitalplanung 2023	21
3.1 Übersicht	21
3.2 Vision und Strategie	22
3.3 Umsetzungsetappen	24
3.4 Anforderungen und Evaluationskriterien	25
3.4.1 Anforderungen im Allgemeinen	25
3.4.2 Evaluationskriterium Qualität	25
3.4.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	25
3.4.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit	26
3.5 Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023	26
3.5.1 Bewerbungsverfahren	27
3.5.2 Evaluationsverfahren	28
4. Koordination mit anderen Kantonen	30
5. Struktur des Versorgungsberichtes	30
C. Methodik	31
1. Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen	32
1.1 Datenquellen	32
1.2 Generierung der Datensätze	32
1.3 Darstellungsebenen	34
1.4 Datenqualität und Datenkonsistenz	35
1.5 Grundsätze der Bedarfsprognose	36
1.5.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum	36
1.5.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren	37
2. Methodik Akutsomatik	46
2.1 Leistungsgruppensystematik Akutsomatik	46
2.1.1 Leistungsgruppenmodell Akutsomatik	46
2.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik	48
2.2 Evaluationskriterien	48
2.2.1 Qualität	48
2.2.2 Wirtschaftlichkeit	49
2.2.3 Zugänglichkeit	50
3. Methodik Psychiatrie	51
3.1 Leistungsgruppensystematik Psychiatrie	51
3.1.1 Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	52
3.1.1.1 Auftragstypen	53
3.1.1.2 Leistungsbereiche und -gruppen	54
3.1.1.3 Altersbereiche	57
3.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen	58
3.1.2.1 Auftragstypen	58
3.1.2.2 Leistungsgruppen	58
3.1.2.3 Altersbereiche	58
3.2 Evaluationskriterien	58
3.2.1 Qualität	58

3.2.2	Wirtschaftlichkeit	59
3.2.3	Zugänglichkeit	60
4.	Methodik Rehabilitation	61
4.1	Leistungsgruppensystematik Rehabilitation	63
4.1.1	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	64
4.1.1.1	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation im Überblick	64
4.1.1.2	Leistungsbereiche und -gruppen	66
4.1.1.3	Querschnittsbereiche	69
4.1.1.4	Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells	70
4.1.2	Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation	71
4.2	Evaluationskriterien	71
4.2.1	Qualität	71
4.2.2	Wirtschaftlichkeit	71
4.2.3	Zugänglichkeit	73

D. Akutsomatik **75**

1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	76
1.1	Bisherige Nachfrage	76
1.2	Nachfragestruktur 2019	77
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	77
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	78
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	79
1.3	Prognose Akutsomatik	81
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	81
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	84
1.3.2.1	Demografie	84
1.3.2.2	Medizintechnik	85
1.3.2.3	Epidemiologie	86
1.3.2.4	Korrektur für kantonale Überversorgung	86
1.3.2.5	Substitution stationär durch ambulant	87
1.3.2.6	Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	88
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	89
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	89
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	90
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	92
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	93
1.4	Bedarf Spezialbereiche	93
1.4.1	Akutgeriatrie	93
1.4.2	Palliativmedizin	93
2.	Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich	94
3.	Leistungsangebot der Zürcher Kliniken	96

E. Psychiatrie **101**

1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	102
1.1	Bisherige Nachfrage	102
1.2	Nachfragestruktur 2019	103
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	103
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	104
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	105
1.3	Prognose Psychiatrie	106
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	106
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	108
1.3.2.1	Demografie	108
1.3.2.2	Medizintechnik	109

1.3.2.3	Epidemiologie	109
1.3.2.4	Substitution stationär durch ambulant	109
1.3.2.5	Steigende Inanspruchnahme	110
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	110
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	110
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	111
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	112
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	113
2.	Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich	114
3.	Leistungsangebot der Zürcher Kliniken	116
F.	Rehabilitation	121
1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	122
1.1	Bisherige Nachfrage	122
1.2	Nachfragestruktur 2019	123
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	123
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	124
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	124
1.3	Prognose Rehabilitation	125
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	125
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	126
1.3.2.1	Demografie	127
1.3.2.2	Medizintechnik	127
1.3.2.3	Epidemiologie	127
1.3.2.4	Medizintechnik Akutsomatik	127
1.3.2.5	Geriatrische Rehabilitation	128
1.3.2.6	Substitution stationär durch ambulant	128
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	129
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	129
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	130
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	130
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	131
2.	Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich	131
3.	Leistungsangebot der Zürcher Kliniken	134
G.	Ausblick	137
1.	Umsetzungsstand	138
2.	Weiteres Vorgehen	139
H.	Anhang	141
1.	Zuteilung zu den Wohnregionen	142
2.	Glossar und Verzeichnisse	144
2.1	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	144
2.2	Abkürzungen und Symbole in Abbildungen	149
2.3	Abbildungsverzeichnis	149

Redaktionelle Hinweise

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

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

A

Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Versorgungsbericht informiert die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich über den Fortschritt des Projektes Spitalplanung 2023. Sie publiziert damit Details zum methodischen Vorgehen und die Zwischenergebnisse der ersten Projektetappe, der Konzeptphase.

Die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich hat bereits jetzt ein sehr hohes Niveau. Dennoch gilt es, Bewährtes zu optimieren und neue Ansätze für eine hochstehende Patientenversorgung voranzutreiben. Neben der Weiterentwicklung des Leistungsgruppenmodells in der Akutsomatik erläutert dieser Bericht die neuen Leistungsgruppenmodelle in der Psychiatrie sowie in der Rehabilitation. Der Versorgungsbericht beschreibt, wie die langfristige Vision und Strategie des Kantons Zürich für die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung umgesetzt werden sollen und damit zu einer fokussierten, evidenzbasierten und bedarfsgerechten Patientenversorgung beitragen können.

Gemäss bundesrechtlichen, aber auch kantonrechtlichen Vorgaben werden die eingereichten Bewerbungen anhand der Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit evaluiert. Unter Berücksichtigung der strategischen Ausrichtung der Versorgungsstrukturen für die Zürcher Bevölkerung erfolgt die Vergabe der Leistungsaufträge an Leistungserbringer, die sämtliche Anforderungen bestmöglich erfüllen.

Diese Veröffentlichung zeigt die bisherige Nachfrageentwicklung auf und erläutert den prognostizierten Leistungsbedarf in den drei Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation über den gesamten Planungshorizont bis 2032. Um die Bundesvorgaben sowie die Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz zur transparenten Erstellung der Bedarfsprognose zu erfüllen, erfolgt die Beschreibung der Methodik sowie die Erläuterung der Ergebnisse in umfangreichem Rahmen. Die Bedarfsprognose ist ein bedeutender Bestandteil der Spitalplanung.

In das Prognosemodell flossen die Faktoren Demografie auf Basis der Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes des Kantons Zürich, die medizintechnische, aber auch epidemiologische Entwicklung sowie regulatorische Vorgaben ein. Je Fachbereich werden zusätzlich noch weitere fachbereichs-, aber auch leistungsgruppenspezifische Faktoren berücksichtigt. Im Folgenden werden die Prognoseergebnisse je Fachbereich kurz zusammengefasst. In den Kapiteln D, E und F folgen ausführliche Beschreibungen zu allen Einflussfaktoren und eine Bezifferung des berechneten Effektes nach Spitalplanungsleistungsgruppe, Altersbereich sowie Wohnregion.

Akutsomatik

Betrachtet man die Entwicklung stationärer Patientenzahlen seit 2010, so hat die Anzahl der Austritte um rund 7 Prozent zugenommen, während die Zürcher Wohnbevölkerung um rund 12 Prozent gewachsen ist. Das Hauptszenario der Prognose zur Spitalplanung 2023 für stationäre Behandlungen in der Akutsomatik zeigt ein Wachstum der Austritte um 14,7 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche im Zeitraum bis 2032. Diese Zunahme ist hauptsächlich auf die erwartete demografische Entwicklung zurückzuführen, andere Faktoren im Prognosemodell schwächen diesen Effekt leicht ab.

Psychiatrie

Seit 2010 hat die Zahl der Austritte psychiatrischer Patientinnen und Patienten um 25 Prozent zugenommen, wobei sich das starke Fallwachstum in den Jahren 2017 und 2018 etwas abschwächte. Das Hauptszenario der Prognose zur Spitalplanung 2023 für stationäre Behandlungen in der Psychiatrie zeigt ein Wachstum der Austritte um 12,1 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche im Zeitraum bis 2032. Für den Fachbereich Psychiatrie ist in der Prognose neben der demografischen Entwicklung und der Ambulantisierung von Leistungen auch die steigende Inanspruchnahme massgeblich.

Rehabilitation

Seit 2010 hat die Zahl der Austritte von Patientinnen und Patienten in der stationären Rehabilitation um 21 Prozent zugenommen, die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von 12 Prozent in dieser Zeitspanne. Es ist aber zu beachten, dass rund drei Viertel aller stationär behandelten Personen in den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre sowie über 75 Jahre sind. Das Hauptszenario der Prognose zur Spitalplanung 2023 für stationäre Behandlungen in der Rehabilitation zeigt ein Wachstum der Austritte um 25,6 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche im Zeitraum bis 2032. Das Wachstum ist in einzelnen Spitalplanungsleistungsgruppen noch höher, da hier der Effekt der demografischen Entwicklung deutlicher zu Buche schlägt. Weitere Faktoren haben einen weniger starken Effekt auf das Prognoseergebnis.

Weiteres Vorgehen

Ferner finden potenzielle Bewerberinnen und Bewerber um einen Listenplatz hier Informationen zu den generellen sowie leistungsspezifischen Anforderungen im Rahmen des Bewerbungs- und Evaluationsverfahrens sowie Angaben zum Zeitplan und die entsprechenden Fristen im weiteren Verlauf des Projektes.

Im Zeitraum vom 01.07.2021 bis zum 14.09.2021 nimmt die Gesundheitsdirektion Bewerbungsunterlagen um einen Listenplatz auf der Zürcher Spitalliste 2023 entgegen (vgl. Kapitel B 3.5.1). Die Ergebnisse des anschliessenden Evaluationsverfahrens werden mit dem Strukturbericht zur Spitalplanung 2023 auf den 15.03.2022 in die Vernehmlassung gegeben. Die provisorischen Spitallisten werden dem Regierungsrat im Sommer 2022 zur Genehmigung vorgelegt. Es folgt die Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation auf den 01.01.2023.



Einleitung

- 1 Zürcher Spitalplanung
- 2 Rahmenbedingungen
- 3 Projekt Spitalplanung 2023
- 4 Koordination mit anderen Kantonen
- 5 Struktur des Versorgungsberichtes

1. Zürcher Spitalplanung

Gestützt auf die kantonale Gesundheitsgesetzgebung und die Verpflichtung zum optimalen Einsatz der Staatsmittel unterhält der Kanton Zürich bereits seit rund 70 Jahren eine Spitalplanung, die im Wesentlichen das gleiche Ziel verfolgt wie das KVG, nämlich eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Das Gesundheitsgesetz des Kantons stand daher stets im Einklang mit der bundesrechtlichen Vorgabe.

1947 1947 veröffentlichte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Zürich einen ersten Plan für den Ausbau des Krankenhauswesens. Dieser Plan stellte die erste kantonale Spitalplanung dar.

1957/1965 In den Jahren 1957 und 1965 wurden neue Planungen erstellt.

Das Gesundheitsgesetz (GesG) regelt mit seiner Inkraftsetzung im November 1962 u.a. die Berufsbewilligungen zahlreicher Tätigkeiten im Gesundheitswesen und schafft behördliche Strukturen zur Aufsicht und Einhaltung.

1965 Die Planung 1965 ging noch von stark steigenden Bevölkerungszahlen aus und sah in den Regionen zahlreiche Neubauten sowie Erweiterungen bestehender Krankenhäuser vor. In den Sechzigerjahren änderten sich die Planungsgrundlagen, da die Wohnbevölkerung stagnierte, das Durchschnittsalter anstieg und neue Suchtkrankheiten auftraten.

1978 Die Krankenhausplanung 1978 hatte diesen Umständen Rechnung zu tragen. Die fortschreitende Alterung, die Ausbreitung von Suchtkrankheiten und die sprunghafte medizintechnische Entwicklung forderten in der zweiten Hälfte der Achtzigerjahre eine erneute Überarbeitung.

1991 Die Krankenhausplanung 1991 beruhte auf der Planung 1978, wurde jedoch in vielen Bereichen verfeinert, präzisiert und durch medizinische Fachkonzepte ergänzt. Die Struktur der akutsomatischen Versorgung gemäss Krankenhausplanung 1991 war vierstufig und umfasste eine Differenzierung der hochspezialisierten Medizin von der spezialisierten überregionalen Versorgung in Zentrumsspitalern, von den erweiterten Grundversorgern und den dezentralen Regionalspitalern der Grundversorgung.

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in Kraft getreten am 01.01.1996, wurden die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und darauf abgestützt eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen.

1998 Die der Spitalliste 1998 in der Folge zugrunde gelegte Spitalplanung basierte grundsätzlich auf der Zürcher Krankenhausplanung 1991 und war in drei Stufen gegliedert: eine hochspezialisierte Versorgung, die durch die Universitätsspitäler erbracht wird; die spezialisierte Versorgung, die durch die Zentral- und Universitätsspitäler sichergestellt wird; die stationäre Grundversorgung, die durch regionale Schwerpunktspitäler und teilweise durch die Zentral- und Universitätsspitäler wahrgenommen wird. Wenn der ermittelte Bedarf nicht vollumfänglich oder sinnvoll durch die auf der Liste aufgeführten Spitäler gedeckt werden konnte, erhielten wie zuvor inner- und ausserkantonale Ergänzungsspitäler Leistungsaufträge, um Zürcher Kantonseinwohnerinnen und -einwohner in der allgemeinen Abteilung zu behandeln. Seit der erstmaligen Festsetzung der Zürcher Spitalliste im Juni 1997 wurde diese mehrmals angepasst.

2001 Die Hauptanpassung erfolgte 2001, weshalb die Auflistung in der Folge als Spitalliste 2001 bezeichnet wurde.

Der Kanton Zürich hat mit der Inkraftsetzung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) auf den 01.01.2012 die kantonalen Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Zürcher Spitalplanung und -finanzierung geschaffen. Gestützt darauf hat der Regierungsrat auf den 01.01.2012 eine umfassende leistungsorientierte Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie durchgeführt bzw. abgeschlossen, den Spitalern und Kliniken Leistungsaufträge erteilt und die Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erlassen.

2012 Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 01.01.2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen. Damit stand auch der Kanton Zürich vor der Aufgabe, die der geltenden Zürcher Akutspitalliste zugrunde liegende Spitalplanung zu erneuern. Der Regierungsrat erteilte dazu im Juli 2008 einen entsprechenden Projektauftrag. Die Ablösung der Zürcher Spitalliste 2001 auf den 01.01.2012 schöpfte damit die Übergangsfrist nicht aus.

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz liess den Kantonen einen gewissen Spielraum in Bezug auf das Ausmass an planerischen Eingriffen. Der Zürcher Regierungsrat entschied sich, den Akteuren möglichst viel Handlungsspielraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen. Mit der Spitalplanung

sollte in erster Linie dort steuernd eingegriffen werden, wo der Wettbewerb nicht funktionierte und deshalb mit planerischen Massnahmen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden konnten.

Mitte des Jahres 2010 lancierte die Gesundheitsdirektion für den psychiatrischen Versorgungsbereich das Projekt «Psychiatrieplanung 2012». Dieses war Ende 2011 abgeschlossen, damit auch die neue Spitalliste Psychiatrie am 01.01.2012 in Kraft treten konnte. Soweit zweckmässig und möglich, wurde dabei auf die Konzepte und Daten der Psychiatrieplanung aus dem Jahr 2004 zurückgegriffen. Zudem orientierte sich das Vorgehen so weit wie möglich an der Planung der Akutsomatik und Rehabilitation für das Jahr 2012.

Um die Spitallisten aktuell zu halten, wurden jeweils jährlich kleinere Anpassungen und Korrekturen daran vorgenommen. Grössere bzw. konzeptionelle Anpassungen der Spitallisten ohne neue Bedarfsberechnungen erfolgten seither zweimal, auf den 01.01.2015 und den 01.01.2018.¹ Inzwischen nähert sich die 2012 auf rund zehn Jahre angelegte Spitalplanungsperiode jedoch dem Ende. Die Versorgungsstruktur ist auf eine neue, wiederum rund zehnjährige Planungsperiode hin umfassend zu überprüfen und zu aktualisieren. Der Regierungsrat hat die Gesundheitsdirektion deshalb beauftragt, eine neue Spitalplanung mit umfassender Bedarfsabklärung, Wirtschaftlichkeitsprüfung aller Leistungserbringer und interkantonalen Koordination an die Hand zu nehmen.² Der Regierungsrat legte den Zeitplan für die Spitalplanung neu fest und verschob das Inkrafttreten der aus dem Projekt «Zürcher Spitalplanung 2023» hervorgehenden Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie auf den 01.01.2023.³

Seit der letzten umfassenden Planung der Spitallisten im Kanton Zürich hat sich auch das Umfeld weiterentwickelt und verändert. Wir erlebten weitere Anpassungen in der Tarifierung mit der Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems seit der Einführung im Jahr 2012 sowie die Einführung eines pauschalierenden Systems in der Psychiatrie (TARPSY) im Jahr 2018. Mit der geplanten Einführung des Tarifs ST Reha wird auch der dritte Leistungsbereich einen Systemwechsel erfahren.

Neben erfolgten und geplanten Veränderungen in der Tariflandschaft sind auch Erlasse auf Bundesebene einer Begutachtung und Revision unterworfen, die sich auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich auswirken (vgl. Kapitel B 2.1.1).

2. Rahmenbedingungen

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Auf Stufe Bund sind die rechtlichen Grundlagen für die Planung und den Erlass der Spitallisten im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) zu finden. Im Kanton Zürich sind die gesetzlichen Grundlagen im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 02.05.2011 (SPFG; in Kraft seit 01.01.2012) verankert. Relevant sind auch die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 25.05.2018 (vgl. Kapitel B 2.2).⁴ Bei der Spitalplanung gelten – wie bei jedem behördlichen Handeln – die allgemeinen Prinzipien des Verwaltungsrechts wie beispielsweise der Grundsatz der rechtsgleichen Behandlung und des rechtlichen Gehörs.

Sowohl auf Bundes- als auch kantonaler Ebene laufen Gesetzesrevisionen mit Auswirkungen auf die Spitalplanungen. Einerseits sind Änderungen des KVG sowie der KVV geplant; andererseits ist im Kanton Zürich das SPFG in Überarbeitung. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der definitiven Bestimmungen der Revisionsvorlagen wird im Sommer 2021 erwartet. Die nachfolgenden Ausführungen, die sich auf die Revisionsvorlagen beziehen, gelten deshalb unter Vorbehalt der Überführung in geltendes Recht.

¹ RRB Nrn. 799/2014 und 746/2017

² RRB Nr. 338/2018

³ RRB Nr. 695/2019

⁴ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>

2.1.1 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)

Nach dem Bundesrecht sind die Kantone verpflichtet, mittels einer interkantonal koordinierten Planung eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen und eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e und Abs. 2 KVG). Der Bundesrat hat dazu gestützt auf Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG in Verbindung mit Art. 58a ff. KVV einheitliche Planungskriterien erlassen. Das dreistufige Spitalplanungsverfahren besteht aus der Ermittlung des Bedarfs, aus der Ermittlung des Angebotes und aus der Beurteilung und Auswahl des Angebotes. Nach Art. 58b Abs. 1–3 KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten, wobei sie sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV festgestellten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebotes (Abs. 3). Bei der Planung sind interkantonale Patientenströme zu berücksichtigen und die Planung ist mit anderen Kantonen zu koordinieren (Art. 58d KVV). Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages. Zudem sind dabei die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität sowie im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV). Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zudem die Vorgaben der VKL betreffend einheitlicher Ermittlung der Kosten und Leistungen der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Die Planung erfolgt leistungsorientiert für die stationäre Versorgung im akutsomatischen Bereich sowie für Geburtshäuser. In Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen (Art. 58c Bst. b KVV). Integraler Bestandteil der Planung ist das Bewerbungsverfahren, bei dem alle interessierten Leistungserbringer miteinbezogen werden (vgl. GDK-Empfehlungen, Stand 25.05.2018, S. 5f.). Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens ist den Kantonen überlassen. Den Kantonen kommt dabei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein erheblicher Ermessensspielraum zu; ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste besteht nicht.⁵

2.1.2 Stossrichtung der KVG- und der KVV-Revisionen

Im Rahmen einer Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes, die am 21.06.2019 von den eidgenössischen Räten verabschiedet wurde, sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt werden.⁶ Dabei sollen die Koordination und die Verbesserung der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Versorgung sowie die Patientensicherheit gefördert werden. Das revidierte KVG sowie die noch definitiv anzupassenden Bestimmungen der KVV sollen voraussichtlich am 01.01.2021 in Kraft treten. Die Gesetzesänderung sieht vor, dass der Bundesrat die strategische Steuerung im Bereich Qualität sicherstellt und nach Anhörung der interessierten Organisationen jeweils für vier Jahre die Ziele der Qualitätsentwicklung festlegt (Art. 58 nKVG). Für deren Umsetzung ist eine neu zu schaffende Eidgenössische Qualitätskommission verantwortlich (Art. 58b nKVG). Ausserdem sollen die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung abschliessen (Art. 58a Abs. 1 nKVG). Auf Verordnungsstufe finden sich weitere Konkretisierungen. Beispielsweise werden Grundsätze der Qualitätsentwicklung sowie Vorgaben zu den Qualitätsverträgen festgelegt (Art. 77 und 77f nKVV). Art. 77 nKVV teilt den Kantonen keine aktive Rolle in der Qualitätsentwicklung zu. Einer Übernahme der durch die Qualitätskommission zu entwickelnden Qualitätsindikatoren in die Qualitätsbeurteilung im Rahmen der Spitalplanung steht nichts entgegen.

Der Bundesrat hat am 12.02.2020 eine Änderung der KVV im Bereich der Planung der Spitäler sowie der Ermittlung der Tarife für Vergütungsmodelle vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) in die Vernehmlassung gegeben. Ziel der Revision ist die Kostendämpfung sowie die Stärkung der Versorgungsqualität und der Transparenz. Dazu sollen die Kriterien für die Umsetzung der Planung der Spitäler durch die Kantone aktualisiert werden. Zudem sollen neue Vorgaben im Bereich der Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie bei der Koordination der Planungen den effizienten Mitteleinsatz fördern und den schweizweit einheitlichen Zugang der Patientinnen und Patienten zu stationären Spitalleistungen derselben Qualität gewährleisten.⁷ Bezüglich Tarifiermittlung ist vorgesehen, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser aufgrund der schweregradbereinigten Kosten zu erfolgen hat und ein Benchmarkwert auf dem 25. Perzentil festgesetzt wird. Die detaillierten Änderungen

⁵ BGE 133 V 123 E. 3.3 sowie BGE 132 V 6 E. 2.2.1

⁶ BBl 2019, 4469

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifiermittlung.html>

können dem erläuternden Bericht zur Änderung der KVV entnommen werden.⁸ Für die Anpassung der Listen der akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser ist eine Übergangsfrist von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderungen der KVV vorgesehen. Für die Listen der psychiatrischen und rehabilitativen Spitäler beträgt diese Frist sechs Jahre. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat mit Schreiben vom 25.06.2020 an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) zu den Änderungen Stellung genommen und diese abgelehnt. Der Regierungsrat hat dem EDI mit Beschluss Nr. 739/2020 mitgeteilt, dass er die Haltung der GDK teile und die Verordnungsbestimmungen ablehne. Vor diesem Hintergrund ist offen, ob überhaupt und mit welchem Inhalt diese Anpassung der KVV erfolgen wird.

2.1.3 SPFG und Revisionsentwurf

Der Kanton Zürich hat mit dem SPFG die kantonalen Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Zürcher Spitalplanung und -finanzierung geschaffen. In den letzten Jahren ergaben sich im Gesetzesvollzug indessen zunehmend Fragestellungen, die sich auf der Grundlage des geltenden Rechts nicht oder nicht befriedigend beantworten liessen, weshalb mit Blick auf die neue Spitalplanungsperiode Präzisierungen und Ergänzungen des SPFG vorgesehen sind. Die entsprechenden Revisionsanträge wurden vom Regierungsrat mit Beschluss vom 08.07.2020 zuhanden des Kantonsrates verabschiedet.⁹ Nach der Beratung im Kantonsrat soll die Teilrevision nach Möglichkeit bis Frühsommer 2021 beschlossen werden.

Nach den Eckwerten des geltenden SPFG werden Leistungsaufträge unter den sich bewerbenden Spitälern und Geburtshäusern denjenigen erteilt, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und die Zielvorgaben sowie die Anforderungen bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Zielvorgaben ergeben sich aus § 4 nAbs. 3 SPFG. Danach ist das Ziel der Spitalplanung die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen. § 4 nAbs. 4 SPFG nennt eine Reihe von Massnahmen, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen. Danach sollen Leistungsgruppen zu übersichtlichen Angeboten zusammengezogen werden, um eine medizinisch und ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung zu verhindern. Die Patientinnen und Patienten sollen zeitgerecht Zugang zur Notfallversorgung haben. Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur erfordern, sollen koordiniert und konzentriert werden. Ebenfalls koordiniert und konzentriert werden sollen Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen. § 5 Abs. 1 lit. a–g SPFG listen die Anforderungen an die Leistungserbringer auf. Das Spital muss eine zweckmässige Infrastruktur aufweisen, über genügend Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen und die bundesrechtlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erfüllen. Zudem muss es alle Zürcher Patientinnen und Patienten nach den Vorgaben des KVG aufnehmen, über ein geeignetes Patientenversorgungskonzept verfügen, genügend Gesundheitspersonal ausbilden und eine sachgerechte Kostenrechnung führen. Mit der Revision des SPFG sollen diese Bestimmungen ergänzt werden. Leistungserbringer sollen neu nachweisen, dass ihre wirtschaftliche Stabilität für die Dauer des Leistungsauftrages sichergestellt ist. Zudem soll das Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzen; die Menge und Art der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz sollen sich nicht wesentlich auf die Vergütungen auswirken. Es soll schliesslich sichergestellt werden, dass Belegärztinnen und Belegärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und diese insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen durchführen (§ 5 Abs. 1 lit. h–j). Der Regierungsrat erteilt den Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge und setzt die in Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste fest. Er umschreibt den Inhalt der Leistungsgruppen und legt die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen insbesondere betreffend Infrastruktur, Personal, Qualität, Mindestfallzahlen usw. fest (§ 7 nAbs. 1 SPFG). Detaillierte Angaben zu den neuen Bestimmungen ergeben sich aus dem Antrag des Regierungsrates vom 08.07.2020 (Vorlage 5637).

⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifiermittlung.html>

⁹ Vorlage 5637, ABI 2020-07-17

2.2 Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Die von der Arbeitsgruppe Spitalplanung der GDK erarbeiteten Empfehlungen sollen eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als ein Betrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG. Die Empfehlungen der GDK sind für die Kantone jedoch nicht bindend. Sie betreffen grundsätzlich die Planung von Leistungen in allen Versorgungsbereichen. Die nachfolgenden Darlegungen entsprechen der revidierten Version der Empfehlungen, welche von der Plenarversammlung der GDK am 25.05.2018 verabschiedet wurde.¹⁰ Für die Spitalplanung 2023 sind im Wesentlichen folgende Empfehlungen von Bedeutung:

Leistungsorientierte Spitalplanung

Empfehlung 1 erläutert eine leistungsorientierte Spitalplanung und besagt, dass das Verfahren einer Spitalplanung den Vorgaben des KVV folgen muss. Danach umfasst eine Spitalplanung die Evaluation aller interessierten Leistungserbringer nach den relevanten Planungskriterien und mündet im Erlass der kantonalen Spitalliste. Die Erteilung von Leistungsaufträgen stellt eine hoheitliche Zuteilung dar. Dabei muss sichergestellt sein, dass alle interessierten Leistungserbringer in das Bewerbungsverfahren einbezogen werden. Einladungen zum Bewerbungsverfahren sind im amtlichen Publikationsorgan zu veröffentlichen.

Spitäler, die ihren Leistungsauftrag ganzheitlich oder in gewissen Leistungsgruppen bzw. –bereichen nicht mehr wahrnehmen können, haben dies dem Kanton unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten oder gesetzlich geregelten Kündigungsfrist mitzuteilen.

Bedarfsgerechte Spitalplanung

Empfehlung 2 verdeutlicht die Verpflichtung der Kantone, den Bedarf an stationären medizinischen Spitalleistungen ihrer eigenen Wohnbevölkerung zu planen und die dafür notwendigen Leistungen zu sichern. Den ausserkantonalen Patientenströmen ist Rechnung zu tragen. Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt, die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt wird und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden, ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten. Eines der Kriterien für die Vergabe eines Leistungsauftrags ist, ob dieser zur Deckung eines relevanten Anteils des Bedarfs auf kantonaler oder regionaler Ebene notwendig ist.

Leistungsspektrum

Empfehlung 3 regt zur Klassifizierung des Leistungsspektrums der Akutsomatik gemäss dem Konzept zu Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) an. Dabei sind die leistungsspezifischen Anforderungen zu beachten. Leistungsaufträge sind standortbezogen zu vergeben. Zudem ist eine Weitervergabe von Leistungsaufträgen nicht zulässig. Mit Vergabe von mindestens einem Leistungsauftrag pro Leistungsgruppe wird sichergestellt, dass das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen abgedeckt ist. Die Mitwirkung eines Spitals bei der Grundversorgung kann zur Bedingung der Erteilung eines Leistungsauftrages gemacht werden.

Der Kanton Zürich hat eine neue Systematik der SPLG für die Fachbereiche Psychiatrie und Rehabilitation erarbeitet und diese auch in Arbeitsgruppen der GDK diskutiert. Diese Spitalplanungsleistungsgruppen werden im aktuellen Planungszyklus erstmals implementiert.

Wirtschaftlichkeit

Empfehlung 4 führt das Kriterium Wirtschaftlichkeit aus (vgl. Kapitel B 3.4.3). Zu berücksichtigen im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen ist die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung. Dazu müssen die Kantone eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Betriebsvergleiche vornehmen. Basis dafür ist ein Effizienzvergleich und damit in der Regel ein Vergleich der schweregradbereinigten (Fall-)Kosten. Folglich kann ein Effizienzvergleich entweder unter einer repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler oder unter den sich für den Leistungsauftrag bewerbenden Spitälern erfolgen. Sind Betriebsvergleiche aufgrund einer fehlenden Vergleichsmenge nicht möglich, kann eine vertiefte Prüfung des Kostenausweises des betreffenden Spitals vorgenommen werden. Darüber hinaus kann der Kanton im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität eines Spitals prüfen. Im Weiteren kann der Kanton das Optimierungspotenzial angemessen berücksichtigen, das mit der Konzentration von Leistungsbereichen auf eine reduzierte Zahl von Spitälern einhergeht.

¹⁰ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>.

Qualität

Empfehlung 5 hält fest, dass der Kanton im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen leistungsspezifische Auflagen formulieren kann, die der Struktur- und Prozessqualität dienen (vgl. Kapitel 3.4.2). Die Erteilung des jeweiligen leistungsbezogenen Auftrags kann von der Erfüllung dieser Anforderungen abhängig gemacht werden, welche im Übrigen pro Standort gelten. Die Kantone können weitere Vorgaben zur Qualitätssicherung und zum Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität und der qualitätssichernden Massnahmen festhalten. Ebenso können die Kantone Vorgaben zum Aufbau eines internen oder externen Qualitätsmanagements formulieren und Leistungserbringer verpflichten, an kantonalen oder nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen. Der Aufbau eines Qualitätsmanagements bildet dabei eine Voraussetzung für die Gewährleistung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit.

Demnach stellen die Kantone im Rahmen der polizeilichen Zulassung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG sicher, dass die Anforderungen an eine qualitativ ausreichende und sichere Versorgung generell erfüllt sind. Einzelne Leistungen setzen jedoch spezifische Anforderungen voraus. Diese werden durch die Kantone im Leistungsauftrag formuliert.

Erreichbarkeit

Empfehlung 6 legt dar, dass der Kanton die Erreichbarkeit für die in Frage stehende Behandlung innert nützlicher Frist als wichtiges Kriterium für die Erteilung des Leistungsauftrags definieren kann (vgl. Kapitel B 3.4.4). Dabei kann bei der Evaluation der Erreichbarkeit zwischen Leistungen der Grund- und der Notfallversorgung sowie der Spezialversorgung unterschieden werden. Ebenso kann hinsichtlich der Erreichbarkeit zwischen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation angemessen differenziert werden. Insbesondere bei dezentralen Versorgungsstrukturen ist die Gewährleistung der Erreichbarkeit eines Spitals der Grundversorgung wichtig. Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton unter Berücksichtigung der Art der Leistung (Grund- oder Spezialversorgung) ein geographisch naheliegendes Angebot einem anderen Angebot vorziehen, auch wenn letzteres in Bezug auf andere Kriterien vorteilhafter ist. Unter Berücksichtigung der Art der Leistung (Grund- oder Spezialversorgung) können somit unterschiedliche Richtwerte zur Erreichbarkeit angewendet werden. Besonders wichtig sind die Erreichbarkeitskriterien für die bedarfsorientierte Grund- und Notfallversorgung.

Mindestfallzahlen

Empfehlung 7 spezifiziert, dass der Kanton in bestimmten Leistungsgruppen Mindestfallzahlen gemäss Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV festlegen kann. Im Vordergrund stehen dabei stationäre Behandlungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad. Die Mindestfallzahlen gelten in der Regel pro Spital. Der Kanton kann aber auch Mindestfallzahlen pro Operateur, Team, usw. festlegen. Die Beurteilung erfolgt in der Regel gestützt auf die in der zurückliegenden Zeitperiode erbrachten Leistungen. Provisorisch zugelassen werden neue Leistungsanbieter, wenn aufgrund der betrieblichen Strukturen und der regionalen Gegebenheiten erwartet werden kann, dass die erforderlichen Fallzahlen im Laufe von längstens drei Jahren erreicht werden. Dies mündet u. U. in einem befristeten Leistungsauftrag.

Weitere Empfehlungen

Neben den ausgeführten Empfehlungen erarbeitete die GDK weitere Empfehlungen, die es ergänzend im Rahmen einer Spitalplanung zu berücksichtigen gilt:

Mengensteuerung: Die Kantone können spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten ergreifen. Es stehen dazu zusätzliche Instrumente der Mengensteuerung zur Verfügung.

Aufnahmepflicht: Die Kantone sind angehalten, für die Einhaltung der Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 2 KVG zu sorgen. Ziel der Aufnahmepflicht ist es, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und diskriminierende Aufnahmepraktiken von Listenspitalern zu verhindern. Der Kanton kann einen Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten festlegen.

Notfallaufnahme: Das Führen einer Notfallaufnahme sowie die damit verbundenen Anforderungen können als Auflage für die Erteilung eines Leistungsauftrages formuliert werden.

Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme: Die Patientenströme (Ab- und Zuflüsse) und der prognostizierte Bedarf werden anhand der Leistungsbereiche – wo sinnvoll nach den einzelnen Leistungsgruppen – analysiert. Im Rahmen der Spitalplanung lädt der planende Kanton die Nachbarkantone zur Vernehmlassung ein, zudem die Kantone, aus denen gewichtige Patientenströme in den planenden Kanton fliessen. Werden Gesuche anderer Kantone nicht berücksichtigt, ist dies vom planenden Kanton schriftlich zu begründen (vgl. Kapitel B 4).

Datenlieferung: Der Kanton verpflichtet den Leistungserbringer im Rahmen des Leistungsauftrages explizit zur zeitgerechten Lieferung vollständiger und richtiger Daten der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS), der Kostendaten gemäss Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und der von der SwissDRG AG eingeforderten Daten.

Arbeitsbedingungen: Die Leistungserbringer können aufgefordert werden, ihre Personal- und Besoldungsreglemente transparent darzulegen. Die Arbeitsbedingungen können integraler Bestandteil der Evaluation im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen und der Wirtschaftlichkeitsvergleiche sein. Der Kanton kann im Rahmen des Leistungsauftrages Lohnobergrenzen festlegen und Bonuszahlungen, die von Fallzahlen abhängig sind, untersagen.

Ausbildungsleistungen: Für die Forschung und die universitäre Lehre nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG regelt der Kanton die Finanzierung. Die Leistungen der Aus- und Weiterbildung bei den nicht universitären Gesundheitsberufen werden als Auflagen im Leistungsauftrag formuliert. Die Vorgaben orientieren sich am Ausbildungspotenzial des Leistungserbringers, das nach kantonal einheitlichen Kriterien ermittelt wird.

Controlling, Aufsicht und Sanktionen: Es wird empfohlen, dass der Kanton im Rahmen des Leistungscontrollings periodisch überprüft, ob die im Leistungsauftrag festgeschriebenen Leistungen im Sinn der Leistungspflicht erbracht wurden. Weiter wird empfohlen, dass der Kanton jeweils überprüft, ob die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen erfüllt wurden und ob nur Leistungen erbracht werden, für die das Spital über einen Leistungsauftrag eines Kantons verfügt. Bei einer Leistungserbringung ohne Auftrag ist der Kanton nicht verpflichtet, den kantonalen Anteil an der Vergütung zu begleichen, oder kann diesen, sollte er bereits bezahlt worden sein, zurückfordern. Der Kanton kann für konkret bezeichnete Verstösse (z. B. gegen die Leistungsaufträge oder die Leistungspflicht) Sanktionen festlegen. Die Tatbestände (Verstösse) und die Sanktionen sollten im kantonalen Gesetz verankert werden.

3. Projekt Spitalplanung 2023

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick zum Projekt. Es geht auf den bisherigen Projektverlauf und den Prozess der Visions- und Strategiedefinition ein und fasst die Evaluationskriterien sowie den Bewerbungs- und Evaluationsprozess kurz zusammen.

3.1 Übersicht

Am 11.04.2018 beauftragte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion, die Spitallisten 2012 für Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie durch eine neue Spitalplanung auf das Jahr 2022 abzulösen (RRB Nr. 338/2018). Die neuen Spitallisten sollen den Anforderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung genügen und eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Versorgung der Zürcher Bevölkerung gewährleisten. Ziel ist es, die gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklungen, die das Gesundheitswesen beeinflussen und verändern, so gut wie möglich in das Vorhaben einfließen zu lassen. Die Gesundheitsdirektion nahm am 01.06.2018 die Arbeiten an der neuen Spitalplanung auf. Gemäss Projektauftrag des Regierungsrates soll an bewährten Inhalten und Prozessen festgehalten und einzelne Bereiche sollen weiterentwickelt werden.

Der Regierungsrat beschloss am 10.07.2019, die Spitalplanung 2022 auf das Jahr 2023 zu verschieben (RRB Nr. 695/2019). Dies ermöglichte der neuen Gesundheitsdirektorin, sich bezüglich der Planungsgrundsätze einzubringen und die Spitalplanung 2023 mitzugestalten.

Die Gesundheitsdirektion erarbeitete eine langfristige Vision für die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich und stimmte die Spitalplanung 2023 mit den Arbeiten zum Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz ab. Somit sorgt die neue Spitalplanung für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung der Zukunft (vgl. Kapitel B 3.2).

Das aktuelle Spannungsfeld in der Eindämmung der SARS-CoV2-Pandemie im Kanton hat die Arbeiten zur Spitalplanung 2023 beeinflusst. Dennoch ist die Differenzierung der regulären, auf den Normalfall ausgerichteten Spitalplanung von einer Pandemieplanung wichtig für das Verständnis des auf den folgenden Seiten dargelegten Versorgungsberichtes.

Trotz der Covid-19-Pandemie wird an der Umsetzung der neuen Spitalplanung auf den 01.01.2023 festgehalten. Auf den 01.03.2021 wird der Versorgungsbericht in die öffentliche Vernehmlassung gegeben. Das Bewerbungsverfahren startet am 01.07.2020. Die Frist für die Einreichung der Bewerbungsunterlagen dauert gut zehn Wochen und endet am 14.09.2021. Die darauffolgende Evaluation der Bewerber durch die Gesundheitsdirektion mündet in der Erstellung des Strukturberichtes, der wiederum am 15.03.2022 in die öffentliche Vernehmlassung gehen wird. Der Strukturbericht umfasst die vorläufigen Spitallisten. Auf den 01.01.2023 erfolgt die Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durch den Regierungsrat.

Abbildung B1: Teilschritte der Spitalplanung 2023

	Beginn	Ende
Vernehmlassung des Versorgungsberichtes	01.03.2021	30.04.2021
Bewerbungsverfahren	01.07.2021	14.09.2021
Evaluation der Bewerbungen	15.09.2021	14.01.2022
Vernehmlassung des Strukturberichts inkl. den provisorischen Spitallisten 2023	15.03.2022	13.05.2022
Auswertung Strukturbericht	14.05.2022	31.08.2022
Festsetzung Spitallisten 2023 durch Regierungsratsbeschluss		September 2022

Es galt im Rahmen des neuen Planungszyklus zum einen, Bewährtes weiterzuentwickeln, zum anderen sollte aber auch die Erarbeitung neuer Konzepte ermöglicht werden. Für die Spitalplanung 2012 entwickelte die Gesundheitsdirektion die Spitalplanungsleistungsgruppen in der Akutsomatik als Klassifikationssystem zur Bündelung medizinischer Leistungen. Seit 2011 empfiehlt die GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung dieses Konzepts einschliesslich der damit verbundenen Anforderungen der einzelnen Spitalleistungsgruppen (SPLG). Im Mai 2018 hat die GDK-Plenarversammlung diese Empfehlung bekräftigt und für den künftigen Prozess der Entwicklung des Konzepts den Einbezug der Kantone gestärkt. Für die Spitäler bedeutet es, dass die Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen harmonisiert ausgestaltet sind.¹¹

Für die Fachbereiche Psychiatrie und Rehabilitation hat die Gesundheitsdirektion die SPLG-Systematik ebenfalls in umfassenden Fachanhörungen mit Leistungserbringern, aber auch unter Einbezug überregionaler Organe wie der Gesundheitsdirektorenkonferenz vorangetrieben und stellt diese mit diesem Bericht vor (vgl. Kapitel C 3.1 und C 4.1).

¹¹ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

3.2 Vision und Strategie

Das Projekt Spitalplanung 2023 wird im Auftrag des Regierungsrates durchgeführt, geht einher mit der Zielsetzung der Regierungsrates und unterstützt die Umsetzung des nachfolgend zitierten Legislaturziels zur Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung (vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2019–2023):¹²

«Die Steuerung im komplexen Versorgungssystem wird weiter verbessert. Die Anreize für eine kosteneffiziente Leistungserbringung werden im Rahmen der kantonalen Kompetenzen verstärkt. Die Planung im ambulanten Bereich wird verbessert, und die Übergänge zwischen ambulanter, stationärer und Langzeitpflegeversorgung sind aufeinander abgestimmt. Die inner- und ausserkantonalen Partner in der Gesundheitsversorgung werden einbezogen. Die Gesundheitskompetenz der Akteurinnen und Akteure wird gesteigert. Die Versorgung erfolgt patientengerecht und mit hoher Qualität und ist breit akzeptiert.» Der Regierungsrat legte folgende langfristige Ziele fest:

Langfristige Ziele:	
LFZ 4.1	Der Gesundheitszustand der Bevölkerung in seiner biologischen, psychologischen und sozialen Dimension ist gut und entwickelt sich positiv.
LFZ 4.2	Medizinische Dienstleistungen, Heilmittel, Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände sind qualitativ einwandfrei.
LFZ 4.3	Die Gesundheitsversorgung ist hochstehend, für die gesamte Bevölkerung zugänglich und wirtschaftlich tragbar.

Diese vom Regierungsrat bestimmten Massnahmen zur Umsetzung dieser Zieldefinition beziehen sich explizit auf die Spitalplanung:

RRZ 4a	Mit der neuen Spitalplanung den stationären Bereich besser steuern, die Qualität erhöhen, Schnittstellen optimieren und die Kosteneffizienz unter anderem mittels neuer und weiterentwickelter Benchmarks weiter verstärken.
RRZ 4b	Die ambulante Versorgung in der Psychiatrie gezielt fördern.

Über die konkrete Vergabe der Leistungsaufträge und die Festsetzung der Spitalliste wird letztlich der Regierungsrat auf der Basis der dann bestehenden Rechtsgrundlagen entscheiden, bis dahin können einzelne Bewerberinnen oder Bewerber für die Spitalisten 2023 keine Rechte von der dargelegten Strategie eines der Versorgungsbereiche ableiten.

Im Rahmen der Verschiebung der Spitalplanung 2022 auf das Jahr 2023 fand eine integrative Analyse und detaillierte Konzeption der Strategie unter der neuen Gesundheitsdirektorin statt. Hier wurden die Ergebnisse nach jedem Teilabschluss mit externen Expertinnen und Experten aus der Politik und dem Gesundheitswesen gespiegelt. Deren Rückmeldungen flossen ergänzend in die weitere Bearbeitung ein.

Im ersten Teil des Strategieplanungsprozesses wurden folgende Themen ausgearbeitet: eine Grobanalyse der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich, weitergehende Analysen der drei Versorgungsbereiche der Spitalplanung 2023 (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) und eine SWOT-Analyse auf Basis der bisherigen Ergebnisse. Im Rahmen dieser Arbeiten wurden folgende zentrale Feststellungen und Herausforderungen festgehalten.

Akutsomatik

- Der demografische Wandel geht einher mit einer Multimorbidität der Patientinnen und Patienten.
- Es besteht weiterhin ein grosses Ambulantisierungspotenzial aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts.
- Zu oft wird eine fragmentierte Behandlungskette beobachtet anstelle einer integrierten Versorgung.
- Die Gesundheitskosten steigen stetig.
- Der drohende Fachkräftemangel besteht weiterhin.
- Es findet eine kleinräumige Versorgungsplanung statt.

Psychiatrie

- Ein umfassendes psychiatrisches Leistungsangebot ist vorhanden.
- Es besteht eine Unterversorgung in gewissen Bereichen sowie eine Fehlbelegung.
- Das ambulante Angebot ist zu gering.
- Die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen nimmt zu.
- Es fehlt an Konzentration ausgewählter spezialisierter Angebote.
- Es gibt bisher keine Qualitätsvorgaben auf Ebene Spitalplanungsleistungsgruppen.
- Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen ANQ signalisieren Verbesserungspotenzial.
- Es besteht Fachkräftemangel.

¹² https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/organisation/regierungsrat/publikationen/richtlinien_der_regierungspolitik_2019_2023.pdf

Rehabilitation

- Die Versorgungsqualität in der stationären Rehabilitation ist insgesamt gut.
- Patientinnen und Patienten (sowie deren Angehörige) wünschen häufiger eine wohnortsnahe Rehabilitation.
- Die Zürcher Spitalliste Rehabilitation ist attraktiv für Leistungserbringer.
- Die stationäre Rehabilitationsbehandlung wird stärker in Behandlungskette integriert und der Kosten- bzw. Optimierungsdruck nimmt zu.
- Es besteht eine Intransparenz über freie Rehabilitationsplätze, Patientinnen und Patienten erfahren teilweise zu lange Wartezeiten.
- Es fehlt an Konzentration spezialisierter Leistungen.

Auf Grund dieser bestehenden Herausforderungen in der Versorgung der Zürcher Bevölkerung wurde die kantonale Vision zur Spitalplanung 2023 wie folgt formuliert:

«Die neue Spitalplanung des Kantons Zürich sorgt für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung der Zukunft».

Diese Vision wurde in Bezug auf die drei Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation weiter spezifiziert:

Akutsomatik	Eine bedarfsgerechte, integrierte und wirtschaftliche Versorgung dient der Zürcher Bevölkerung zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und mit effektiven Therapien behandelt zu werden. Die Behandlungen sind evidenzbasiert, die Qualität ist transparent und vergleichbar.
Psychiatrie	Die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich ist patientengerecht, integrierend, innovativ und nachhaltig. Die Behandlung erfolgt wertschätzend, bedürfnisgerecht und rechtzeitig. Sie bietet eine vernetzte Versorgung und fördert die Teilhabe psychisch erkrankter Menschen. Es erfolgt eine stetige Weiterentwicklung zur bestmöglichen Behandlung. Der Mitteleinsatz begünstigt effiziente und effektive Leistungen.
Rehabilitation	Die Zürcher Patientinnen und Patienten der Rehabilitation sind bedarfsgerecht und integriert versorgt. Sie werden zum optimalen Zeitpunkt stationär, tagesklinisch oder ambulant behandelt.

Darauf aufbauend wurde die strategische Ausrichtung des Projektes Spitalplanung 2023 wie folgt festgehalten:

Akutsomatik	Die Strategie für den Fachbereich der Akutsomatik teilt sich in zwei Bestandteile auf: 1. Schaffung einer bedarfsgerechten, integrierten und wirtschaftlichen Versorgung sowie 2. Erhöhung der Qualitätstransparenz mit Hilfe der evidenzbasierten Medizin Die Fokussierung seltener und spezialisierter Leistungen an ausgewählten, qualifizierten Spitälern wird neben der Beauftragung geeigneter Regionalspitäler im Bereich der «häufigen Medizin» sowie das Ausschöpfen des ambulanten Potenzials eine massgebliche Rolle in der Umsetzung der Strategie spielen. Die Erhöhung der Qualitätstransparenz wird ermöglicht durch die Erarbeitung evidenzbasierter Datengrundlagen zur Förderung des Wettbewerbs auf Basis qualitativ hochwertiger Leistungserbringung. Ferner wird dies unterstützt durch die Sicherstellung evidenzbasierter Behandlungen sowie die Vermeidung unnötiger Eingriffe.
Psychiatrie	Die Strategie für den Fachbereich der Psychiatrie teilt sich in zwei Bestandteile auf: 1. Optimierung der Versorgungsstrukturen 2. Erhöhung der Behandlungsqualität Die stationäre Erwachsenenpsychiatrie soll trotz voraussichtlicher Zunahme der Inanspruchnahme stabil bleiben. Gemäss dem prognostizierten Bedarf soll die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgestockt werden. Ambulante Strukturen sollen im Einklang mit dem Legislaturziel des Zürcher Regierungsrates RRZ 4b ausgebaut und gezielt gefördert werden. Mit Inkraftsetzung der Zürcher Spitalliste Psychiatrie auf den 01.01.2023 sind die Anforderungen an die Behandlungsqualität erhöht. Bis zum Jahr 2025 wird ein Qualitätscontrolling Psychiatrie etabliert.
Rehabilitation	Die Strategie für den Fachbereich der Rehabilitation teilt sich in drei Bestandteile auf: 1. Versorgungsstrukturen 2. Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik – Rehabilitation 3. Konzentration spezialisierter Leistungen Mit Blick auf die demografische Entwicklung sowie die zunehmende Multimorbidität der Patientinnen und Patienten besteht der Bedarf, die bisher meist wohnorts- und akutspitalfernen Zürcher Versorgungsstrukturen der Rehabilitation um zukunftsorientierte, integrierte Versorgungsangebote zu ergänzen. Die Optimierung der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation bedingt, dass solche Rehabilitationskliniken sich auf dem Campus eines akutsomatischen Listenspitals mit erweiterter Grundversorgung inkl. intensivmedizinischem Angebot befinden. Zwischen diesen beiden Versorgern besteht eine enge medizinische Zusammenarbeit.

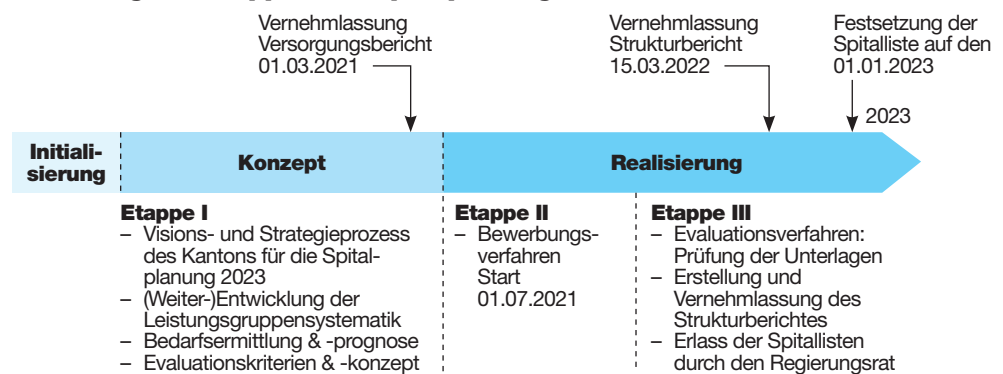
Der zweite Teil der Konzeption befasste sich neben der Entwicklung von Vision und Strategie auch mit der Zieldefinition für die Spitalplanung 2023. Dazu gehörte auch die Abstimmung der laufenden Revision des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) auf die definierten strategischen Ziele. Zum Abschluss dieser Konzeptionsphase wurden die Ergebnisse in einer Dialog-Veranstaltung mit Vertretungen der Leistungserbringer präsentiert und diskutiert. Nach erfolgreichem Abschluss der ersten beiden Phasen des Strategieplanungsprozesses startete die Gesundheitsdirektion Ende 2019 in die dritte Phase der Umsetzung: Es folgen die Vorbereitungen für den Versorgungsbericht, das Bewerbungsverfahren und den Strukturbericht. Diese Teilprojekte münden in der Festsetzung der Spitalliste auf den 01.01.2023.

3.3 Umsetzungsetappen

Um ein möglichst transparentes Vorgehen zu sicherzustellen, entschied der Regierungsrat, die Erarbeitung der neuen Spitalplanung in drei Etappen zu gliedern, die mit dem Versorgungsbericht, dem Strukturbericht und der Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2023 abgeschlossen werden.

So konzipierte die Gesundheitsdirektion das Projekt erneut in drei Etappen im Rahmen der Phasen Initialisierung, Konzept und Realisierung nach HERMES:

Abbildung B2: Etappen der Spitalplanung 2023 nach HERMES



Quelle: Eigene Darstellung

1. Der Initialisierungsphase folgte die Konzeptphase mit Etappe I: In der ersten Etappe wurden die für die Spitalplanung notwendigen Grundlagen ausgearbeitet, der bisherige Bedarf an stationären medizinischen Leistungen abgebildet und darauf aufbauend der künftige Bedarf mit Blick auf das Jahr 2023 ermittelt. Die Resultate und Anforderungen an Bewerber um einen Listenplatz werden im Versorgungsbericht zusammengefasst. Dieser hier vorliegende Bericht wird in eine breite Vernehmlassung gegeben.
2. Die Realisierungsphase startet mit dem Bewerbungsverfahren und der Etappe II: Basierend auf den Planungsgrundlagen werden in der zweiten Etappe die Bewerbungen interessierter Leistungserbringer (Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser) für die Spitallisten 2023 der Leistungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entgegengenommen.
3. Nach Sichtung aller Bewerbungen beginnt Etappe III: In der dritten Etappe werden die an einem Listenplatz interessierten Leistungserbringer nach rechtsgleichen Kriterien evaluiert. Dies erfolgt anhand des ermittelten Bedarfs und insbesondere der Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit (vgl. Kapitel B 3.4). Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden in einem Strukturbericht zusammengefasst. Der Strukturbericht und die provisorischen Spitallisten werden in eine breite Vernehmlassung gegeben. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Vernehmlassung werden die neuen Spitallisten mit den zu erteilenden Leistungsaufträgen durch den Regierungsrat verabschiedet, sodass sie am 01.01.2023 in Kraft treten können.

3.4 Anforderungen und Evaluationskriterien

In diesem Kapitel werden die grundsätzlichen Informationen zu den generellen Anforderungen sowie zu den Evaluationskriterien festgehalten. Details in Bezug auf die Fachbereiche sind in den betreffenden Kapiteln weiter ausgeführt.

3.4.1 Anforderungen im Allgemeinen

Wie erwähnt, werden Leistungsaufträge den Spitälern erteilt, welche die Anforderungen gemäss § 5 SPFG und die Zielsetzungen der Spitalplanung gemäss § 4 SPFG optimal erfüllen, wobei bei ihrer Gewichtung die strategischen Festlegungen der Spitalplanung 2023 zu beachten sind. Die Anforderungen und Zielsetzungen werden in den Anhängen zur Spitalliste konkretisiert (generelle und leistungsspezifische Anforderungen). Die Bewerber müssen deshalb nachweisen, dass sie auch die Anforderungen gemäss den Anhängen erfüllen. Die generellen Anforderungen stellen ein zentrales Element der Zürcher Spitalplanung 2023 dar. Sie regeln die Grundvoraussetzungen bzw. -anforderungen, die jeder Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Spitalistenplatz qualifizieren zu können. Sie schaffen somit eine erste Eintrittshürde für die Zürcher Spitalliste (vgl. Beilage zum Versorgungsbericht, zh.ch/spitalplanung2023). Die generellen Anforderungen enthalten einen allgemeingültigen Teil, in dem unter anderem Vorgaben zum Versorgungsauftrag, zur Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zur Datenlieferung gemacht werden. Diese Anforderungen sind unabhängig vom Leistungsspektrum zu erfüllen. Wichtige Neuerungen betreffen vor allem Vorgaben im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement (z. B. Qualitäts- und Risikomanagement, Qualitätsmessungen, Hygiene, Heilmittel) und der Optimierung von Schnittstellen (z. B. Ein- und Austrittsmanagement, Multimorbidität, integrierte Versorgung, Monitoring/Minimierung Wartezeit).

Ergänzend sind fachspezifische Teile zur Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie enthalten, die auf spezifischere Anforderungen der jeweiligen Fachbereiche eingehen (z. B. Hygienemanagement oder Personalvorgaben). Dieser fachspezifische Teil ist von jenen leistungsspezifischen Anforderungen (vgl. Kapitel C 2.1.2, C 3.1.2 und C 4.1.2) abzugrenzen, da die Vorgaben unabhängig vom Leistungsauftrag für alle Leistungserbringer eines Fachbereichs gelten. Zentrale Elemente bei der Evaluation der Bewerberinnen und Bewerber sind die Evaluationskriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit. Diese Elemente werden im Folgenden näher erläutert.

3.4.2 Evaluationskriterium Qualität

Gemäss den bundesrechtlichen Bestimmungen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG und Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV) zur Spitalplanung sind die Kantone verpflichtet, bei der Vergabe der Leistungsaufträge u. a. den Nachweis der notwendigen Qualität der Leistungserbringung zu überprüfen.

Im Rahmen der Spitalplanung werden entsprechende Qualitätsanforderungen auf verschiedenen Ebenen gestellt. Für alle Leistungserbringer gelten einerseits die generellen Anforderungen, die eine Vielzahl an Qualitätsanforderungen enthalten (vgl. Kapitel B 3.4.1).

Je nach Leistungsspektrum bzw. Leistungsgruppen müssen zudem bestimmte leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt werden. Diese sind in separaten Dokumenten je nach Fachbereich (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) festgehalten (vgl. Beilage zum Versorgungsbericht, zh.ch/spitalplanung2023). Mögliche leistungsspezifische Qualitätsanforderungen je Spitalplanungsleistungsgruppen betreffen z. B. Mindestfallzahlen je Spitalplanungsleistungsgruppe oder auch je Operateurin/Operateur, infrastrukturelle Vorgaben und Personalschlüssel und -qualifikationen.

Da eine Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen aufgrund fehlender oder inkonsistenter Messungen und Datenbanken derzeit nicht verlässlich möglich ist, wird in diesem Bereich auf die Selbstdeklaration der Bewerber abgestellt. Diese Informationen werden jedoch nach der Vergabe eines Leistungsauftrages stichprobenartig kontrolliert, z. B. mittels regelmässiger Audits.

Weiterführende Angaben zum Evaluationskriterium Qualität werden im methodischen Vorgehen der einzelnen Fachbereiche erläutert.

3.4.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Zudem müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden. Dies hält das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 06.05.2014 im Zusammenhang mit der Zürcher Spitalliste Akutsomatik 2012 fest (Verfahren C-6088/2011). Weiter stützt sich die Gesundheitsdirektion auf die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt.

Die Gesundheitsdirektion unterzieht deshalb alle Bewerberinnen und Bewerber einer vertieften Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Effizienz der Leistungserbringung sowie die wirtschaftliche Stabilität der Bewerber. Die Effizienz wird anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Spitälern vorgenommen. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität werden betriebswirtschaftliche Kennzahlen aus der Finanzbuchhaltung herangezogen. Ergänzend zu diesen Kennzahlen soll die Liquiditätsplanung Erkenntnisse zur finanziellen Stabilität der Bewerber liefern.

Weiterführende Informationen zum Konzept der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden in den fachbereichsspezifischen Teilen (vgl. Kapitel C 2.2.2, C 3.2.2 und C 4.2.2) vertieft erläutert.

3.4.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit von medizinischen Leistungen ist laut Bundesrecht neben dem Bedarf sowie der Qualität und Wirtschaftlichkeit eines der zentralen Kriterien der Spitalplanung. Gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV gewährleisten die Kantone allen Patientinnen und Patienten den Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist. Hilfsbedürftige Personen sollen demnach in angemessener Zeit Zugang zur richtigen Leistung am richtigen Ort haben. Dadurch wird Versorgungssicherheit gewährt.

Den bundesrechtlichen Vorgaben entsprechend wird die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen in erster Linie anhand der zeitlichen Erreichbarkeit der Behandlungsorte bemessen. Die Erreichbarkeit bildet die von einem festgelegten Standort (Wohn- oder Arbeitsort) aus innerhalb einer definierten Transportdistanz (Fahrzeit) erreichbaren Einrichtungen ab. Sie stellt somit ein objektivierbares Mass zur Beurteilung der Standortgunst einzelner Spitäler bzw. der kantonalen Versorgung dar. Berücksichtigt werden in erster Linie Selbststeinweisungen, nicht aber die Einsätze durch Rettungsdienste, da diese anders organisiert sind.

Bei der Evaluation der Erreichbarkeit stehen unterschiedliche Richtlinien je nach Art der Leistung im Vordergrund. So stellt ein akuter Notfall andere Anforderungen an die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen als ein im Voraus geplanter Eingriff. Ebenfalls bedarf es einer differenzierten Betrachtung zwischen den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

In den Kapiteln zur Methodik der einzelnen Versorgungsbereiche (vgl. Kapitel C 2.2.3, C 3.2.3 und C 4.2.3) wird das jeweilige Vorgehen ausführlich beschrieben.

3.5 Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023

Mit der Spitalplanung 2023 werden in den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation neue Spitallisten erstellt. Damit werden im Rahmen des Projektes Spitalplanung 2023 in allen drei Fachbereichen sämtliche Leistungsaufträge neu vergeben. Jeder Interessent darf und muss sich bewerben, eine Fortführung bestehender Listenplätze ist nicht möglich. Damit entspricht die Gesundheitsdirektion den bundesrechtlichen und den kantonalen Vorgaben im Sinne eines transparenten und strukturierten Verfahrens.

Der Gesundheitsdirektion ist es in der Spitalplanung 2023 einerseits ein Anliegen, für eine bedarfsgerechte und fokussierte Patientenversorgung in der Zukunft zu sorgen. Andererseits soll der unternehmerischen Freiheit der Leistungserbringer innerhalb eines klar definierten Rahmens Rechnung getragen werden. Aus diesem Grund wird den an einem Listenplatz interessierten Bewerbern Gelegenheit gegeben, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben. Damit erhalten die Leistungserbringer die Möglichkeit, sich – soweit zweckmässig – zu spezialisieren und sich auf ihre Stärken zu konzentrieren. Im Übrigen werden durch das Bewerbungsverfahren allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die gleichen Chancen eingeräumt.

Die Bewerbung selbst gliedert sich in zwei Etappen: das Bewerbungsverfahren und das Evaluationsverfahren. Ab dem 01.07.2021 sind interessierte Leistungserbringer eingeladen, sich innert zehn Wochen bis und mit 14.09.2021 (23.59 Uhr) bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich um einen Listenplatz auf der Spitallisten 2023 zu bewerben. Im Anschluss folgt das Evaluationsverfahren zwischen dem 15.09.2021 und dem 14.01.2022.

Abbildung B3: Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023



Quelle: Eigene Darstellung

Während die Gesundheitsdirektion für das Bewerbungsverfahren der Spitalplanung 2012 ein Bewerbungsformular nutzte, werden im Rahmen der Spitalplanung 2023 sämtliche Bewerbungsunterlagen in einer Online-Bewerbungsplattform entgegengenommen.

3.5.1 Bewerbungsverfahren

Mit Veröffentlichung dieses Versorgungsberichtes werden Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser über den formellen Start des Bewerbungsverfahrens am 01.07.2021 sowie über die Anforderungen des Kantons Zürich für die Vergabe eines Listenplatz informiert. Weiterführende Informationen zum Ablauf des Bewerbungsverfahrens werden zu gegebener Zeit auf der Website der Gesundheitsdirektion (zh.ch/spitalplanung2023) publiziert.

Jedes Spital – und damit auch jeder Spitalstandort – wird sich separat um einen Listenplatz bewerben müssen, unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen. Damit berücksichtigt der Kanton Zürich die Empfehlungen der GDK vom 25.05.2018 (vgl. Kapitel B 2.2).

Die Frist für die Einreichung der Bewerbungsunterlagen dauert gut zehn Wochen und endet am 14.09.2021, 23.59 Uhr.

Bewerbungsplattform Spitalplanung 2023

In einem ersten Schritt registrieren sich sämtliche interessierte Leistungserbringer über die Bewerbungsplattform, indem die administrativen Daten (z. B. Name der Institution, Adresse, BUR-Nr.) des Leistungserbringers erfasst werden. Zudem definiert jeder Leistungserbringer höchstens zwei Benutzer, die nachfolgend die Angaben im Bewerbungsprozess erfassen und bearbeiten können. Die anschliessende Freigabe mit Zustellung der Login-Daten erfolgt durch die Gesundheitsdirektion. Nach der Zustellung dieser Login-Daten können die Bewerberinnen und Bewerber mit dem Bewerbungsprozess starten.

Die Bewerbung erfolgt in drei Schritten und umfasst einen allgemeinen, vom Fachbereich unabhängigen Teil, einen leistungsspezifischen Teil, abhängig von der Auswahl des Versorgungsbereichs, sowie Angaben zur Wirtschaftlichkeit.

1. Generelle Anforderungen: Hierbei deklarieren und kommentieren die Bewerberinnen und Bewerber, ob sie die gestellten generellen Anforderungen bereits heute erfüllen, ab dem Jahr 2023 erfüllen werden oder nicht erfüllen.
2. Leistungsspezifische Anforderungen gemäss Auswahl des Versorgungsbereichs und der Spitalplanungsleistungsgruppen gemäss Leistungsgruppenmodell: Hierbei deklarieren und kommentieren die Bewerberinnen und Bewerber, ob sie die gestellten Anforderungen im Bereich Qualität, Personal, Infrastruktur sowie die leistungsspezifischen Anforderungen bereits heute erfüllen, ab dem Jahr 2023 erfüllen werden oder nicht erfüllen.
3. Weitere Anforderungen: Die Bewerberinnen und Bewerber deklarieren, dass sie die weiteren Anforderungen gemäss § 5 Abs. 1 SPFG erfüllen.
4. Erhebung der Daten zur Wirtschaftlichkeit: Die benötigten Finanzdaten unterscheiden sich dabei je nach Bewerbertyp (vgl. Kapitel C 2.2.2, C 3.2.2 und C 4.2.2).

Die Prüfung auf Vollständigkeit der Bewerbungsunterlagen erfolgt zum Teil bereits während des Eingabeprozesses, ein Fortschritt im Prozess ist nur mit Ausfüllen dezidierter Pflichtfelder möglich.

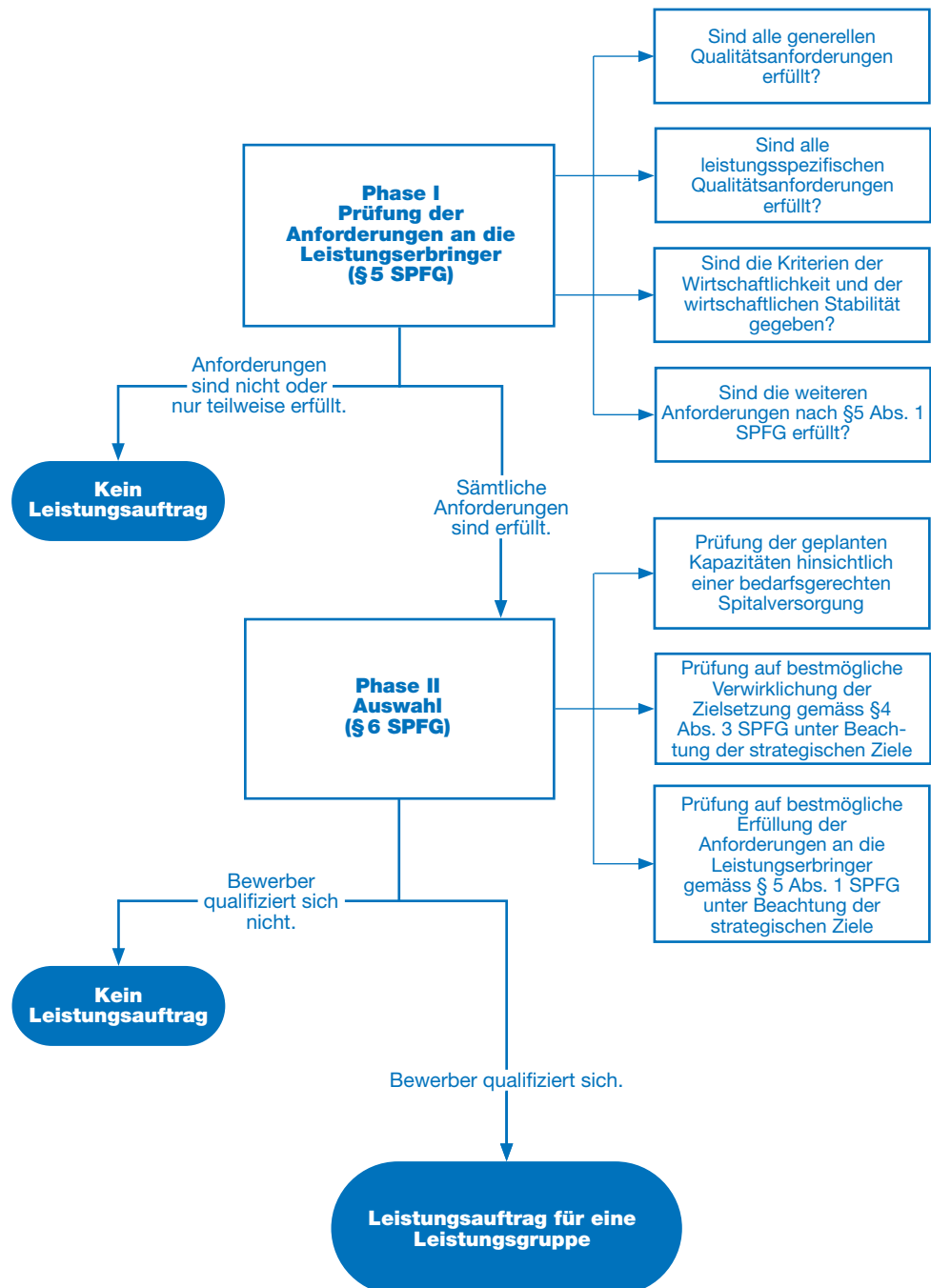
Abschliessend bestätigen die Leistungserbringer, die Bewerbung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Dafür müssen sämtliche Bewerberinnen und Bewerber die automatisch generierte Zusammenfassung prüfen und in einer von der Spitalleitung unterschriebenen Version hochladen. Erst danach kann die Bewerbung abgeschlossen und der Gesundheitsdirektion übermittelt werden. Den Bewerbenden wird eine vom System generierte Übermittlungsbestätigung zugestellt. Der Zeitstempel dieser Übermittlungsbestätigung ist entscheidend für die fristgerechte Einreichung der Bewerbungsunterlagen bis 14.09.2021, 23.59 Uhr.

Die Gesundheitsdirektion bestätigt den Bewerbenden den Eingang der Bewerbungsunterlagen und prüft die Bewerbungen im Anschluss auf Plausibilität. Gibt es dabei offene Punkte, kann die Gesundheitsdirektion die Bewerbung reaktivieren und teilt den Ansprechpersonen der Leistungserbringer mit, inwiefern die Bewerbungsunterlagen zu vervollständigen sind.

3.5.2 Evaluationsverfahren

Das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) ist die Grundlage für die Ausgestaltung des Evaluationsverfahrens der Spitalplanung 2023 (vgl. Kapitel B 2.1.3). Dieses regelt insbesondere die Voraussetzungen, die ein Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Leistungsauftrag zu qualifizieren. Die Bestimmungen zur Vergabe der Leistungsaufträge ergeben sich dabei hauptsächlich aus §§ 4–6 gemäss Vorlage 5637. Während § 4 die Planungsbereiche und -ziele festlegt, listet § 5 die Anforderungen an die Leistungserbringer auf und schliesslich hält § 6 fest, welche Kriterien bei der Vergabe von Leistungsaufträgen massgebend sind.

Abbildung B4: Prozessuales Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge



Quelle: Eigene Darstellung

Das prozessuale Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge gliedert sich folglich in zwei Phasen (vgl. Abbildung B 4):

Phase I

Hier wird geprüft, ob die Leistungserbringer die in §5 Abs. 1 SPFG genannten Voraussetzungen erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten oder innerhalb eines Planungszyklus zu behalten.

Erfüllt eine Bewerberin oder ein Bewerber die in Phase I genannten Anforderungen nur teilweise oder gar nicht, scheidet sie / er aus dem Verfahren aus und erhält keinen Leistungsauftrag. Leistungserbringer, welche sämtliche Anforderungen erfüllen, gelangen in Phase II des Evaluationsverfahrens. Dabei müssen sie sämtliche Anforderungen bestmöglich erfüllen, um einen Leistungsauftrag zu erhalten.

Phase II

Es steht Leistungserbringern in der ganzen Schweiz offen, sich um einen Spitallistenplatz zu bewerben. Leistungsaufträge werden unter den sich bewerbenden Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern denjenigen erteilt, die für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und die Zielvorgaben sowie die Anforderungen bestmöglich erfüllen (§6 SPFG). Dabei verweist lit. a auf eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. In lit. b wird auf die bestmögliche Verwirklichung der Zielvorgaben gemäss § 4 Abs. 3 SPFG verwiesen. Schliesslich bezieht sich lit. c auf die bestmögliche Erfüllung von § 5 Abs. 1 SPFG unter Beachtung der strategischen Ziele der Spitalplanung.

Bei der Entscheidung, ob sich eine Bewerberin oder ein Bewerber für einen Leistungsauftrag qualifiziert, wird auch unter Berücksichtigung der Erfüllung der Evaluationskriterien Zugänglichkeit (vgl. Kapitel B 3.4.4) und Wirtschaftlichkeit (vgl. Kapitel B 3.4.3) getroffen.

Auf Basis der eingegangenen Bewerbungen behält sich die Gesundheitsdirektion erneut vor, Gesprächen mit Vertretern der Leistungserbringer zu führen. Diese werden bei Bedarf im Zeitraum von Oktober 2021 bis Dezember 2021 stattfinden.

Strukturbericht und Spitallisten 2023

Die Evaluation der Bewerberinnen und Bewerber durch die Gesundheitsdirektion mündet in der Erstellung des Strukturberichts, welcher wiederum am 15.03.2022 in die öffentliche Vernehmlassung gehen wird. Der Strukturbericht enthält die provisorischen, in Versorgungsbereiche und Spitalplanungsleistungsgruppen gegliederten Spitallisten 2023 der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Der Regierungsrat erteilt den Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern letztlich Leistungsaufträge und setzt die Spitallisten 2023 je Versorgungsbereich fest. Er umschreibt den Inhalt der Leistungsgruppen und legt die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen insbesondere betreffend Infrastruktur, Personal, Qualität, Mindestfallzahlen usw. fest (§7 nAbs. 1 SPFG). Es folgt die Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) auf den 01.01.2023.

4. Koordination mit anderen Kantonen

Die vorliegende Planung erfolgt in erster Linie aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a KVV für die Einwohnerinnen und Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben.

Dies bedeutet aber nicht, dass die Zürcher Spitalplanung 2023 isoliert, ohne Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten sowie Spitalplanungen anderer Kantone, stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 findet ein reger Austausch mit anderen Kantonen statt. Zum einen ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in verschiedenen Arbeitsgruppen der Gesundheitsdirektorenkonferenz tätig. Diese Arbeitsgruppen setzen sich mit den gesamtschweizerischen und interkantonalen Fragestellungen der Spitalplanung und Spitalfinanzierung auseinander. Zum anderen besteht mit der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern eine interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarung in der Spitalplanung. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit findet ein intensiver Austausch über methodische Fragen der Spitalplanung statt. Ausserdem wurden gewisse Expertengutachten gemeinsam vergeben. Ein enger Austausch und teilweise gemeinsame Projekte bestehen auch mit den Ostschweizer Kantonen.

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV wird zudem eine Koordination der Planung mit den anderen Kantonen verlangt. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die interkantonalen Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im vorliegenden Versorgungsbericht wurden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung von Patientinnen und Patienten in den Kanton Zürich sowie die Abwanderung aus dem Kanton Zürich, berücksichtigt.

Der interkantonale Austausch im Sinne einer überregionalen Planung soll über die Spitalplanung 2023 hinaus intensiviert werden. Dies soll über die aktuelle Berücksichtigung eines Wanderungssaldos auf Ebene der Patientinnen und Patienten je Spitalplanungsleistungsgruppe hinausgehen. Es gilt, weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit bis hin zur künftigen gemeinsamen Planung zu prüfen.

5. Struktur des Versorgungsberichtes

Nachfolgend wird zuerst das methodische Vorgehen in der Datenaufbereitung und der Prognose des akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Leistungsbedarfs beschrieben (Kapitel C). In den anschliessenden Kapiteln (D, E und F) werden die bisherige Nachfrage sowie die Ergebnisse der Bedarfsprognose der drei Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation dargestellt. Es folgt der Ausblick (Kapitel G). Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang, der unter anderem ein Glossar und Details des methodischen Vorgehens enthält (Kapitel H).

In einem separaten Dokument steht eine Beilage zum Versorgungsbericht zur Verfügung (zh.ch/spitalplanung2023), die Ergänzungen zur Spitalliste sowie sämtliche referenzierte Dokumente aus dem Versorgungsbericht einschliesst.



Methodik

- 1 Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen**
- 2 Methodik Akutsomatik**
- 3 Methodik Psychiatrie**
- 4 Methodik Rehabilitation**

1. Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen

1.1 Datenquellen

Zur Berechnung der Bedarfsprognose wird die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie die Bevölkerungsprognose 2020 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich verwendet.

Die Medizinische Statistik des BFS wird jährlich durch die Kantone erhoben. Sie enthält alle stationären Fälle eines Datenjahres. Ein Fall entspricht dabei einem stationären Aufenthalt in einem Spital, wobei bei Wiedereintritten die Fallzusammenführungsregeln des geltenden Tarifsystems (SwissDRG, TARPSY) angewendet werden. Ein Fall entspricht nicht einer Person, da eine Person mehrere statistische Fälle haben kann. Betrachtet werden nur die Austritte, weil die Fälle erst nach dem Austritt fertig codiert werden können. Dies ist jedoch Voraussetzung für die Zuteilung auf die Leistungsgruppen und die Verwendung in der Bedarfsprognose. Im Rahmen dieses Berichtes werden aus sprachlichen Gründen die Begriffe Austritt, Fall und Patientin oder Patient verwendet. Gemeint ist aber immer ein Austritt.

Für die Zuteilung der Fälle zu einem Versorgungsbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) zieht die Gesundheitsdirektion ausserdem die Krankenhausstatistik des BFS hinzu (vgl. Kapitel C 1.2).

Das Statistische Amt des Kantons Zürich berechnet jedes Jahr eine Bevölkerungsprognose für den Kanton Zürich. Der aktuelle Prognoselauf 2020 reicht bis ins Jahr 2050 und wurde mit den aktualisierten Bevölkerungsszenarien des BFS für die Jahre 2020 bis 2050 abgestimmt.¹ Für die Berechnung der schweizweiten Hospitalisierungsraten wird zudem die Bevölkerungsstatistik STATPOP des BFS verwendet.²

1.2 Generierung der Datensätze

Zur Berechnung der Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion die zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes neuesten verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik. Dies sind die Daten des Jahres 2019 für Spitäler im Kanton Zürich und die Daten des Jahres 2018 für ausserkantonale Spitäler. Das Abstützen auf die aktuellsten Daten entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.³ Es werden für die Bedarfsprognose nur die stationären Fälle berücksichtigt.

Die Zuteilung der Fälle zu den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wird ab Daten 2019 über die Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung der Medizinischen Statistik gemacht. Diese Variable wurde auf das Jahr 2018 erweitert, damit alle stationär angewendeten Tarife erfasst werden können. Während im Jahr 2018 die Erfassung der erweiterten Merkmale noch freiwillig war, wurde diese für das Jahr 2019 obligatorisch, weshalb sich die Gesundheitsdirektion bei der Zuteilung der Fälle 2019 in erster Linie darauf abstützt. Für die nicht eindeutigen Ausprägungen kommt eine subsidiäre Fallzuteilung zur Anwendung. Abbildung C1 enthält die Zuteilungslogik:

Abbildung C1: Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019

Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung	Bereich
1 SwissDRG	Akutsomatik
2 Andere Tarife Akutsomatik	Akutsomatik
3 ST Reha	Rehabilitation
4 Andere Tarife stationäre Reha	Rehabilitation
5 TARPSY	Psychiatrie
6 Andere Tarife stationäre Psychiatrie	Psychiatrie
7 Pflgetaxe	Gemäss subsidiärer Fallzuteilungslogik
0 unbekannt	Gemäss subsidiärer Fallzuteilungslogik

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Fälle des Jahres 2018 sowie Fälle, die anhand der Variable Tarif für die Abrechnung nicht zuteilbar sind, wird die nachfolgend abgebildete Fallzuteilungslogik verwendet (vgl. Abbildung C2).

¹ https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige_entwicklung.html

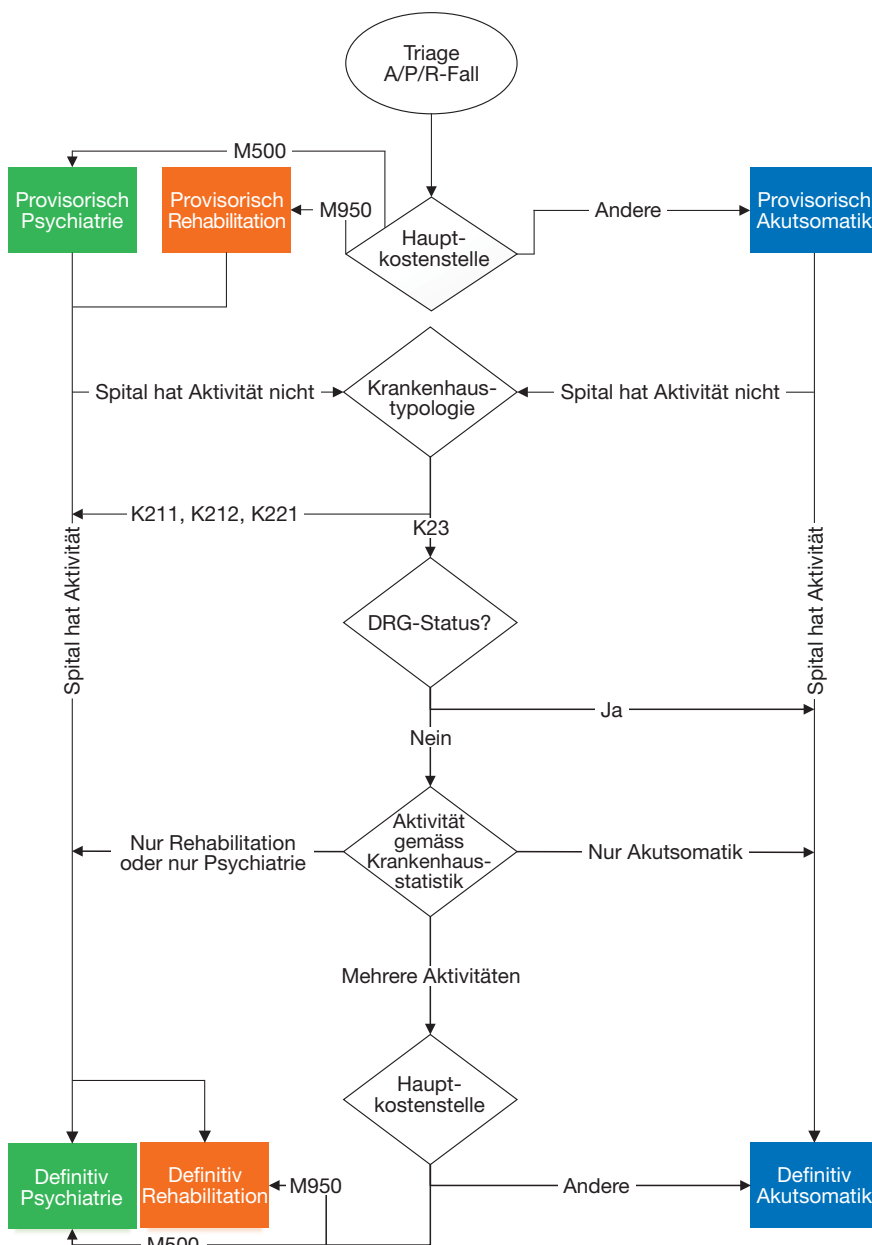
² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

³ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>

Die Fallzuteilung wird wie folgt vorgenommen:

1. Jeder Fall wird anhand der Hauptkostenstelle provisorisch einem Bereich zugewiesen. Fälle mit der Hauptkostenstelle M500 werden der Psychiatrie zugewiesen und Fälle mit der Hauptkostenstelle M950 der Rehabilitation. Alle anderen Fälle werden dem Bereich Akutsomatik zugewiesen.
2. Es wird geprüft, ob die Zuteilung mit der Aktivität eines Spitals gemäss der Krankenhausstatistik (Variable A.11.01.03) übereinstimmt. Ein Spital mit einem Fall mit der Hauptkostenstelle M500 muss die Aktivität Psychiatrie haben, ein Spital mit einem Fall mit der Hauptkostenstelle M950 die Aktivität Rehabilitation. Bei allen anderen Hauptkostenstellen muss die Aktivität Akutsomatik vorhanden sein. Stimmt dies überein, wird der Fall definitiv dem Bereich zugeteilt.
3. Stimmt dies nicht überein, wird im nächsten Schritt geprüft, ob ein Spital anhand der Krankenhaustypologie eindeutig einem Bereich zugewiesen werden kann. Wenn ja, wird der Fall diesem Bereich zugeteilt.
4. Wenn nein, wird geprüft, ob der Fall in der Variable 4.8.V01 der Medizinischen Statistik die Ausprägung 1 = SwissDRG hat. Wenn ja, wird er dem Bereich Akutsomatik zugeteilt.
5. Wenn nein, wird als Nächstes wiederum die Aktivität des Spitals betrachtet. Verfügt das Spital nur über eine Aktivität, wird der Fall diesem Bereich zugeteilt.
6. Wenn nach diesen Schritten eine eindeutige Zuteilung nicht möglich ist, wird der Fall abschliessend anhand der Hauptkostenstelle einem Versorgungsbereich zugeteilt.

Abbildung C2: Subsidiäre Fallzuteilungslogik



Quelle: Eigene Darstellung

Wie erwähnt wird diese Fallzuteilung nur für die ausserkantonalen Daten 2018 sowie für wenige anhand des Abrechnungstarifs nicht zuteilbare Fälle 2019 verwendet. Für die Prognose werden alle Austritte (Medizinische Statistik Variable 0.2.V02 = A) mit Wohnkanton Zürich betrachtet. Die Gesundheitsdirektion erhebt den Wohnkanton als zusätzliche Variable, die in der Medizinischen Statistik (MS) nicht enthalten ist. Bei den Daten der ausserkantonalen Spitäler wird der Wohnkanton anhand der MS-Region bestimmt. Die Zuteilung der Fälle auf die Wohnregion innerhalb des Kantons Zürich wird anhand der Variable 1.1.V04 Wohnort der Medizinischen Statistik gemacht. Fälle mit Wohnkanton Zürich, aber einem Wohnort ausserhalb des Kantons Zürich werden aus der Prognose ausgeschlossen, weil diese keiner Wohnregion zugeteilt werden können. Zudem ist fraglich, ob es sich dabei tatsächlich um Zürcher Patientinnen und Patienten handelt. Dies sind in allen drei Versorgungsbereichen anteilmässig nur sehr wenige Fälle.

1.3 Darstellungsebenen

Die medizinischen Leistungen werden in diesem Bericht auf den folgenden Ebenen dargestellt:

Leistungsbereiche: Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) bilden die Basis für die Darstellung der medizinischen Leistungen. Alle Berechnungen erfolgen auf Ebene der SPLG. Eine Darstellung der Resultate auf Ebene der einzelnen SPLG ist aufgrund der hohen Anzahl der Gruppen vor allem in der Akutsomatik sehr unübersichtlich. Deshalb werden die Resultate auf Ebene der SPLB ausgewiesen (z. B. Leistungsbereich Dermatologie anstelle der vier Leistungsgruppen DER1, DER1.1, DER1.2 und DER2).

Altersgruppen: Die Prognose in der Akutsomatik wird pro Altersjahr (1-Jahres-Gruppen) berechnet. In der Psychiatrie und der Rehabilitation erfolgt die Berechnung aufgrund der viel tieferen Fallzahlen pro Altersgruppe. Die Resultate der Prognose werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur pro Altersgruppe ausgewiesen, wobei für jeden Versorgungsbereich eine andere Altersgruppierung verwendet wird.

Wohnregionen: Zur Darstellung werden die einzelnen Zürcher Gemeinden in Wohnregionen zusammengefasst. In der Akutsomatik und Rehabilitation werden folgende acht Wohnregionen verwendet: Zürich, Winterthur, Unterland, Limmattal, Linkes Seeufer, Rechtes Seeufer, Oberes Glattal und Oberland. In der Psychiatrie werden dagegen vier Wohnregionen unterschieden: Horgen–Affoltern, Winterthur – Zürcher Unterland, Zürich, Zürcher Oberland. Diese Regionen haben sich für regionsspezifische Analysen bewährt. Für die geografische Einteilung relevant ist dabei die Erreichbarkeit. Die Analyse der Zugänglichkeit im Rahmen der Spitalplanung wird jedoch unabhängig von dieser Zuteilung gemacht. Die Wohnregionen sind in nachfolgender Abbildung C3 abgebildet.

Abbildung C3: Wohnregionen Akutsomatik/Rehabilitation und Psychiatrie

Wohnregionen Akutsomatik/Rehabilitation

Wohnregionen Psychiatrie



Quelle: Eigene Darstellung

1.4 Datenqualität und Datenkonsistenz

Die Daten der Medizinischen Statistik werden von den Spitälern erhoben. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Daten der Zürcher Spitäler werden von der Gesundheitsdirektion jedoch intensiv plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, das die Daten teilweise nochmals plausibilisiert. Zudem überprüft die Gesundheitsdirektion regelmässig die Codierpraxis der meisten Listenspitäler im Kanton Zürich. Dank diesen Massnahmen hat sich die Datenqualität der Zürcher Spitäler laufend verbessert und ist mittlerweile auf einem guten Niveau. Allerdings ist die Datenqualität auch vom einzelnen Versorgungsbereich abhängig. In jenen Versorgungsbereichen, in denen ein nationales Tarifsystem zur Anwendung kommt (SwissDRG, TARPSY), ist die Datenqualität vor allem in Bezug auf die Codierung der Diagnosen und Behandlungen besser. In der Rehabilitation, in der ein solches Tarifsystem (ST Reha) erst auf den 01.01.2022 eingeführt wird, werden die Diagnosen und Behandlungen weniger umfassend codiert, was damit zusammenhängt, dass diese für die Abrechnung nicht relevant sind. Es sind aber keine Probleme mit der Datenqualität bekannt, welche die Resultate der Bedarfsprognose infrage stellen würden. Es gibt allerdings sowohl in der Rehabilitation als auch in der Psychiatrie wenige Fälle, die aufgrund ihrer Codierung keiner Leistungsgruppe zugeordnet werden können. Dies kann bei einer fehlerhaften Codierung oder einer aussergewöhnlichen Behandlungs-/Diagnosekonstellation der Fall sein. Diese Fälle werden in einer separaten Gruppe «Nicht zuteilbar» ausgewiesen. Diese Gruppe wird im Rahmen der Prognose gleich behandelt wie die anderen Spitalplanungsleistungsbereiche und transparent ausgewiesen. Aufgrund der geringen Zahl dieser Fälle, haben sie auf die Prognose keinen relevanten Einfluss.

Des Weiteren hängt die Konsistenz der Daten davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. Die Definition der Variablen der Medizinischen Statistik ist seit 2012 relativ stabil. Der Katalog mit den Behandlungscodes (CHOP) wie auch die Gruppierungslogik des SPLG Groupers werden jedoch jährlich weiterentwickelt. Zudem gab es Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung der nationalen Tarifsysteme SwissDRG und TARPSY:

- Einführung von SwissDRG per 01.01.2012 und von TARPSY per 01.01.2018

Durch die Einführung von SwissDRG gilt in der Akutsomatik seit 01.01.2012 die schweizweit einheitliche neue Falldefinition gemäss SwissDRG. Erfolgt nach einem Austritt innerhalb von 18 Kalendertagen eine Wiederaufnahme in dasselbe Spital und fallen beide Fälle in dieselbe MDC («Major Diagnostic Category»), werden die Fälle zusammengeführt. Vor 2012 waren dies zwei separate Fälle. Auf den 01.01.2018 wurde in der Psychiatrie das neue Tarifsystem TARPSY eingeführt, das identische Fallzusammenführungsregeln enthält. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern der akutsomatischen Fälle vor und ab 2012 sowie der psychiatrischen Fälle vor und ab 2018 sind deshalb ohne eine entsprechende Korrektur nicht vergleichbar.

- Codierung und Entwicklung der Leistungsgruppen

Das Bundesamt für Statistik (BFS) gibt den Spitälern jedes Jahr unter anderem die Katalogversion für die Codierung der Diagnosen (ICD) und der Behandlungen (CHOP) vor. Insbesondere die Codes der Behandlungen (CHOP) werden regelmässig angepasst. Die Definition der SPLG in der Akutsomatik wird ebenso jährlich überarbeitet, einerseits um neue Entwicklungen abzubilden, andererseits um den Ansprüchen einer genaueren Definition zu genügen.

In der Psychiatrie und der Rehabilitation werden für die Spitalplanung 2023 komplett überarbeitete Leistungsgruppen verwendet. Eine Überführung der bisherigen Leistungsgruppen in die neuen Leistungsgruppen ist nicht möglich. Zudem ist auch die Gruppierung vergangener Jahre mit den neuen Leistungsgruppen problematisch, da unter Umständen für die Gruppierung benötigte Variablen oder Codes noch nicht existierten.

Die Konsistenz der Daten im Zeitvergleich ist durch die Veränderungen in den Falldefinitionen und die verschiedenen Katalog- und Grouperversionen infrage gestellt. Je detaillierter die Daten verglichen werden, desto grösser wird das Konsistenzproblem. Die Gesundheitsdirektion vergleicht die medizinischen Leistungen über die Jahre deshalb nur auf hoher Aggregationsstufe und interpretiert allfällige Trends vorsichtig bzw. hinterfragt diese kritisch.

1.5 Grundsätze der Bedarfsprognose

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Wahl der Prognosetechnik und des Prognosezeitraums diskutiert und das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2032 beschrieben.

1.5.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion ist ein Status-quo-Modell, das über die Hospitalisierungsraten den zukünftigen Bedarf berechnet. Gemäss Grundannahme bleiben diese unverändert, es sei denn, es sind Veränderungen absehbar und deren Effekt kann bestimmt werden. Sofern dies der Fall ist, fliessen die Veränderungen als Einflussfaktoren ins Modell ein. Die Vorteile eines solchen Modells sind:

- Das Modell ist transparent und nachvollziehbar und erfüllt damit die Vorgabe von Art. 58b Abs. 1 KVV, wonach die Bedarfsermittlung in nachvollziehbaren Schritten zu erfolgen hat. Alle Einflussfaktoren, die im Modell auf die zukünftigen Hospitalisierungsraten und somit auf die Anzahl Fälle und Pflegetage wirken, werden explizit benannt und die Operationalisierung wird erklärt.
- Das Modell schätzt eher konservativ und ist relativ stark durch die demografische Entwicklung beeinflusst. Dies hat den Vorteil, dass das Modell nicht zu stark auf kurzfristige Trends oder unsichere zukünftige Entwicklungen reagiert. Die Kehrseite davon besteht in einem gewissen Risiko, Entwicklungen zu unterschätzen.
- Das Modell benötigt keine mehrjährigen Zeitreihen, sondern rechnet ausgehend vom letzten Datenjahr. Dies ist wichtig, weil auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen aufgrund der sich verändernden Codierung und Gruppierung der Fälle keine sauberen Zeitreihen vorhanden sind. In der Psychiatrie und Rehabilitation können die alten Leistungsgruppen nicht in die neuen Leistungsgruppen «übersetzt» werden. Zudem ist es nicht immer möglich, vergangene Jahre mit der neuen Leistungsgruppenlogik zu gruppieren, da die für die Gruppierung benötigten Angaben (z.B. Behandlungscodes) noch nicht existierten oder nicht erfasst wurden.

In anderen Themengebieten werden Prognosen anhand einer Fortschreibung der vergangenen Entwicklung mittels einer Trendfortschreibung oder einem Zeitreihenmodell gemacht. Dieses Vorgehen bringt für eine Bedarfsprognose, wie sie in diesem Bericht beschrieben wird, gewichtige Probleme mit sich, die in der Folge kurz angesprochen werden:

- In einer Trendfortschreibung oder einem Zeitreihenmodell fliessen die über die letzten Jahre beobachteten Trends sowie mögliche unerklärte Muster in der Zeitreihe ins Modell mit ein. Damit ein solches Modell plausible Ergebnisse liefert, sind stabile Zeitreihen notwendig. Wie oben erwähnt sind solche auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen oftmals nicht vorhanden, weil die Leistungsgruppensystematik und die dahinterstehenden Codes konsequent weiterentwickelt werden. Zudem muss die Bedarfsprognose einen langen Zeitraum bis ins Jahr 2032 vorhersagen. Ein zumindest in gewissem Masse vergleichbares Leistungsgruppenmodell wird aber erst seit 2012 verwendet. Die Zeitreihe geht damit nicht genügend weit in die Vergangenheit, um daraus sinnvoll die Entwicklung bis ins Jahr 2032 zu schätzen.
- Oftmals ist der Grund für die Entwicklung innerhalb einer Leistungsgruppe unklar. Prozesse in der Zeitreihe, für die es keine kausale Erklärung gibt, in ein langfristiges Prognosemodell einzubauen, ist sehr heikel. Es kann demzufolge nicht abgeschätzt werden, ob ein Effekt über die nächsten 13 Jahre ähnlich stark sein wird. Zudem beeinträchtigt dies die Transparenz des Modells und erschwert die Nachvollziehbarkeit der Resultate.

Die Anwendung von Zeitreihenmodellen kann für einen kürzeren Prognosezeitraum von einigen Monaten oder wenigen Jahren vorteilhaft sein, weil sie die bisherige Entwicklung besser berücksichtigen als ein Status-quo-Modell. Für eine langfristige Prognose wie die vorliegende Bedarfsprognose überwiegen allerdings die oben beschriebenen Nachteile. Aus diesen Gründen wird auch von anderen Kantonen sowie dem Obsan ein Status-quo-Modell berechnet, das von der grundlegenden Logik identisch ist mit dem Modell der Gesundheitsdirektion. Es ist der Gesundheitsdirektion im Bereich der Bedarfsprognose für die Spitalplanung kein Modell bekannt, das auf einem Zeitreihenmodell basiert.

Zum Prognosemodell der Akutsomatik fand am 10.04.2019 ein Workshop mit dem Winterturer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften statt. Im entsprechenden Bericht kommen die teilnehmenden Mitarbeitenden des WIG zum Schluss, dass das Modell die wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt und dazu geeignet ist, die Fallzahlen zu prognostizieren. Der Bericht enthält darüber hinaus eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Modells. Die Gesundheitsdirektion hat diese wo möglich berücksichtigt. Insbesondere weisen die Autorin und die Autoren auf weitere spitalexterne Faktoren wie das Patientenverhalten hin, die einen grossen Effekt auf die Entwicklung der stationären Fallzahlen haben. Wie die Teilnehmenden des WIG selber schreiben, gibt es dazu jedoch keine Datengrundlage, die eine Berücksichtigung im Modell erlauben würde.

Bei der Wahl des Prognosezeitraums ist es einerseits wünschenswert, den zukünftigen Bedarf möglichst weit voraus einschätzen zu können. Andererseits nimmt die Genauigkeit der Prognose mit zunehmender Prognosedauer ab. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2032 und damit ein Prognosezeitraum von etwas mehr als zehn Jahren gewählt. Damit deckt die Bedarfsprognose die gesamte Laufzeit der Spitalplanung 2023 ab. Da mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Ausgangsjahr die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung zunimmt, wird ebenso die Unsicherheit in der Prognose grösser.

Um die Unsicherheit der Prognose transparent zu machen, werden drei Szenarien berechnet. Das Hauptszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung bis ins Jahr 2032 dar. Im Maximalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist. Im Minimalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist. Der Bereich zwischen Minimal- und Maximalszenario ist als wahrscheinlich zu betrachten, wobei das Hauptszenario die wahrscheinlichste Entwicklung abbildet.

1.5.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

In diesem Kapitel werden zuerst das Prognosemodell als Ganzes und anschliessend die einzelnen Einflussfaktoren beschrieben.

Das Prognosemodell umfasst drei Schritte. Im ersten Schritt wird die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert und es werden die Hospitalisierungsraten im neusten verfügbaren Datenjahr berechnet. In einem zweiten Schritt wird untersucht, welche Faktoren den Bedarf an stationären Leistungen beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wird in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Zürcher Wohnbevölkerung prognostiziert, basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der untersuchten Einflussfaktoren.

Als primäres Resultat berechnet die Prognose die Zahl der Austritte im Jahr 2032. Zusätzlich werden die Pflagestage prognostiziert. Zur Berechnung der Pflagestage werden die Aufenthaltsdauern der Austritte addiert. Üblicherweise werden die Pflagestage nach Zeitrechnung ausgewiesen. Es werden somit alle Pflagestage innerhalb eines Jahres gezählt. In der Bedarfsprognose ist dies nicht möglich, da nur die Austritte innerhalb eines Jahres berücksichtigt werden. Noch nicht ausgetretene Fälle (Überlieger) sind in der Regel nicht abschliessend codiert und können deshalb auch keinen Leistungsgruppen zugeteilt werden. Mit Blick auf die Bedarfsprognose bedeuten Pflagestage deshalb immer die kumulierte Aufenthaltsdauer der Austritte. Die Pflagestage sind als sekundärer Output der Prognose zu verstehen, der hilft, die Angaben der Spitäler zu plausibilisieren. Die Vergabe der Leistungsaufträge wird aber in allen drei Bereichen basierend auf den Leistungen (Fälle) und nicht basierend auf den Kapazitäten (Pflagestage) vorgenommen.

Das Prognosemodell geht von den folgenden zentralen Annahmen aus:

Alters-, leistungsgruppen- und wohnregionsspezifische Hospitalisierungsraten

Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern hängen neben dem Alter und der Leistungsgruppe auch von der Wohnregion ab. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden deshalb alters-, wohnregions- und SPLG-spezifisch berechnet. Damit berücksichtigt die Prognose allfällige regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

Für die Berechnung der Angleichung der Zürcher Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern an die Schweizer Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern in der Akutsomatik wird hingegen nicht nach Wohnregionen unterschieden (vgl. Kapitel D 1.3.2). Damit wird verhindert, dass die Stärke der Angleichung an Schweizer Durchschnitte basierend auf sehr kleinen Fallzahlen berechnet wird.

Aus dem gleichen Grund wird die Prognose in der Rehabilitation und Psychiatrie basierend auf Altersklassen anstelle des genauen Alters berechnet. Die Fallzahlen sind in vielen SPLG sehr klein, wenn nach Leistungsgruppe, Wohnregion und Alter differenziert wird.

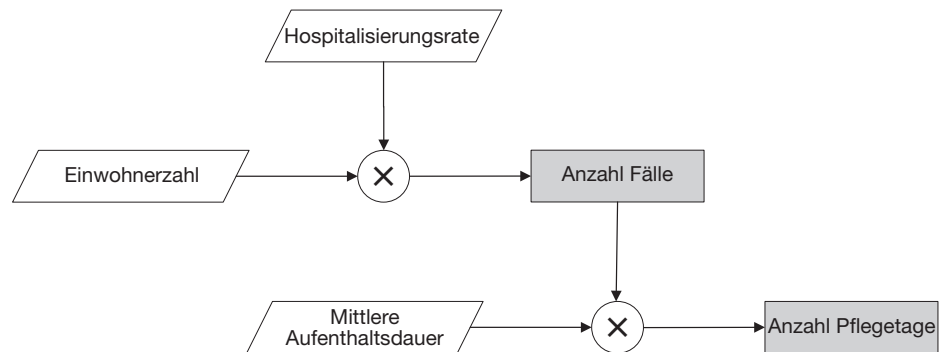
Überversorgung und Unterversorgung

In der Akutsomatik enthält die Prognose die Annahme, dass es im Kanton Zürich eine Überversorgung geben kann, aber keine Unterversorgung. Es gibt keine Anzeichen einer Unterversorgung, wie z. B. lange Wartezeiten auf einen Eingriff. Währenddem Überversorgung immer wieder auch öffentlich in den Medien diskutiert wird, findet eine Diskussion zu Unterversorgung nicht statt, was ein weiteres Indiz dafür ist, dass Unterversorgung im Akutbereich kein Problem darstellt. Deshalb wird in der Akutsomatik der Bedarf nicht mit der beobachteten Nachfrage gleichgesetzt, sondern in der Prognose für gewisse Leistungsgruppen nach unten korrigiert.

In der Rehabilitation und der Psychiatrie gilt grundsätzlich die Annahme, dass die aktuelle Nachfrage dem Bedarf entspricht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der geriatrischen Rehabilitation besteht gegenwärtig allerdings eine Unterversorgung. In der Berechnung der Prognose werden deshalb die entsprechenden Hospitalisierungsraten korrigiert. Die Fallzahlen und Pflegetage werden durch die drei Bedarfsdeterminanten Einwohnerzahl, Hospitalisierungsrate und Mittlere Aufenthaltsdauer bestimmt. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Fallzahlen im Jahr 2032 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2032 entwickelt und wie häufig die Zürcherinnen und Zürcher im Spital behandelt werden (Hospitalisierungsrate). Die Pflegetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Anzahl Fälle im Jahr 2032 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisierungsrate im Jahr 2032 und für die Ermittlung der Pflegetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung C4).

Abbildung C4: Herleitung der Fallzahlen und Pflegetage

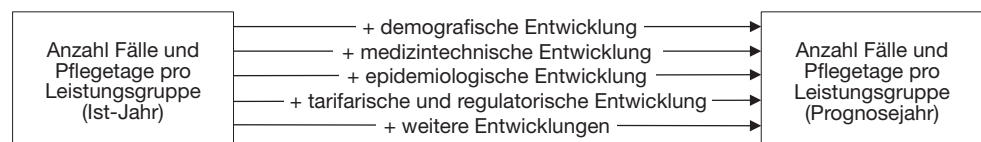


Quelle: Eigene Darstellung

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. In der vorliegenden Bedarfsprognose verwenden wir die Bevölkerungsprognose 2020 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst (vgl. Abbildung C5):

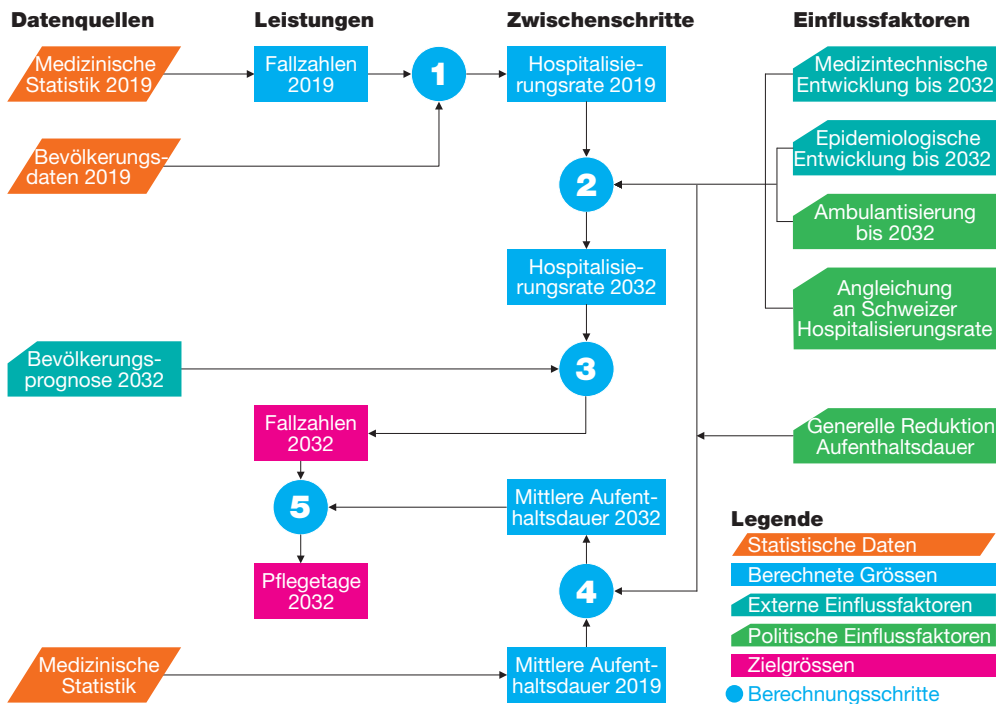
- Die Hospitalisierungsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Anreize und regulatorische Vorgaben eine Rolle. Ob beispielsweise eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, wird auch von der Höhe der Vergütung und von regulatorischen Vorgaben (Stichwort «Ambulant vor Stationär») beeinflusst.
- Die Aufenthaltsdauer wird neben der medizintechnischen Entwicklung auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie z. B. Anreizen, die von der Tarifstruktur gesetzt werden, beeinflusst.
- Im Übrigen üben verschiedene weitere, insbesondere nur schwer quantifizierbare, gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf im Jahr 2032 aus.

Abbildung C5: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung C6). Die Funktionsweise wird am Beispiel des Prognosemodells für die Akutsomatik beschrieben. Sie ist aber für alle drei Modelle identisch. Die drei Modelle unterscheiden sich jedoch in den berücksichtigten Einflussfaktoren.

Abbildung C6: Prognosemodell der Akutsomatik

Quelle: Eigene Darstellung

Die Prognose der Patientenzahlen und Pflegetage 2032 erfolgt in den folgenden fünf Schritten:

1. Die Hospitalisierungsraten der Zürcher Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 (mit den ausserkantonalen Daten 2018) werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisierungsraten je nach Leistungsgruppe stark unterscheiden, werden diese pro SPLG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate. In der Akutsomatik wird diese deshalb nach Alter berechnet. In der Psychiatrie und Rehabilitation, wo weniger Fälle verfügbar sind, werden die Hospitalisierungsraten pro Altersklasse berechnet. Zudem werden die Hospitalisierungsraten auch pro Wohnregion berechnet.
2. Basierend auf diesen SPLG-, alters- und wohnregionsspezifischen Hospitalisierungsraten 2019 werden die Hospitalisierungsraten 2032 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie weiterer Einflussfaktoren berechnet. Dabei gilt:

$$H_{t+1} = H_t + H_t \cdot E_1 + H_t \cdot E_2 + H_t \cdot E_3 \text{ usw.}$$
wobei H_t die Hospitalisierungsrate im Jahr t und E_x den x -ten Einflussfaktor bezeichnet.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2032 werden die Hospitalisierungsraten 2032 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Wohnregionen des Kantons Zürich multipliziert. Die Anzahl Fälle wird dabei nicht nur durch das Bevölkerungswachstum, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.
4. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2019 werden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2032 unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren berechnet. Die Aufenthaltsdauern werden ebenfalls pro Alter oder Altersklasse, Wohnregion sowie Leistungsgruppe differenziert berechnet.
5. Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2032 werden die Fallzahlen 2032 mit den entsprechenden erwarteten mittleren Aufenthaltsdauern multipliziert.

In der Folge werden die einzelnen Einflussfaktoren beschrieben, die in den Prognosemodellen für alle drei Versorgungsbereiche berücksichtigt werden. Einflussfaktoren, die nur in einem Versorgungsbereich eine Rolle spielen, werden im entsprechenden Kapitel beschrieben. Damit ein Einflussfaktor berücksichtigt werden kann, müssen die folgenden zwei Bedingungen erfüllt sein:

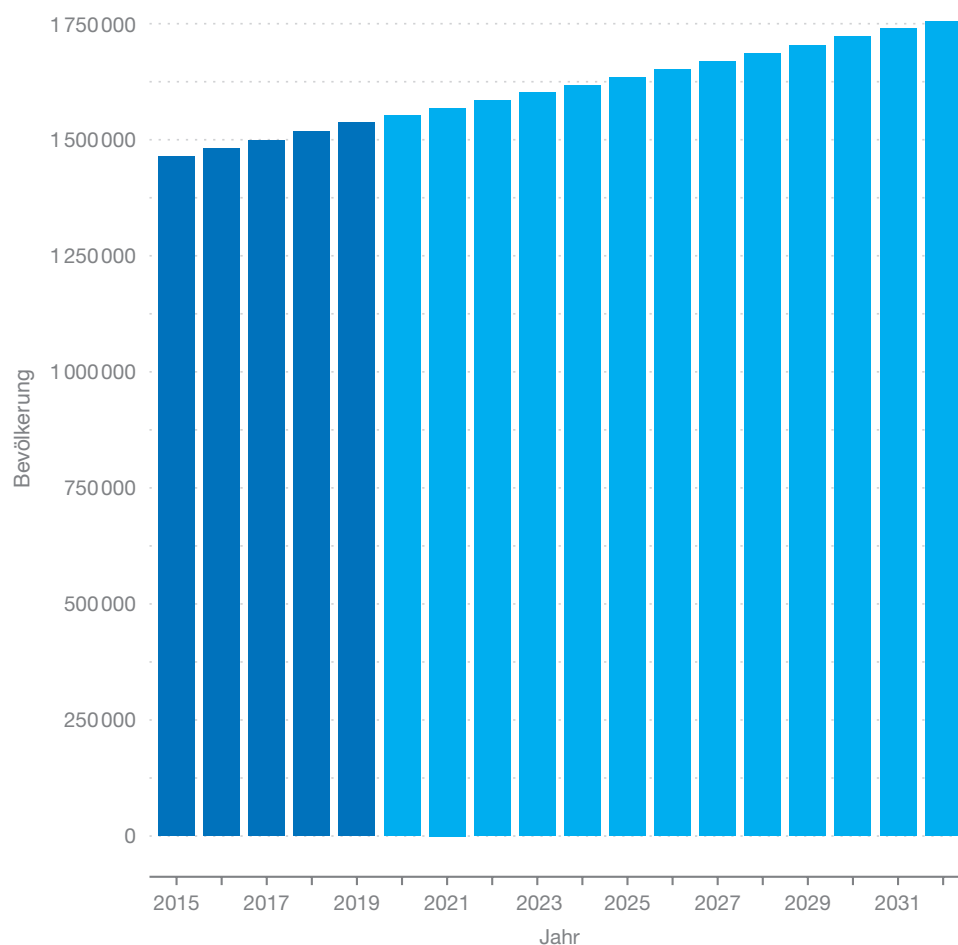
1. Die Entwicklung eines Faktors bis 2032 muss (möglichst genau) geschätzt werden können.
 2. Der Effekt dieser Entwicklung auf die stationären Fallzahlen muss quantifizierbar sein.
- Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil C-325/2010 vom 07.06.2012 in Ziffer 5.2.1 festgehalten, dass Prognosen zur demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung in der Bedarfsabschätzung berücksichtigt werden müssen. Diese drei Einflussfaktoren werden deshalb in allen drei Bereichen berücksichtigt.

Demografische Entwicklung

Zur Abbildung der demografischen Entwicklung wird die neuste Bevölkerungsprognose «Trend ZH 2020» des Statistischen Amtes verwendet. Die Bevölkerungsprognose 2020 basiert auf den Bevölkerungsdaten des Jahres 2019. Das Bevölkerungsprognosemodell des Statistischen Amtes ist ein Modell, das ausgehend von einem Ausgangsbestand (Bevölkerungszahl Ende 2019) aufgrund der natürlichen Bewegungen (Geburten, Sterbefälle) und Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) Jahr für Jahr die Bevölkerung fortschreibt.

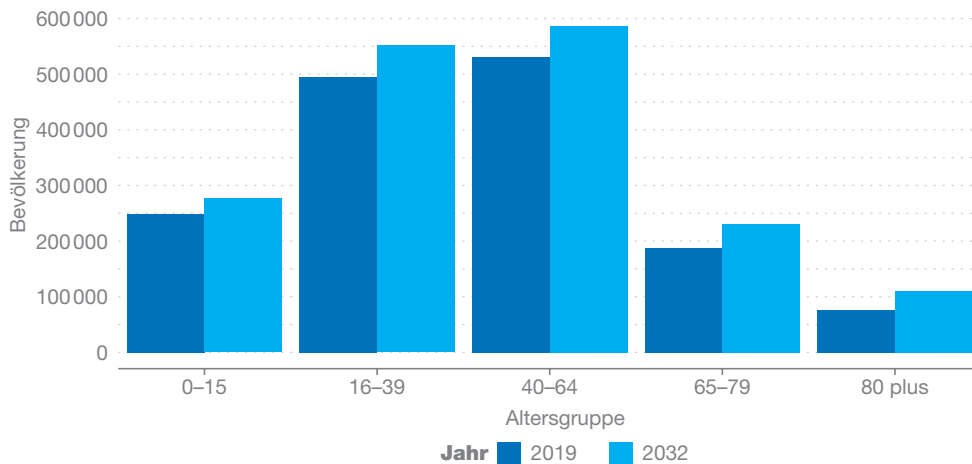
Die Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die Zürcher Bevölkerung weiterwächst. Ende 2019 umfasste die Zürcher Bevölkerung 1 536 406 Personen. Im Jahr 2032 werden gemäss Prognose 1 755 631 Personen im Kanton Zürich leben. Dies entspricht einem Wachstum von gut 14 Prozent (vgl. Abbildung C7). Das Statistische Amt geht davon aus, dass die Bevölkerung vor allem wegen der Zuwanderung aus dem Ausland sowie eines Geburtenüberschusses wachsen wird. Allerdings wird sich das Wachstum abschwächen, da einerseits eine rückläufige Nettoeinwanderung angenommen wird und andererseits die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre ins Seniorenalter hineinwachsen.

Abbildung C7: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032



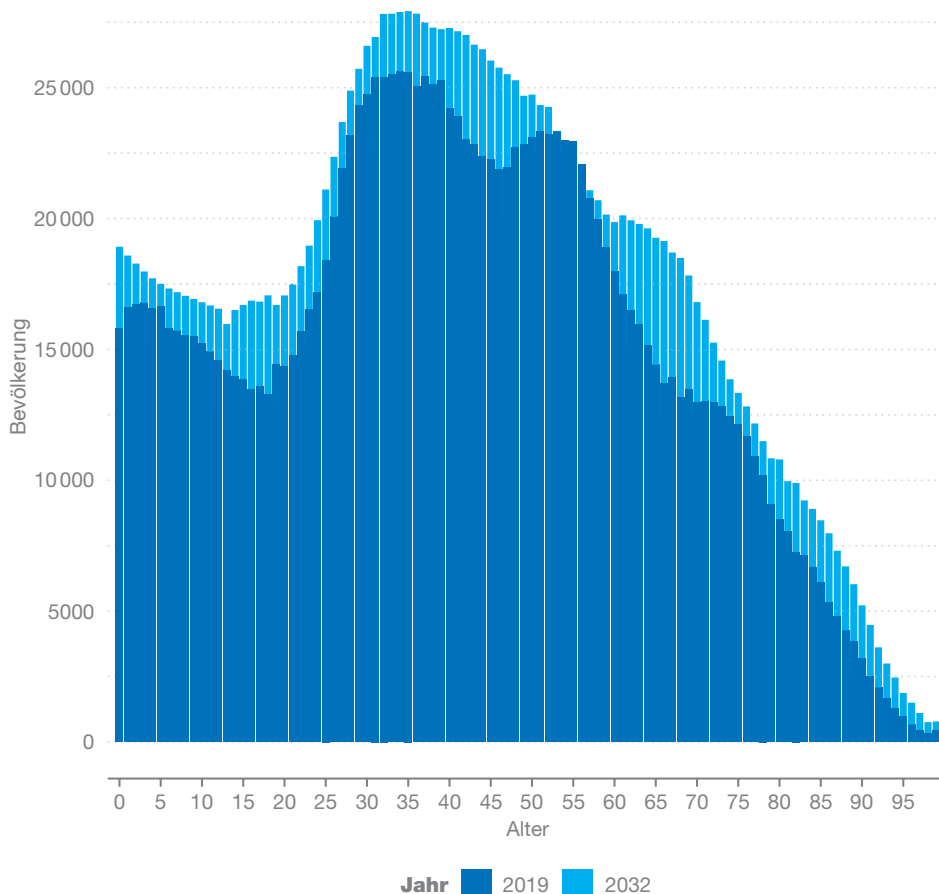
Quelle: Eigene Darstellung

Die Bevölkerung im Kanton Zürich wächst nicht nur, die Altersstruktur verändert sich ebenfalls. Die Alterung schreitet im Kanton Zürich fort, wird aber wegen der Zuwanderung von jüngeren Personen etwas abgeschwächt. Betrachtet man die Prognose der Zürcher Wohnbevölkerung gegliedert nach den einzelnen Altersgruppen, sieht man eine starke Zunahme von älteren Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen sowie die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen werden in den nächsten Jahren überdurchschnittlich wachsen (vgl. Abbildung C8). Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird bis 2032 um rund 46 Prozent wachsen, die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen um rund 23 Prozent. Hingegen wachsen die Altersgruppen der 0- bis 15-Jährigen (+11%), der 16- bis 39-Jährigen (+12%) sowie der 40- bis 64-Jährigen (+10%) im Durchschnitt weniger stark an.

Abbildung C8: Bevölkerung nach Altersgruppen, 2019 und 2032

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung C9 zeigt die Bevölkerung des Kantons Zürich nach Alter für die Jahre 2019 und 2032. Die dunkelblauen Balken zeigen die Bevölkerung 2019, die hellblauen Balken die prognostizierte Bevölkerung 2032. Es ist deutlich sichtbar, dass sich die Altersverteilung nach rechts verschiebt, da die Zahl der älteren Personen verhältnismässig stark zunimmt. Ebenfalls wird es mehr junge Personen unter 25 Jahren geben. Bei den 50- bis 60-Jährigen wird die Zürcher Bevölkerung hingegen nur wenig wachsen oder sogar leicht zurückgehen.

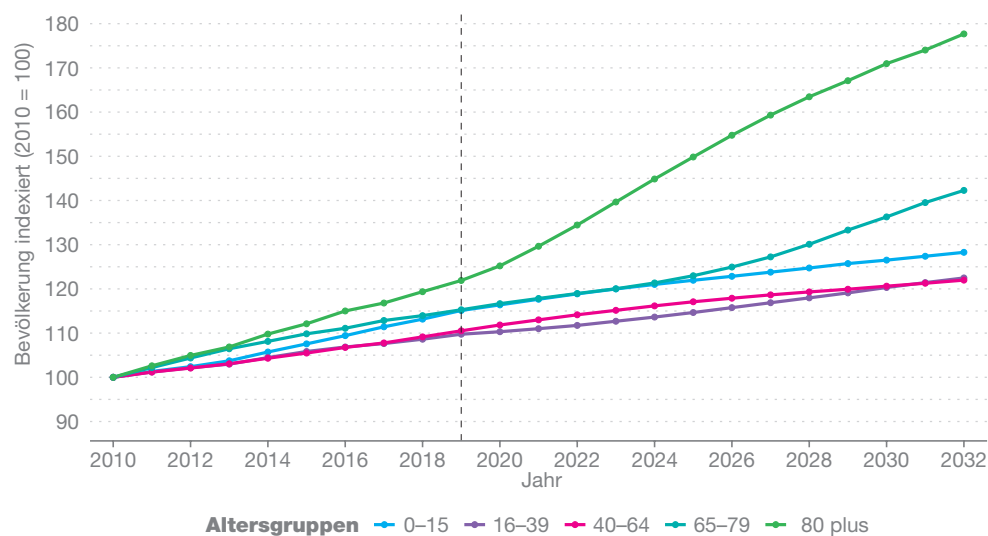
Abbildung C9: Bevölkerung nach Alter, 2019 und 2032

Quelle: Eigene Darstellung

Noch deutlicher sichtbar ist das Wachstum der älteren Altersgruppen in der Abbildung C10. Die Abbildung enthält die indexierte Entwicklung der Bevölkerung unterteilt in fünf Altersgruppen, wobei das Jahr 2010 dem Wert 100 entspricht. Von 2010 bis 2019 hat die Altersgruppe der über 80-Jährigen um rund 22 Prozent zugenommen. Bis ins Jahr 2032 wird diese Altersgruppe gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt um 78 Prozent zunehmen. Das stärkste

Wachstum in dieser Altersgruppe wird in den nächsten Jahren erwartet. Und auch bei der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen ist es so, dass diese in den kommenden Jahren bis 2032 deutlich stärker wachsen wird als in den vergangenen Jahren. Die in der Öffentlichkeit viel diskutierte Alterung der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken.

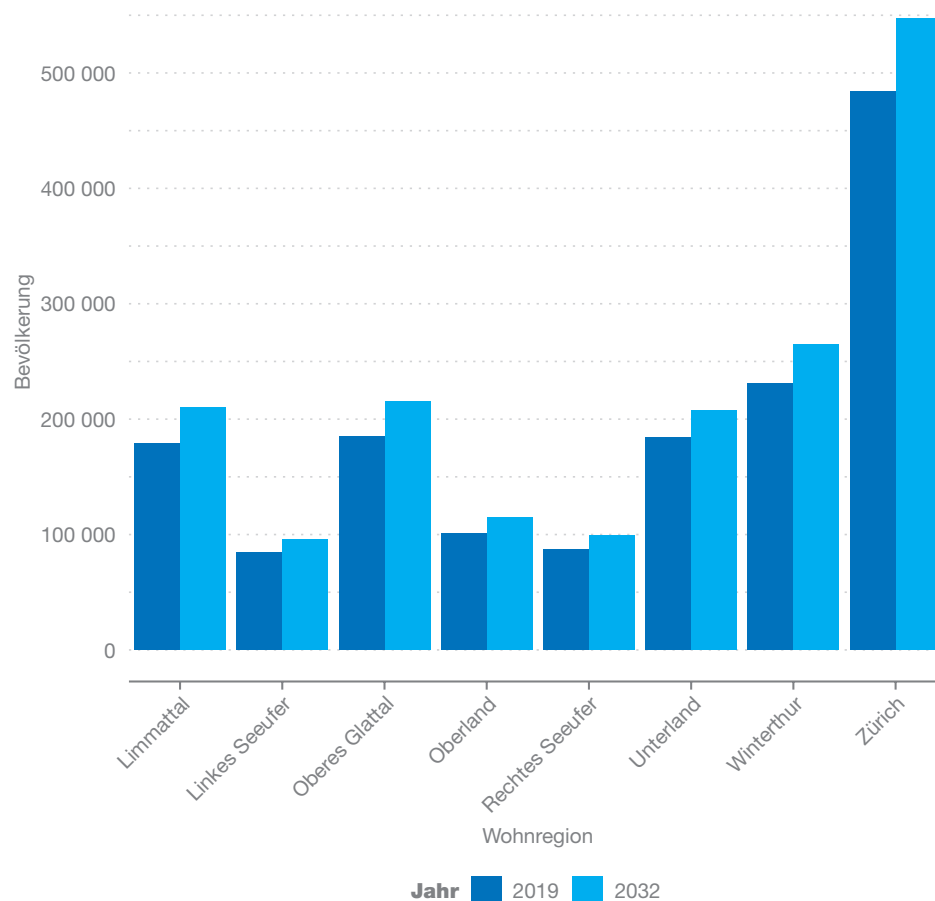
Abbildung C10: Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

Die Bevölkerungsprognose kann auch auf Ebene der Wohnregionen betrachtet werden (vgl. Abbildung C11). Das Wachstum liegt in allen Wohnregionen zwischen 13 und 17 Prozent. Am stärksten ist das relative Bevölkerungswachstum in den Regionen Limmattal (+17%) und Oberes Glattal (+16%). Am wenigsten stark wächst die Region Unterland mit einer Zunahme von knapp 13 Prozent.

Abbildung C11: Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 und 2032



Quelle: Eigene Darstellung

Betrachtet man die Entwicklung der über 80-Jährigen in den Wohnregionen, zeigen sich sehr starke Differenzen. Im Unterland wächst diese Altersgruppe um 75 Prozent und im Oberland um 68 Prozent. In der Stadt Zürich nimmt diese Altersgruppe hingegen nur um 19 Prozent zu. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neben einer generellen Bevölkerungszunahme zusätzlich erhebliche Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung zu erwarten sind.

Medizintechnische Entwicklung

Zur Bestimmung des Effekts der medizintechnischen Entwicklung auf die Zahl der stationären Austritte hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) drei Gutachten erstellt. In der Akutsomatik hat das WIG im Jahr 2009 eine erste Studie für die Gesundheitsdirektion verfasst. Diese wurde im Jahr 2016 durch eine neue Studie aktualisiert und ergänzt. Aus der Studie des WIG von 2016 resultieren 47 quantitative Prognosen (6 Prognosen aus der Literatur; 41 Prognosen von Klinikern), die 88 Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) zugeordnet werden können. Die meisten neuen Technologien bewirken allerdings keine Fallmehrerung. Vielmehr wird bei heute bereits stationär behandelten Patientinnen und Patienten eine andere Diagnostik- oder Behandlungstechnologie angewendet. Einzig in der Neurologie könnten neue Techniken in Kombination mit neuartiger (MRI-)Diagnostik bei endovaskulären Behandlungen von Schlaganfällen zu einer Verschiebung von gewissen Fällen von der SPLG NEU3 in die SPLG NEU3.1 führen. Hier wird angenommen, dass in Zukunft 30 Prozent der Schlaganfälle in der SPLG NEU3.1 behandelt werden.

Die Autorinnen und Autoren der beiden Studien kommen in einer später eingeholten Stellungnahme zum Schluss, dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse plausibel sind und für die Zeit bis 2032 weiterhin Gültigkeit haben. Sie empfehlen der Gesundheitsdirektion deshalb eine Fortschreibung der in der Prognose Akutsomatik 2015–2025 berücksichtigten Entwicklungen.

In der Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025 wurden neben der Neurologie auch Entwicklungen im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch» und «Herz» erwartet. Es wurde damals angenommen, dass die medizintechnische Entwicklung in den Spitalplanungsleistungsbereichen (SPLB) Herz und Orthopädie einen positiven Einfluss auf die Fallzahlen haben wird. Diese Annahmen wurden für die neue Bedarfsprognose überprüft mit folgendem Resultat:

- Im SPLB «Bewegungsapparat chirurgisch» scheint sich der Anstieg der Knie- und Hüftprothesenrevisionen in den SPLG BEW7.1.1 und BEW7.2.1 etwas zu verzögern. Da diese Operationen in den letzten Jahren aber vermehrt durchgeführt wurden und eine Revision der Prothesen nach einer bestimmten Zeitdauer notwendig wird, geht die Gesundheitsdirektion weiterhin von einer Zunahme aus.
- Im SPLB Herz wurde in der Prognose 2015–2025 eine Zunahme der Fälle aufgrund einer Zunahme beim Einsatz von Kunsterherzen (VAD, Ventricular Assist Device) erwartet. Eine Analyse der Fallzahlen der Zürcher Bevölkerung hat gezeigt, dass in den letzten Jahren nie mehr als zehn Fälle eine solche Prozedur hatten. Schweizweit sind es 30 bis 50 Fälle pro Jahr. Rund die Hälfte davon findet aber im Zusammenhang mit einer Transplantation statt und gehört somit in den SPLB Transplantationen, der in der Prognose separat berechnet wird. Aufgrund der tiefen Fallzahlen wird diese Entwicklung im Prognosemodell nicht mehr berücksichtigt.

Für die Psychiatrie und Rehabilitation hat das WIG 2019 eine neue Studie zur medizintechnischen Entwicklung erstellt. Die Autorin und die Autoren sind dabei wie folgt vorgegangen:

- In einem ersten Schritt wurden orientierende, halbstrukturierte qualitative Befragungen von Expertinnen und Experten durchgeführt, um relevante medizintechnische Entwicklungen zu identifizieren. Dabei hat sich gezeigt, dass in der Psychiatrie keine Entwicklungen mit Auswirkungen auf die stationären Fallzahlen absehbar sind. Deshalb wurden die folgenden Schritte ausschliesslich für die Rehabilitation durchgeführt.
- Im nächsten Schritt wurde eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um externe Evidenz zu relevanten medizintechnischen Entwicklungen zu finden. Dabei wurden Studien gesucht, die eine quantitative oder qualitative Aussage zur zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen aufgrund einer medizintechnischen Entwicklung beinhalten. Es wurden keine Studien gefunden, die diese Vorgabe erfüllt hätten.
- Als letzter Schritt wurden standardisierte Online-Befragungen von Expertinnen und Experten zu relevanten medizintechnischen Entwicklungen und deren erwarteten Auswirkungen auf die Fallzahlen durchgeführt. Das Resultat dieser Befragungen zeigt, dass bei allen Leistungsgruppen eine Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten keine Zu- oder Abnahme der stationären Fallzahlen aufgrund medizintechnischer Entwicklungen erwartet. Die Expertinnen und Experten, die eine Fallzunahme oder -abnahme erwarten, haben auch die Stärke der Entwicklung geschätzt. Die Schätzungen liegen teilweise weit auseinander. Dies zeigt, dass es für die befragten Personen sehr schwierig war, Entwicklungen zu quantifizieren. Es ist deshalb nicht sinnvoll, die quantitativen Einschätzungen im Modell zu berücksichtigen. Insbesondere da es sich immer um eine Minderheitsmeinung handelt.

Die Gesundheitsdirektion geht deshalb in den Prognosen für die Rehabilitation und die Psychiatrie davon aus, dass die medizintechnische Entwicklung keinen Effekt auf die stationären Fallzahlen hat. Und auch in der Akutsomatik werden nur wenige, sehr spezifische Entwicklungen berücksichtigt. Dies mag überraschen, weil der medizintechnische Fortschritt ein wichtiges und in der öffentlichen Diskussion präsent Thema ist. In der Bedarfsprognose können aber nur Entwicklungen berücksichtigt werden, deren Effekte auf die Fallzahlen bis 2032 quantifizierbar sind. Die Literatur-Reviews durch das WIG haben gezeigt, dass es sehr wenig Fachliteratur mit quantitativen Aussagen zur Fallzahlentwicklung gibt. Zudem ist es für die befragten Expertinnen und Experten sehr schwierig, quantitative Angaben zu machen. Das hängt auch damit zusammen, dass medizintechnische Entwicklungen auf verschiedene Weise auf die Fallzahlen wirken können:

- Medizintechnische Entwicklungen können dazu führen, dass es mehr Überlebende gibt, die in der Folge weitere stationäre Aufenthalte benötigen. Dies führt zu einer Zunahme der stationären Fallzahlen.
- Sie können aber auch dazu führen, dass Patientinnen und Patienten besser behandelt werden können und damit zukünftige stationäre Aufenthalte nicht mehr notwendig sind. Dies führt zu einer Abnahme der stationären Fallzahlen.
- Sehr oft haben sie auch keinen Effekt auf die stationären Fallzahlen, weil eine bestehende Technologie durch eine neue Technologie ersetzt wird, ohne dass ein direkter Effekt auf die stationären Fallzahlen abschätzbar wäre. Das ist z. B. bei neuen bildgebenden Verfahren oftmals der Fall.
- Sie können auch dazu führen, dass eine Behandlung weniger invasiv ist und mehr Behandlungen ambulant statt stationär durchgeführt werden können.

Medizintechnische Entwicklungen spielen eine sehr wichtige Rolle im Gesundheitswesen, nicht zuletzt aufgrund von hohen Kosten, die diese unter Umständen mit sich bringen. Auch können sie die Behandlungen in gewissen SPLG komplett umkrempeln. In der Literatur findet man Beschreibungen solcher Entwicklungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Entwicklung in der Prognoseperiode tatsächlich stattfindet, ist jedoch klein. Da es sehr viele mögliche Entwicklungen gibt, ist es aber in der Summe durchaus realistisch, dass sich eine davon materialisiert und in einer oder mehreren SPLG zu substantiellen Veränderungen führt. Welche es ist und wie diese die Behandlung in den betroffenen SPLG verändert, ist jedoch nicht abschätzbar. Im Rahmen der vorliegenden Bedarfsprognose haben die medizintechnischen Entwicklungen darum einen geringen Einfluss.

Epidemiologische Entwicklung

Für die Spitalplanung 2012 wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen erstellt. Das Institut führte eine breite Literatursuche über die Trendinformationen zu Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz durch. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamtes für Statistik und des Obsan berücksichtigt (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht usw.). Dieses Gutachten wurde von der Gesundheitsdirektion für die Aktualisierung der Bedarfsprognose in der Akutsomatik 2015–2025 unverändert verwendet. Es zeigte sich aber, dass die damals vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen nur schwache Effekte auf die prognostizierten Fallzahlen hatten. Zudem lehnen die Autorin und der Autor des Gutachtens eine Aktualisierung ab, da auch weiterhin keine relevante und quantifizierbare Entwicklung absehbar ist. Aufgrund der schwachen Effekte wurde für die vorliegende Bedarfsprognose kein neues Gutachten erstellt. Um sicherzustellen, dass dennoch keine wichtigen Entwicklungen übersehen werden, fand am 10.07.2019 ein Workshop mit vier Epidemiologen aus drei Instituten statt:

- Marcel Zwahlen, ISPM Bern
- Thomas Fürst, STPH Basel
- Matthias Bopp und André Moser, EBPI Zürich

Es zeigte sich, dass die Quantifizierung der Effekte epidemiologischer Entwicklungen äusserst schwierig ist. Die folgenden Entwicklungen wurden von der Gesundheitsdirektion aufgrund der Fallzahlen in den vergangenen Jahren untersucht:

- Entwicklung von Myokardinfarkten
- Entwicklung der Aufenthaltsdauern in den SPLB Geburten und Neugeborene
- Entwicklung der Fallzahlen in der Leistungsgruppe Depressionen
- Entwicklung der Fallzahlen in der Leistungsgruppe Essstörungen

Von diesen vier Themen konnte aufgrund der vorhandenen Daten nur bei den Depressionen eine auffällige Entwicklung festgestellt werden. Darauf wird im Kapitel E 1.3.3.3 näher eingegangen.

Die Ergebnisse des Workshops deuten darauf hin, dass es keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen gibt, die einen Effekt auf die stationären Fallzahlen haben werden, der quantifizierbar ist. Zu beachten ist, dass die zunehmende Alterung der Bevölkerung bereits über den Faktor demografische Entwicklung ins Modell einfließt.

Substitution stationär durch ambulant

In allen drei Versorgungsbereichen erwartet die Gesundheitsdirektion eine Verschiebung von derzeit stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich. Der Grund für diese Verschiebung und die erwartete Stärke dieses Effekts auf die stationären Fallzahlen ist allerdings nicht identisch über die drei Versorgungsbereiche. Deshalb wird dieser Einflussfaktor in den Kapiteln zu den einzelnen Bereichen genauer beschrieben (vgl. Kapitel D 1.3.2, E 1.3.2, F 1.3.2).

Weitere Faktoren

Neben den vier beschriebenen gibt es weitere Faktoren, die nur in einem Versorgungsbereich vorkommen. Diese werden in den Kapiteln D 1.3.2, E 1.3.2 sowie F 1.3.2 detailliert erläutert und hier nur der Übersicht halber aufgeführt.

Akutsomatik:

- Angleichung der Zürcher Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern an den schweizerischen Durchschnitt (ohne ZH)
- Generelle Reduktion der Aufenthaltsdauern aufgrund tarifarischer Anreize sowie medizintechnischer Entwicklung

Psychiatrie:

- Steigende Inanspruchnahme

Rehabilitation:

- Folge der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik
- Erwartete neue Angebote in der geriatrischen Rehabilitation
- Effekt von ST Reha auf die Aufenthaltsdauern

Nicht berücksichtigte Faktoren

Das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion nimmt die stationären Austritte als Ausgangspunkt, um die zukünftige Zahl der Austritte und Pflegetage zu berechnen. Die Zahl der Austritte ist durch weitere spitalexterne Faktoren beeinflusst. Dazu gehören z. B. das Patientenverhalten, das ambulante und tagesklinische Angebot, Entwicklungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung, die Entwicklung und Zulassung neuer Medikamente. Idealerweise würden alle diese spitalexternen Faktoren auch im Prognosemodell mitberücksichtigt. In der Realität sind diese aber sehr schwer zu messen und noch schwieriger zu prognostizieren. Oft hängen sie auch von zukünftigen politischen Entscheidungen ab. Damit ein Faktor im Prognosemodell berücksichtigt werden kann, muss

1. geschätzt werden können, wie sich dieser bis 2032 verändern wird, und
2. der Effekt dieser Veränderung auf die stationären Fallzahlen je Leistungsgruppe quantifizierbar sein.

Das ist bei vielen Einflussfaktoren schwierig. Die Prognose versucht deshalb, diese Effekte über andere, besser abschätzbare und teilweise überlagernde Faktoren zu berücksichtigen, wie z. B. über eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. Ist dies nicht möglich, werden die Faktoren als konstant angenommen.

2. Methodik Akutsomatik

Die Leistungsgruppen der Akutsomatik wurden bereits mit der Spitalplanung 2012 eingeführt. Seither wurde die grundsätzlich bewährte Einteilung kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Die Leistungsgruppensystematik wurde von vielen Kantonen übernommen und hat sich schweizweit etabliert. Aus diesem Grund hält der Kanton Zürich an der Einteilung zur Vergabe und für das Controlling von Leistungsaufträgen fest.

2.1 Leistungsgruppensystematik Akutsomatik

Die Leistungsgruppen der Akutsomatik orientieren sich vor allem an CHOP-Code-basierten Interventionen und teilen diese nach Fachgebiet und Komplexität ein. Zur Verfeinerung der Systematik werden auch ICD-Codes miteinbezogen. Die einzelnen Leistungsgruppen für die Spitalliste 2023 sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

2.1.1 Leistungsgruppenmodell Akutsomatik

Die Zürcher Einteilung der Leistungsgruppen fasst Leistungen zu fach- und organspezifischen Einheiten zusammen. Diese Einteilung wurde kontinuierlich an den medizinischen Fortschritt angepasst. Des Weiteren wurden Revisionen der zugrunde liegenden CHOP- und ICD-Kataloge berücksichtigt. Für die Spitalplanung 2023 werden keine tiefgreifenden Veränderungen an dieser Einteilung vorgenommen. Die Systematik wird jedoch in einigen Bereichen weiterentwickelt. Neben der Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes wird damit auch die Strategie der Gesundheitsdirektion zur Konzentration seltener Behandlungen und zur Stärkung der Grundversorgung in der Peripherie umgesetzt. In den folgenden Leistungsgruppen sind Änderungen per 01.01.2023 vorgesehen:

Kardiologie

Die Leistungsgruppe KAR1.3 «Implantierbarer kardioverter Defibrillator / CRT» wird aufgehoben und die Leistungen auf die bestehenden Leistungsgruppen verteilt. Der aktuelle Stand des medizinischen Fortschrittes und die Praxis in den Spitälern rechtfertigten keine eigene Leistungsgruppe mehr in diesem Bereich. Zusätzlich werden in allen Leistungsgruppen Mindestfallzahlen pro Spital und selektiv auch Mindestfallzahlen pro Operateurin und Operateur eingeführt. Damit sollen Gelegenheitseingriffe vermieden und die Qualität verbessert werden. Ebenfalls zur Qualitätssicherung soll mittelfristig eine Registerpflicht in der Kardiologie eingeführt werden. Dabei kann grösstenteils auf bestehende Register abgestützt bzw. können die bestehenden Register weiterentwickelt werden. Die Benennung der Leistungsgruppen wird aufgrund der Aufhebung des Leistungsauftrages KAR1.3 angepasst. Die Änderungen sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

Die Aufhebung der Leistungsgruppe KAR1.3 war in einer ersten kleinen Vernehmlassung unter Expertinnen und Experten unbestritten. Bei der Bestimmung der Mindestfallzahlen gab es keinen Konsens. Die Gesundheitsdirektion hat diese aufgrund der Rückmeldungen der Expertinnen und Experten sowie anhand bestehender Empfehlungen von Fachgesellschaften und Erkenntnissen internationaler Studien nach eigenem Ermessen festgelegt.

Wirbelsäulenchirurgie

Durch die Revision des CHOP-Kataloges per 01.01.2019 widerspiegeln die Leistungsgruppen in der Wirbelsäulenchirurgie nicht mehr die Komplexität der Eingriffe. In Zusammenarbeit mit einem Gremium von Expertinnen und Experten wurden die Leistungsgruppen und die leistungsspezifischen Anforderungen überarbeitet. Dabei wurde auch dem neuen FMH-Schwerpunkttitle Wirbelsäulenchirurgie Rechnung getragen, der neu als Voraussetzung für eine Leistungserbringung in diesem Bereich gelten wird (mit entsprechender Übergangsfrist). Ebenso wird für die spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie eine Intensivstation im Spital vorausgesetzt. Eine Kooperation in diesem Bereich wird nicht mehr möglich sein. Zusätzlich soll in der Wirbelsäulenchirurgie ein Qualitäts- und Indikationscontrolling (Register) in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft eingeführt werden. Durch das Gremium, bestehend aus Expertinnen und Experten, wurde die Schaffung einer dritten Leistungsgruppe für hoch komplexe Wirbelsäulenchirurgie angeregt. Es handelt sich hierbei um seltene Eingriffe, die an wenigen Spitälern im Kanton konzentriert werden sollen. Die Gesundheitsdirektion plant diesen Vorschlag im Sinne der Qualitätssicherung umzusetzen. Für alle Leistungsgruppen wurden neue Mindestfallzahlen pro Spital und selektiv pro Operateurin und Operateur definiert. Die Änderungen sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

Geburtshilfe

In der Geburtshilfe wurde vom Kantonsrat (Postulat KR-Nr. 91/2015) eine Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe (HGGH) im Kanton Zürich gefordert. Zur Umsetzung des Postulates plant die Gesundheitsdirektion eine Stärkung der HGGH im Spitalumfeld. Dabei soll bereits bestehenden Modellen der HGGH in bestehenden Gebärdabteilungen Rechnung getragen werden. Ebenso soll auch die Errichtung von Geburtshäusern im engen Spitalumfeld, z. B. auf dem Spitalareal, durch die Schaffung eines neuen Leistungsauftrages GEBS «Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital» unterstützt werden. Details zum neuen Leistungsauftrag sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich. Am bestehenden Leistungsauftrag für Geburtshäuser werden nur punktuelle Konkretisierungen in den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen erfolgen. Dabei sollen vor allem die interprofessionelle Zusammenarbeit und Qualität gestärkt werden.

Zerebrovaskuläre Störungen (Stroke)

Im interkantonalen wie auch im internationalen Vergleich zeigt sich, dass im Kanton Zürich relativ wenig Patientinnen und Patienten in Stroke Centers mit einer endovaskulären Lyse behandelt werden. Ebenso gibt es überdurchschnittlich viele, teilweise nicht zertifizierte Stroke Units im Kanton. Die Gesundheitsdirektion will die Versorgung von Stroke-Patientinnen und -Patienten im Kanton Zürich verbessern und dazu mehr Patientinnen und Patienten, die sich möglicherweise für eine endovaskuläre Lyse qualifizieren, in ein Stroke Center leiten. Dafür werden die Triagekriterien für die Rettungsdienste gemeinsam mit Expertinnen und Experten überarbeitet, damit in Zukunft öfter direkt ein Stroke Center anstelle einer Stroke Unit angefahren wird. Zusätzlich wird für Stroke Units (NEU3) eine Zertifizierung gemäss SFCNS per 01.01.2023 zwingend vorausgesetzt und die Anzahl Stroke Units an den Bedarf angepasst werden.

Polytrauma

Im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Polytrauma gibt es im Kanton Zürich überdurchschnittlich viele Spitäler mit Leistungsauftrag UNF1 und UNF1.1. Vergleiche mit anderen Kantonen lassen hier eine deutliche Überversorgung erkennen. Studien zeigen bei der Versorgung von Polytraumapatientinnen und -patienten einen Zusammenhang zwischen Überlebenswahrscheinlichkeit im Spital und Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten pro Jahr. Der Kanton Zürich wird mit der Spitalplanung 2023 eine Konzentration in diesem Bereich vornehmen. Es ist geplant, den Leistungsauftrag UNF1 «Unfallchirurgie (Polytrauma)» nur noch an Zentren mit dem Leistungsauftrag UNF1.1 «Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)» zu vergeben und damit die angestrebte Konzentration zu bewirken.

Kinderanästhesie und Kinderchirurgie

In der Kinderanästhesie besteht laut Fachgremien ein Nachholbedarf hinsichtlich der Verbesserung der Patientensicherheit. Deswegen werden gestützt auf das «Pediatric Anaesthesia Project 2030» des SGGKA und SGAR für die Spitalliste 2023 vier kinderanästhesiologische Leistungsaufträge (KAA, KAB, KAC und KAD) als Querschnittsbereiche definiert. Dabei werden je nach Alter und Anästhesiefähigkeit der Kinder sowie je nach Komplexität der Eingriffe unterschiedliche Anforderungen an die Kinderanästhesie gestellt. Folglich werden Spitäler, die bestimmte Kindergruppen behandeln wollen, bestimmte Anforderungen an die Kinderanästhesie erfüllen müssen. Mit der Einführung der neuen Leistungsgruppen per 01.01.2023 sind die Auswirkungen auf die Spitäler zu diesem Zeitpunkt minimal, weil die Anforderungen sehr niedrig definiert sind. Eine Erhöhung der Anforderungen ist mit der Entwicklung des Paediatric Anaesthesia Projects 2030 vorgesehen. Ebenso ist vorgesehen, den Kinderchirurgiekatalog (KINB, KINC, KINM) grundlegend zu überarbeiten. Dies wird in Abstimmung mit der Entwicklung des Paediatric Anaesthesia Projects 2030 erfolgen.

Knochentumore und Weichteilsarkome

Die isolierte Berücksichtigung der Knochentumore im Leistungsauftrag BEW9 ohne Weichteilsarkome führte zu einer Konzentration bei der Behandlung der Knochentumore, während Weichteilsarkome an allen Spitätern behandelt werden dürfen. Dies bewirkte, dass an vielen Spitätern nur Einzelfälle dieser seltenen Erkrankung behandelt werden. Knochentumore wie auch die Weichteilsarkome sind eine seltene Krankheit, die spezifisches Fachwissen erfordert und einen hohen Anspruch an die Interdisziplinarität richtet. Neben der chirurgischen Behandlung sind zudem die medizinische Onkologie und die Radio-Onkologie essenziell. Eine interdisziplinäre Besprechung der Fälle mit allen beteiligten Fachdisziplinen ist an Sarkomzentren Standard. Zur Sicherung der Qualität und Ausbildung in der Sarkombehandlung ist eine Konzentration im Kanton Zürich zwingend notwendig. Aus diesem Grund wird der Leistungsauftrag BEW9 ab dem 01.01.2023 um die Entität der Weichteilsarkome erweitert. Durch eine Konzentration in diesem Bereich sollen die Fallzahlen nicht nur aus Qualitätsgründen erhöht werden. Es soll bei der seltenen Tumorerkrankung auch die Möglichkeit der Forschung erleichtert und durch entsprechende Fallzahlen auch die Ausbildung des ärztlichen

Nachwuchses sichergestellt werden. Die Vergabe des Leistungsauftrages BEW9 wird somit sehr selektiv auf wenige Leistungserbringer mit einer entsprechenden Expertise und hohen Fallzahlen erfolgen. Zudem wird eine Zertifizierung «Sarkomzentrum» der DKG zur Qualitätssicherung vorausgesetzt. Die leistungsspezifischen Anforderungen sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

Viszeralchirurgie

Gemeinsam mit der Chirurgengesellschaft des Kantons Zürich (CGZH) und dem Verband Zürcher Krankenhäuser wurde ein Label zur Qualitätssicherung in der Kolonchirurgie erarbeitet. Dieses Label wird auf Stufe Chirurgin oder Chirurg ausgestellt und umfasst unter anderem eine Registerpflicht. Die Teilnahme der Spitäler am Qualitätsprogramm Kolon der CGZH wird ab 01.01.2023 neu eine Voraussetzung für die Erteilung des Leistungsauftrages VIS1 sein.

Radiologie

Im Bereich der Radiologie, vor allem der interventionellen Radiologie, ist die technische Entwicklung der letzten Jahre in der aktuellen Leistungsgruppensystematik nicht mehr berücksichtigt. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit einem Expertengremium eine neue Systematik für diesen Bereich erarbeitet. Per 01.01.2023 werden zwei neue Spitalleistungsgruppen eingeführt: RAD1 «Interventionelle Radiologie» und RAD2 «Komplexe Interventionelle Radiologie». Auf die Schaffung einer zusätzlichen Leistungsgruppe «Intrakranielle Interventionelle Radiologie» wurde aufgrund von Überschneidungen mit bestehenden IVHSM-Leistungsaufträgen verzichtet. Die leistungsspezifischen Anforderungen sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

2.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik

Für jeden Leistungsauftrag definiert der Regierungsrat bzw. die Gesundheitsdirektion leistungsspezifische und weitergehende leistungsspezifische Anforderungen, die von den Leistungserbringern zwingend eingehalten werden müssen. Diese sind eine der Voraussetzungen für die Erteilung eines Leistungsauftrages. Ziel dieser Anforderungen ist es, einheitliche Qualitätsstandards einzuhalten. Dabei werden Bedingungen an Notfall- und Intensivstationen, Fachärztinnen und -ärzte usw. gestellt. Neben den Vorgaben zur Strukturqualität werden auch Vorgaben zur Prozessqualität gemacht. Diese Vorgaben können beispielsweise durch den Erhalt von Zertifikaten erfüllt werden, wie bei der Palliative Care oder den gynäkologischen Tumoren.

In Zukunft werden vermehrt Aspekte der Ergebnisqualität über Register und Routinedaten gemessen werden. Die Analyse von Routinedaten kann aber bis anhin nicht zuverlässig erfolgen, weshalb diese für die Spitalliste 2023 noch nicht als Anforderung herangezogen werden können.

Die ab 01.01.2023 gültigen Anforderungen sind in den entsprechenden Dokumenten in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

2.2 Evaluationskriterien

In den nachfolgenden drei Unterkapiteln wird die Methodik der einzelnen Evaluationskriterien im Versorgungsbereich Akutsomatik erläutert.

2.2.1 Qualität

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.1). In der Akutsomatik verzichtet die Gesundheitsdirektion auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da das Risiko allokativer Fehlentscheide besteht. Ergebnisqualitätsindikatoren wie beispielsweise Mortalitätsraten geben lediglich einen eingeschränkten und oft sogar verzerrten Eindruck der effektiven Qualität, da die unterschiedliche Fallschwere und Vor- und Nachbehandlungen der Patientinnen und Patienten nicht angemessen berücksichtigt werden können. Da die Validierung und Reliabilitätsprüfung der Daten über Ergebnis- sowie Indikationsqualität fehlen, sind diese für die Evaluation der Qualität der Leistungserbringung nicht geeignet.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Der Regierungsrat und die Gesundheitsdirektion stellen somit in den generellen, leistungsspezifischen und weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen einzelne Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer. Zusammen mit Expertinnen und Experten wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Diese umfassen generelle und leistungsspezifische Qualitätsvorgaben. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der geforderten Qualitätsvorgaben gemäss Selbstdeklaration durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft.

2.2.2 Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Zudem müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden. Dies hält das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 06.05.2014 im Zusammenhang mit der Zürcher Spitalliste Akutsomatik 2012 fest (Verfahren C-6088/2011). Weiter stützt sich die Gesundheitsdirektion auf die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt.

Das nachfolgend beschriebene Vorgehen der Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18.05.2018 bzw. vom 27.06.2019. Die Methodik entspricht den Anforderungen der gesetzlichen Grundlagen und der heutigen Rechtsprechung. In der Spitalplanung nimmt die Versorgungssicherheit einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben der kosteneffizienten Erbringung der stationären Spitalleistungen ist es deshalb wichtig, dass die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber diese Leistungen langfristig anbieten können. Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit wird diesen beiden Anforderungen gerecht, indem die Beurteilung sich einerseits auf der Kosteneffizienz und andererseits auf der wirtschaftlichen Stabilität der potenziellen Leistungserbringer abstützt.

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern evaluiert. Die Kostenbasis wird gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung hergeleitet. Wenn möglich werden die Fall- bzw. Tageskosten mit dem Schweregrad bereinigt. Diese Kosten normierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Bewerbern. In der Akutsomatik werden CMI-bereinigte Fallkosten berechnet.

Neben der etablierten Evaluation der Kosten auf Betriebsebene werden die Kosten auf Ebene Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) analysiert. Sollten diese Auswertungen einen bedeutsamen Mehrwert liefern, werden sie in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einfließen.

Durchgeführt werden nicht nur jahresspezifische Vergleiche. Ein jahresübergreifender Kostenvergleich ist sinnvoll, weil damit der Beurteilung der jeweiligen Kostenentwicklung und allfälligen Kostenausreissern in einem spezifischen Jahr Rechnung getragen werden kann. Die Analyse findet zum einen basierend auf dem Durchschnitt der jahresspezifischen Kosten statt. Zum anderen wird die Entwicklung (sinkend, konstant, steigend, schwankend) der Kosten in die Beurteilung einfließen.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Der Inhalt und das Format der KTR entspricht den Vorgaben von SwissDRG. Neben den KTR-Daten werden die Kostendaten auf Betriebsebene im KOREK bzw. ITAR_K herangezogen. Diese dienen zum einen der Plausibilisierung der KTR, und zum anderen liefern sie die fallunabhängigen Kostendaten, die in der Herleitung der Kostenbasis berücksichtigt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der potenzielle Leistungserbringer finanzielle Stabilität nachweisen kann. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität werden deshalb drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBIT-DAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für die Liquidität. Sie weist die Anzahl verbleibender Monate der Aufrechterhaltung von Aktivitäten und Verpflichtungen bei einem allfälligen Einnahmeausfall aus.

Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll auch die Liquiditätsplanung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Die Liquiditätsplanung verschafft einen Überblick, wie viel freie Liquidität kurz-, mittel- und langfristig zur Verfügung steht. Die zentralen Ergebnisse der Liquiditätsplanung sind die am Ende einer jeden Planperiode vorliegenden Liquiditätsbestände (Liquidität am Periodenende) sowie deren Entwicklung über den gesamten Planungshorizont. Es gilt, künftige Liquiditätsengpässe rechtzeitig aufzuspüren, um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Daher wird von allen Bewerbern eine Liquiditätsplanung über den gesamten Planungshorizont (2023–2032) des Gesamtbetriebs verlangt. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen.

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie sich die Liquidität über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 entwickelt. Übermässig grosse Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären und sollten beispielsweise auf grössere Investitionstätigkeiten zurückführbar sein.

Neubewerber

Neubewerbungen, also Bewerbungen von neuen Spitälern, deren Standort als Bauprojekt geplant ist, werden anhand von Plandaten evaluiert. Um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen zu können, liefern die interessierten Leistungserbringer der Gesundheitsdirektion neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen eine Plankostenrechnung für den stationären Bereich sowie eine Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Daten sind dafür in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen.

Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, Stationäre Austritte, Case Mix, Day Mix und Pflageage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Personaldaten basieren dabei auf einem durchschnittlichen Wert für den gesamten Planungshorizont mit Blick auf den Gesamtbetrieb. Hingegen sind die restlichen Angaben im Bereich der Planungsgrundlagen für den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032 pro Jahr anzugeben.

Die Plankostenrechnung wie auch die Planerfolgsrechnung beinhalten die Datenerfassung unter Berücksichtigung der bekannten Aggregationsstufen der Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur. Abgefragt werden diese Daten über den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032.

Vorgehen Evaluation

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, werden die oben erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Während die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität die für einen Leistungsauftrag aus wirtschaftlicher Sicht geeigneten Bewerber identifiziert, wird die Kosteneffizienz dieser Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

2.2.3 Zugänglichkeit

Stationäre Leistungen sollen für alle Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Kantonsgebiet innert nützlicher Frist erreichbar sein. Dies sieht das Bundesrecht so vor.

Im Fachbereich Akutsomatik definiert sich die Erreichbarkeit der Leistungen in erster Linie durch eine zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung. Sie stellt sicher, dass sich Personen in Not rasch in Behandlung begeben können. Der Fokus bei der Ermittlung der Erreichbarkeit liegt daher auf Spitälern mit einer am Standort befindlichen Notfallstation. Berücksichtigt werden alle inner- und ausserkantonalen Spitäler, die sich um einen Platz auf der kantonalen Spitalliste bewerben und als qualitativ und wirtschaftlich genügend betrachtet werden.

Für den Nachweis der angemessenen Zugänglichkeit zur Notfallversorgung werden in Zusammenarbeit mit dem Amt für Verkehr der Volkswirtschaftsdirektion und dem GIS-Zentrum der Baudirektion die mittleren Fahrzeiten vom Wohn- bzw. Arbeitsort der Zürcherinnen und Zürcher bis zum Spitalstandort berechnet. Dabei kommt ein für den Kanton Zürich spezifisiertes Verkehrsmodell zur Anwendung. Das Modell stützt sich auf Angaben zum motorisierten Individualverkehr unter der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes. Als Datengrundlage dient die postleitzahlspezifische Verteilung der Wohnbevölkerung des Jahres 2017 und der Arbeitsorte des Jahres 2016 sowie das im Jahr 2016 bestehende kantonale Verkehrsnetz.

Konkret gestaltet sich das Vorgehen wie folgt: Das kantonale Strassennetz wird im Verkehrsmodell als Knotennetz abgebildet. Je nach Strassentyp werden den einzelnen Netzabschnitten unterschiedliche durchschnittliche Fahrgeschwindigkeiten zugewiesen. Anschliessend wird für jeden Spitalstandort und jede Postleitzahl die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsorte auf Postleitzahlebene zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. In einem weiteren Schritt werden die Fahrzeiten in fünf Zeitintervalle (bis 5 Minuten, 5 bis 15 Minuten, 15 bis 20 Minuten, 20 bis 30 Minuten und mehr als 30 Minuten) eingeteilt. Abschliessend werden die postleitzahlspezifischen Einwohner- und Arbeitsplatzzahlen aufgrund der ermittelten kürzesten gewichteten Fahrzeit den berechneten Fahrzeitintervallen zugewiesen.

3. Methodik Psychiatrie

Dieses Kapitel erläutert das methodische Vorgehen im Versorgungsbereich Psychiatrie.

3.1 Leistungsgruppensystematik Psychiatrie

Die Leistungsgruppensystematik Psychiatrie ist die Grundlage für das Erteilen der kantonalen Leistungsaufträge an psychiatrische Kliniken auf der Zürcher Spitalliste. Die Systematik Psychiatrie wurde im Rahmen eines Teilprojektes der Spitalplanung 2023 gemeinsam mit medizinischen Vertreterinnen und Vertretern der psychiatrischen Kliniken sowie deren Vorstandsvorsitzenden und unter Einbezug von externen Expertinnen und Experten überarbeitet und weiterentwickelt. Konkret werden neu zwei Auftragsstypen, 17 Leistungsbereiche, 23 Leistungsgruppen und – wie bisher – vier Altersbereiche unterschieden.

Mit der «neuen» Systematik kann eine patientengerechtere Versorgung sichergestellt werden, da leistungsspezifische Anforderungen genauer auf den Behandlungsbedarf der Patientengruppen zugeschnitten sind. Zudem ist damit eine höhere Transparenz über das Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten, Zuweiser und Versicherer gegeben und die Kliniken können ihr Angebot und ihre Spezialisierungen besser ausweisen. Für den Regulator ermöglicht die Systematik eine feinere Steuerung des Leistungsangebotes. Sie bietet damit auch die Möglichkeit der Konzentration von spezialisierten und seltenen Leistungen. Alles in allem wird mit der Zürcher Leistungsgruppensystematik somit die Qualität der psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten verbessert.

Die Systematik basiert auf medizinisch sinnvollen Leistungsbereichen und -gruppen und fasst Leistungen mit ähnlichem Versorgungsbedarf auf der Grundlage der Klassifikationssysteme ICD-10 und ICD-11 der World Health Organization (WHO) zusammen. Die Leistungsgruppensystematik Psychiatrie weist eine gute Balance zwischen höherem Differenzierungsgrad und Übersichtlichkeit auf. Sie ist operationalisierbar, übersichtlich und praktikabel sowie auf ambulante, tagesklinische und aufsuchende psychiatrische Angebote anwendbar.

3.1.1 Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

Das Leistungsgruppenmodell Psychiatrie besteht aus zwei Auftragsstypen, 23 Leistungsbereichen, die wiederum 17 Leistungsgruppen zugeteilt sind und vier Altersbereichen (vgl. Abbildung C12).

Abbildung C12: Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

Auftragstyp		
	AVV	Akut- und Vollversorgung
	SPV	Spezialversorgung
Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
Demenzen und Delire	DEMD	Demenzen und Delire
Abhängigkeitserkrankungen	ABH1	Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin
	ABH2	Abhängigkeitserkrankungen: Drogen
	ABH3	Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden
Psychotische und bipolare Störungen	PBS1	Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien
	PBS2	Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen
Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen	AZB1	Angststörungen und phobische Störungen
	AZB2	Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen
	AZB3	Posttraumatische Belastungsstörungen
Persönlichkeitsstörungen	PERS	Persönlichkeitsstörungen
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen
Essstörungen	ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge-Eating-Störung und Adipositas
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen
Autismus-Spektrum-Störungen	AUTI	Autismus-Spektrum-Störungen
Störungen des Sozialverhaltens	SOZI	Störungen des Sozialverhaltens
Störungen in Verbindung mit Sexualität	SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität
Mutter-Kind-Behandlungen	MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen
Nichtorganische Schlafstörungen	SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen
Intellektuelle Beeinträchtigungen	INTE	Intellektuelle Beeinträchtigungen
Forensische Psychiatrie	FOR1	Stationärer Massnahmenvollzug
	FOR2	Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft
Altersbereich		
	KP	Kinderpsychiatrie: 0–13 Jahre
	JP	Jugendpsychiatrie: 14–17 Jahre
	EP	Erwachsenenpsychiatrie: 18–64 Jahre
	GP	Gerontopsychiatrie: ab 65 Jahre

Quelle: Eigene Darstellung

Der Auftragstyp unterscheidet die Akut- und Vollversorgung (AVV) von der Spezialversorgung (SPV).

Die Leistungsbereiche sind in einzelne Leistungsgruppen gegliedert, z.B. besteht der Leistungsbereich «Abhängigkeitserkrankungen» aus den Leistungsgruppen «ABH1 Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin», «ABH2: Abhängigkeitserkrankungen: Drogen» und «ABH3: Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden».

Die Altersbereiche wiederum gliedern sich in Kinderpsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Gerontopsychiatrie.

Ein Leistungsauftrag für eine Psychiatrieklinik der zukünftigen Spitalliste Psychiatrie umfasst pro Standort der Leistungserbringung immer nur einen Auftragstyp (AVV oder SPV) und in der Regel mehrere Leistungsgruppen in Kombination mit einem oder mehreren Altersbereichen.

Abbildung C13: Beispielhafte Spitalliste Psychiatrie

			AW Klinik Er- wachsenen- und Gerontopsychiatrie	AW Klinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	SPV Klinik Sucht	SPV Klinik Essstörungen	...
Auftragstyp							
	AVV	Akut- und Vollversorgung					
	SPV	Spezialversorgung					
Leistungsbereich							
Leistungsgruppe							
Demenzen und Delire	DEMD	Demenzen und Delire					
Abhängigkeitserkrankungen	ABH1	Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin					
	ABH2	Abhängigkeitserkrankungen: Drogen					
	ABH3	Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden					
Psychotische und bipolare Störungen	PBS1	Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien					
	PBS2	Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien					
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen					
Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen	AZB1	Angststörungen und phobische Störungen					
	AZB2	Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen					
	AZB3	Posttraumatische Belastungsstörungen					
Persönlichkeitsstörungen	PERS	Persönlichkeitsstörungen					
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen					
Essstörungen	ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge-Eating-Störung und Adipositas					
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen					
Autismus-Spektrum-Störungen	AUTI	Autismus-Spektrum-Störungen					
Störungen des Sozialverhaltens	SOZI	Störungen des Sozialverhaltens					
Störungen in Verbindung mit Sexualität	SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität					
Mutter-Kind-Behandlungen	MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen					
Nichtorganische Schlafstörungen	SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen					
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen					
Intellektuelle Beeinträchtigungen	INTE	Intellektuelle Beeinträchtigungen					
Forensische Psychiatrie	FOR1	Stationärer Massnahmenvollzug					
	FOR2	Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft					
Altersbereich							
	KP	Kinderpsychiatrie: 0–13 Jahre					
	JP	Jugendpsychiatrie: 14–17 Jahre					
	EP	Erwachsenenpsychiatrie: 18–64 Jahre					
	GP	Gerontopsychiatrie: ab 65 Jahre					

Quelle: Eigene Darstellung

3.1.1.1 Auftragstypen

Akut- und Vollversorgung (AVV)

Spitalstandorte mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» bieten an 24 Stunden pro Tag und 365 Tagen im Jahr die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten, einschliesslich Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, in allen Leistungsbereichen durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) an. Das darüber hinaus bestehende spezialisierte Behandlungsangebot konzentriert sich mindestens auf definierte, häufige Störungsbilder (Leistungsbereiche «Demenzen und Delire», «Abhängigkeitserkrankungen», «Psychotische und bipolare Störungen», «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen», «Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen» sowie «Persönlichkeitsstörungen»). Demnach müssen Kliniken mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» für die Leistungsbereiche nicht nur die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung der Patientinnen und Patienten übernehmen, sondern auch deren spezialisierte stationäre Behandlung bis zum Klinikaustritt. Patientinnen und Patienten anderer Leistungsbereiche

müssen nach Aufnahme, diagnostischer Abklärung und Erstversorgung zur spezialisierten Weiterbehandlung an ein anderes Spital verlegt werden, falls am AVV-Spitalstandort kein Leistungsauftrag für die entsprechende Leistungsgruppe vorliegt. AVV-Spitalstandorte sind demnach keineswegs «nur» aufnehmende und Diagnostik betreibende Einrichtungen, sondern auch Spitäler mit spezialisierten Behandlungsangeboten. Ausnahmen werden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert, die Patientinnen und Patienten aller Leistungsbe-
reiche ausser Demenzen und Delire, Mutter-Kind-Behandlungen und forensische Psychiatrie behandeln muss. Die vollständigen Anforderungen zum Auftragsstyp «Akut- und Vollversorgung» sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

SPV Spezialversorgung

Klinikstandorte mit Auftragsstyp «Spezialversorgung» bieten von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr elektive Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit Diagnosen ausgewählter Leistungsbereiche an. Dabei umfasst das spezialisierte Behandlungsangebot Leistungsaufträge in höchstens fünf Leistungsbereichen. Kriseninterventionszentren zählen zum Auftragsstyp Spezialversorgung. Sie müssen jedoch Behandlungen für alle Leistungsbereiche ausser Mutter-Kind-Behandlungen und forensische Psychiatrie anbieten. Die Behandlungsdauer im Kriseninterventionszentrum beträgt höchstens sieben Tage. Die vollständigen Anforderungen zum Auftragsstyp «Spezialversorgung» sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

3.1.1.2 Leistungsbereiche und -gruppen

Nachfolgend werden die einzelnen Leistungsbereiche und die dazugehörigen Leistungsgruppen beschrieben. Zu den einzelnen Leistungsgruppen sind die häufigsten Hauptdiagnosen/Indikationen aufgelistet. Das ICD-10- und bereits ICD-11-Diagnosespektrum ist vollständig abgebildet, auch wenn manche Störungsbilder unter Umständen häufiger im ambulanten Bereich als im stationären Bereich behandelt werden. Hierdurch lässt sich die Leistungsgruppensystematik auch im ambulanten, tagesklinischen oder aufsuchenden Setting anwenden. Die genaue Operationalisierung der einzelnen Leistungsgruppen ist in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

Leistungsbereich «Demenzen und Delire»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
DEMD Demenzen und Delire	In dem Leistungsbereich / der Leistungsgruppe Demenzen und Delire werden Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen mit Ursache im Sinne einer zerebralen Erkrankung, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, behandelt, wobei die Funktionsstörung primär oder sekundär auftreten kann. Unter einer Demenz versteht man eine chronische oder fortschreitende Erkrankung des Gehirns, mit einer Einschränkung unterschiedlicher kognitiver Funktionen, wie z. B. Gedächtnis, Lernfähigkeit, Denken, Orientierung, Sprache oder Urteilsvermögen. Ein Delir zeichnet sich durch eine Bewusstseinsstörung aus, die von weiteren Symptome begleitet wird (z. B. Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens und Gedächtnisses).	Demenz bei Alzheimer-Krankheit; Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

Leistungsbereich «Abhängigkeitserkrankungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
ABH1 Abhängigkeits- erkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	In der Leistungsgruppe ABH1 werden Patientinnen und Patienten behandelt, die gesellschaftlich anerkannte Substanzen in schädlichem Ausmass konsumieren, abhängig sind und/oder unter durch die Substanz hervorgerufenen weiteren Syndromen oder Störungen leiden. Im Falle von Medikamenten können diese verordnet sein oder nicht.	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika; psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
ABH2 Abhängigkeits- erkrankungen: Drogen	In der Leistungsgruppe ABH2 werden Patientinnen und Patienten behandelt, die rauscherzeugende Substanzen konsumieren und hierdurch psychisch beeinträchtigt sind. Zu diesen Substanzen zählen beispielsweise Opioide, Cannabinoide oder Kokain.	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain; psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
ABH3 Abhängigkeits- erkrankungen: nicht substanzgebunden	In dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die an einer nicht substanzgebundenen Abhängigkeit leiden. Hierunter fällt das pathologische Spielen, das in ICD-10 noch im Kapitel «abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle» definiert ist. In ICD-11 ist eine Anpassung vorgesehen, neu wird auch die «Gaming disorder» als Diagnose ausgewiesen.	Pathologisches Spielen; «Gaming disorder»

Leistungsbereich «Psychotische und bipolare Störungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
PBS1 Schizophrenien, schizotyp und wahnhafte Störungen, Katatonien	In der Leistungsgruppe PBS1 werden Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen behandelt, die sich durch Denk- und Wahrnehmungsstörungen sowie durch unangemessene oder verflachte Affekte auszeichnen.	Schizophrenie; schizoaffektive Störungen
PBS2 Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien	In der Leistungsgruppe PBS2 werden Patientinnen und Patienten mit Manien, bipolaren Störungen und Zykllothymien behandelt. Hierbei handelt es sich um affektive Störungen.	Bipolare affektive Störung

Leistungsbereich «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	Der Leistungsbereich / die Leistungsgruppe DEPR zeichnet sich durch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Interessensverlust, Erschöpfung und Antriebslosigkeit aus oder durch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit vielgestaltigen Symptomen, die als Reaktion auf kritische Lebensereignisse oder entscheidende Lebensveränderungen auftreten.	Depressive Episode; rezidivierende depressive Störung; akute Belastungsreaktion; Anpassungsstörung

Leistungsbereich «Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
AZB1 Angststörungen und phobische Störungen	In der Leistungsgruppe AZB1 werden Patientinnen und Patienten behandelt, die an Ängsten leiden, die durch spezifische oder unspezifische Auslöser auftreten.	Spezifische Phobien; Panikstörung; generalisierte Angststörung
AZB2 Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen	In der Leistungsgruppe AZB2 werden Patientinnen und Patienten mit Störungen im Zusammenhang mit der Impulskontrolle sowie Patientinnen und Patienten mit Tic-Störungen behandelt.	Zwangsstörung; Tic-Störungen
AZB3 Posttraumatische Belastungsstörungen	In der Leistungsgruppe AZB3 werden Patientinnen und Patienten behandelt, die als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine bedrohliche Situation kürzerer oder längerer Dauer unterschiedlichste Symptome infolge des Traumas aufweisen (z. B. Flashbacks, Alpträume, Vermeidungsverhalten).	Posttraumatische Belastungsstörung

Leistungsbereich «Persönlichkeitsstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
PERS Persönlichkeitsstörungen	Der Leistungsbereich / die Leistungsgruppe Persönlichkeitsstörungen fasst Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zusammen, die sich jeweils durch eine spezifische Persönlichkeitsstruktur auszeichnen (z. B. paranoid, schizoid, dissozial, emotional instabil, histrionisch, zwanghaft).	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung; emotional instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ

Leistungsbereich «Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
DISS Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden u. a. Patientinnen und Patienten behandelt, deren körperliche Beschwerden sich nicht auf eine organische Ursache zurückführen lassen.	Somatisierungsstörung; anhaltende Schmerzstörung

Leistungsbereich «Essstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
ESSS Anorexien, Bulimien, Binge-Eating-Störung und Adipositas	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die Störungen im Essverhalten aufweisen, was z.B. mit Unterernährung und Nährstoffmangel einhergehen kann.	Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Adipositas

Leistungsbereich «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
ADHS Aufmerksamkeits- defizit-Hyperaktivitäts- störungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die an einem abnormen Ausmass von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe leiden. Die Symptomatik beginnt meist schon in den ersten fünf Lebensjahren.	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Leistungsbereich «Autismus-Spektrum-Störungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
AUTI Autismus-Spektrum- Störungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die an einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung mit eingeschränkter sozialer Kompetenz sowie Kommunikations- und Interaktionsproblemen leiden. Stereotype Verhaltensweisen und Interessen gehören ebenfalls zum Symptombild.	Frühkindlicher Autismus; Asperger-Syndrom

Leistungsbereich «Störungen des Sozialverhaltens»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
SOZI Störungen des Sozial- verhaltens	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die wiederholt und anhaltend dissoziales, aggressives und aufsässiges Verhalten zeigen.	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Leistungsbereich «Störungen in Verbindung mit Sexualität»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
SEXS Störungen in Verbin- dung mit Sexualität	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die u. a. an Störungen der Sexualpräferenz, Störungen der Geschlechtsidentität mit dem Gefühl der Fremdheit im eigenen Körper und dem Wunsch, dem anderen Geschlecht zugehören, oder an sexuellen Funktionsstörungen, die organisch nicht erklärbar sind, leiden.	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit; Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters

Leistungsbereich «Mutter-Kind-Behandlungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
MUKI Mutter-Kind-Behand- lungen	Bei diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe handelt es sich um ein spezialisiertes Angebot für Mütter mit psychiatrischer Erkrankung. Die Erkrankung kann sich in den ersten Monaten nach der Geburt manifestieren oder schon vor der Geburt bestanden haben und mit der Geburt und der neuen Rolle als Mutter zu tun haben oder hiervon unabhängig sein. Das Kind ist in der Regel bis zu 18 Monate alt und wird normalerweise gemeinsam mit der Mutter stationär aufgenommen. Die Mutter ist grundsätzlich dazu in der Lage, das Kind selbst zu versorgen. Das Kind selbst wiederum ist nicht psychiatrisch auffällig. Die psychiatrisch-therapeutische Behandlung richtet sich an die Mutter-Kind-Beziehung, die Alltagsbewältigung und Entwicklungsförderung. Auch werden spezifische Angebote wie Wochenbett- und Stillberatung angeboten.	Postpartale Depression; Operationalisierung der Leistungsgruppe über CHOP-Code 94.4A: Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie

Leistungsbereich «Nichtorganische Schlafstörungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
SCHL Nichtorganische Schlafstörungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen behandelt, die nicht durch körperliche Störungen verursacht werden. Es handelt sich z.B. um Ein- und/oder Durchschlafstörungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafwandeln oder Alpträume.	Nichtorganische Insomnien; nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

Leistungsbereich «Säuglings- und kinderspezifische Störungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
KIND Säuglings- und kinderspezifische Störungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, deren Beschwerden einer heterogenen Gruppe von Störungen zuzuordnen sind. Gemeinsam ist all diesen Störungen, dass sie sich auf das Säuglings- und Kindesalter beziehen. Hierunter werden u. a. Entwicklungsstörungen verstanden, die mit beeinträchtigten Funktionen in Sprache, Sprechen, schulischer Fertigkeiten und/oder Motorik einhergehen. Weiterhin werden hier bestimmte Verhaltens- und emotionale Störungen zusammengefasst.	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten; nichtorganische Enuresis; emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters; Stottern

Leistungsbereich «Intellektuelle Beeinträchtigungen»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
INTE Intellektuelle Beeinträchtigungen	In diesem Leistungsbereich / dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung behandelt. Geistige Fähigkeiten sind hier verzögert oder unvollständig entwickelt. Die Störung kann allein oder kombiniert mit anderen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen vorkommen. Unterschieden werden unterschiedliche Schweregrade der Intelligenzminderung.	Mittelgradige Intelligenzminderung; schwere Intelligenzminderung

Leistungsbereich «Forensische Psychiatrie»

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/ Indikationen der Leistungsgruppe
FOR1 Stationärer Massnahmenvollzug	In dieser Leistungsgruppe werden psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter im Rahmen gerichtlich angeordneter Massnahmen behandelt.	Gesamtes Störungsspektrum; Operationalisierung der Leistungsgruppe über Vorhandensein einer richterlichen Anordnung des Massnahmenvollzugs
FOR2 Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft	In dieser Leistungsgruppe werden Patientinnen und Patienten mit akuten psychischen Krisen behandelt, wenn sie gleichzeitig inhaftiert sind.	Gesamtes Störungsspektrum; Operationalisierung der Leistungsgruppe über Vorhandensein des Haft- oder U-Haft-Status und gleichzeitig bestehender akuter psychischer Krise

3.1.1.3 Altersbereiche

In der Regel umfasst der Leistungsauftrag den zugeteilten Altersbereich des Patientenkollektivs. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere bzw. ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Für die Gerontopsychiatrie sind zusätzliche Kriterien definiert, siehe Kapitel C 3.1.2.3.

KP Kinderpsychiatrie: Kinder 0–13 Jahre

Die Kinderpsychiatrie umfasst die Versorgung von Kindern von 0 bis 13 Jahren.

JP Jugendpsychiatrie: Jugendliche 14–17 Jahre

Die Jugendpsychiatrie umfasst die Versorgung von Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren.

EP Erwachsenenpsychiatrie: Erwachsene 18–64 Jahre

Die Erwachsenenpsychiatrie umfasst die Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten von 18 bis 64 Jahren.

GP Gerontopsychiatrie: ab 65 Jahren

Die Gerontopsychiatrie umfasst die Versorgung von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer demenziellen oder anderweitigen hirnorganischen Erkrankung unabhängig vom Alter.

3.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Psychiatrie

Die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen Psychiatrie sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

3.1.2.1 Auftragstypen

Die Auftragstypen sind im Kapitel C 3.1.1.1 beschrieben. In der Beilage zum Versorgungsbericht finden sich die genauen Anforderungen, die ein Spitalstandort erfüllen muss, um sich für einen Auftragstyp Akut- und Vollversorgung oder Spezialversorgung zu bewerben. Die Anforderungen umfassen unter anderem die folgenden Kategorien: Personal, Erreichbarkeit, Aufnahmebereitschaft, Behandlungsangebot, Infrastruktur.

3.1.2.2 Leistungsgruppen

Gemäss den generellen Anforderungen ist eine leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung bei allen Leistungsgruppen zwingend. Zusätzliche Anforderungen sind, wo nötig, definiert und in der Beilage zum Versorgungsbericht zu finden.

Dies betrifft folgende Leistungsbereiche/Leistungsgruppen:

- Demenzen und Delire
- Abhängigkeitserkrankungen
- Essstörungen
- Mutter-Kind-Behandlungen
- Nichtorganische Schlafstörungen
- Säuglings- und kinderspezifische Störungen
- Forensische Psychiatrie

Neu werden darüber hinaus Verknüpfungen von Leistungen definiert. Ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe Demenzen und Delire kann nur dann vergeben werden, wenn auch ein Leistungsauftrag für den Altersbereich Gerontopsychiatrie vorliegt, ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe Säuglings- und kinderspezifische Störungen setzt einen Leistungsauftrag im Altersbereich Kinderpsychiatrie voraus.

3.1.2.3 Altersbereiche

Die Anforderungen für die Altersbereiche finden sich in der Beilage zum Versorgungsbericht. Diese haben sich im Vergleich zu den bisher gültigen Anforderungen nur geringfügig verändert.

3.2 Evaluationskriterien

In diesem Kapitel wird die Methodik der einzelnen Evaluationskriterien im Versorgungsbereich Psychiatrie erläutert.

3.2.1 Qualität

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.1). In der Psychiatrie verzichtet die Gesundheitsdirektion auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da eine damit verbundene Gefahr allokativer Fehlentscheide besteht. Da die Validierung und Reliabilitätsprüfung der Daten über Ergebnis- sowie Indikationsqualität fehlen, sind diese für die Evaluation der Qualität der Leistungserbringung nicht geeignet.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Die Gesundheitsdirektion stellt somit in den generellen, leistungsspezifischen und weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen einzelne Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer. Zusammen mit Expertinnen und Experten sowie mittels Literaturanalyse wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Diese umfassen generelle und leistungsspezifische Qualitätsvorgaben. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der geforderten Qualitätsvorgaben gemäss Selbstdeklaration durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft.

3.2.2 Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Zudem müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden. Dies hält das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 06.05.2014 im Zusammenhang mit der Zürcher Spitalliste Akutomatik 2012 fest. Weiter stützt sich die Gesundheitsdirektion auf die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt.

Das nachfolgend beschriebene Vorgehen der Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18.05.2018 bzw. vom 27.06.2019. Zudem wird die Methodik den Anforderungen der gesetzlichen Grundlagen und der heutigen Rechtsprechung gerecht. In der Spitalplanung nimmt die Versorgungssicherheit einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben der kosteneffizienten Erbringung der stationären Spitalleistungen ist es deshalb wichtig, dass die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber diese Leistungen langfristig anbieten können. Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit wird diesen beiden Anforderungen gerecht, indem die Beurteilung sich einerseits auf der Kosteneffizienz und andererseits auf der wirtschaftlichen Stabilität der potenziellen Leistungserbringer abstützt.

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern evaluiert. Die Kostenbasis wird gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung hergeleitet. Wenn möglich werden die Fall- bzw. Tageskosten mit dem Schweregrad bereinigt. Diese Kostennormierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Bewerbern. In der Psychiatrie sind zwei Kennzahlen massgebend: die DMI-bereinigten Tageskosten und die normierten Fallkosten (DMI-bereinigte Tageskosten multipliziert mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik).

Neben der etablierten Evaluation der Kosten auf Betriebsebene werden die Kosten auf Ebene Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) analysiert. Sollten diese Auswertungen einen bedeutsamen Mehrwert liefern, werden sie in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einfließen.

Durchgeführt werden nicht nur jahresspezifische Vergleiche. Ein jahresübergreifender Kostenvergleich ist sinnvoll, weil damit der Beurteilung der jeweiligen Kostenentwicklung und allfälligen Kostenausreissern in einem spezifischen Jahr Rechnung getragen werden kann. Die Analyse findet zum einen basierend auf dem Durchschnitt der jahresspezifischen Kosten statt. Zum anderen wird die Entwicklung (sinkend, konstant, steigend, schwankend) der Kosten in die Beurteilung einfließen.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Der Inhalt und das Format der KTR entspricht den Vorgaben von SwissDRG. Neben den KTR-Daten werden die Kostendaten auf Betriebsebene im KOREK bzw. ITAR_K herangezogen. Diese dienen zum einen der Plausibilisierung der KTR, und zum anderen liefern sie die fallunabhängigen Kostendaten, die in der Herleitung der Kostenbasis berücksichtigt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der potenzielle Leistungserbringer finanzielle Stabilität nachweisen kann. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität werden deshalb drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBIT-DAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für die Liquidität. Sie weist die Anzahl verbleibender Monate der Aufrechterhaltung von Aktivitäten und Verpflichtungen bei einem allfälligen Einnahmeausfall aus.

Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll auch die Liquiditätsplanung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Die Liquiditätsplanung verschafft einen Überblick, wie viel freie Liquidität kurz-, mittel- und langfristig zur Verfügung steht. Die zentralen Ergebnisse der Liquiditätsplanung sind die am Ende einer jeden Planperiode vorliegenden Liquiditätsbestände (Liquidität am Periodenende) sowie deren Entwicklung über den gesamten Planungshorizont. Es gilt, künftige Liquiditätsengpässe rechtzeitig aufzuspüren, um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Daher wird von allen Bewerbern eine Liquiditätsplanung über den gesamten Planungshorizont (2023–2032) des Gesamtbetriebs verlangt. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen.

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie sich die Liquidität über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 entwickelt. Übermässig grosse Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären und sollten beispielsweise auf grössere Investitionstätigkeiten zurückführbar sein.

Neubewerber

Neubewerbungen, also Bewerbungen von neuen Spitälern, deren Standort als Bauprojekt geplant ist, werden anhand von Plandaten evaluiert. Um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen zu können, liefern die interessierten Leistungserbringer der Gesundheitsdirektion neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen eine Plankostenrechnung für den stationären Bereich sowie eine Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Daten sind dafür in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen.

Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), die geplanten Leistungsmengen (Planbetten, Stationäre Austritte, Case Mix, Day Mix und Pflage tage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Personaldaten basieren dabei auf einem durchschnittlichen Wert für den gesamten Planungshorizont mit Blick auf den Gesamtbetrieb. Hingegen sind die restlichen Angaben im Bereich der Planungsgrundlagen für den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032 pro Jahr anzugeben.

Die Plankostenrechnung wie auch die Planerfolgsrechnung beinhalten die Datenerfassung unter Berücksichtigung der bekannten Aggregationsstufen der Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur. Abgefragt werden diese Daten über den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032.

Vorgehen Evaluation

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, werden die oben erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Während die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität die für einen Leistungsauftrag aus wirtschaftlicher Sicht geeigneten Bewerber identifiziert, wird die Kosteneffizienz dieser Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

3.2.3 Zugänglichkeit

Auch im Fachbereich Psychiatrie muss die zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung sichergestellt sein. Für die Ermittlung der Fahrzeiten wurde daher ein analoges Vorgehen gewählt (vgl. Kapitel C 2.2.3): Die Berechnungen basieren auf einem für den Kanton Zürich spezifizierten Verkehrsmodell. Das Modell stützt sich auf Angaben zum motorisierten Individualverkehr unter der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes. Als Datengrundlage dient die postleitzahlspezifische Verteilung der Wohnbevölkerung des Jahres 2017 und der Arbeitsorte des Jahres 2016 sowie das im Jahr 2016 bestehende kantonale Verkehrsnetz.

In Zusammenarbeit mit dem Amt für Verkehr der Volkswirtschaftsdirektion und dem GIS-Zentrum der Baudirektion wurde im Einzelnen folgendes Vorgehen festgelegt: Das kantonale Strassennetz wird im Verkehrsmodell als Knotennetz abgebildet. Je nach Strassentyp werden den einzelnen Netzabschnitten unterschiedliche durchschnittliche Fahrgeschwindigkeiten zugewiesen. Anschliessend wird für jeden Spitalstandort und jede Postleitzahl die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsorte auf Postleitzahlebene zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. Sodann werden die Fahrzeiten in einzelne Zeitintervalle eingeteilt.

Anders als im Fachbereich Akutsomatik kommen in der Psychiatrie lediglich zwei Kategorien zur Anwendung: Die Zugänglichkeit zur Notfallversorgung innert nützlicher Frist gilt als gegeben, wenn die nächstgelegene Klinik innerhalb von 30 Minuten erreichbar ist. In die Berechnungen werden nur Kliniken der Akut- und Vollversorgung einbezogen, nicht jedoch Kliniken der Spezialversorgung, da diese keine Notfallversorgung anbieten.

4. Methodik Rehabilitation

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen im Versorgungsbereich Rehabilitation detailliert beschrieben.

Definition der stationären medizinischen Rehabilitation

Der Begriff «Rehabilitation» wird im KVG nicht definiert. Semantisch setzt sich das Wort aus den lateinischen Wörtern «re» (wieder) und «habilitas» (Geschicklichkeit) zusammen und bedeutet somit die Wiedergewinnung der Geschicklichkeit. Gemäss WHO wird Rehabilitation wie folgt umfassend beschrieben: «koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft».

Gegenstand der Bedarfsplanung ist die stationäre medizinische Rehabilitation der Zürcher Bevölkerung. Aspekte der schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation werden nur soweit erforderlich einbezogen.

Definition in Abgrenzung zur Akutsomatik

Während die Akutmedizin in erster Linie auf die kurative (heilende) Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der Folgen akuter Krankheiten im Vordergrund. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilnahme an der Gesellschaft. Leitgedanke zur Zielsetzung ist, die Unabhängigkeit und die Selbstbestimmung im vorbestehenden Umfeld wiederherzustellen. Ist dies nicht möglich, ist die Zielsetzung anzupassen und/oder sind Modifikationen am Umfeld vorzusehen. Ein Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation ist in nachfolgender Abbildung ersichtlich.

Abbildung C14: Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation

Merkmal	Kurative Medizin	Medizinische Rehabilitation
Behandelte Krankheitsbilder	Erkrankung	Krankheitsfolgen
	Akute Gesundheitsbeeinträchtigung	Chronische Erkrankungen
	Akuter Krankheitszustand	Chronischer Krankheitsverlauf
	Gesundheitsstörung	Multimorbide Patientinnen und Patienten Multikausalität der Beschwerden
Behandlungsziel	Völlige Wiederherstellung (Heilung)	Reduktion–Kompensation–Adaption
	Kurzfristige Perspektive	Mittel- bis langfristige Perspektive
Therapieansatz	ICD-Konzept: Ätiologie–Pathologie–Manifestation	ICF-Konzept: Bio-psychosoziales Konzept
	Kausaler Ansatz	Finaler Ansatz
	Medizin zentriert	Interdisziplinäres Team
	Weitgehende Fremdhilfe	Hilfe zur Selbsthilfe
	Kurze Verweildauer	Zeit als Behandlungsfaktor
	Medizinische Intervention	Üben/Training
	Krankenpflege	Eduktion/Beratung
	Medikation	Medikation/Heilmittel
Ressourcenverlauf	Maximal bei Beginn der Massnahmen, degressiver Verlauf	Relativ konstanter Verlauf

Quelle: Jana Ranneberg, Ansätze zur Patientenklassifikation in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Peter Lang, 2006, S. 35

Die medizinische Rehabilitation bezweckt möglichst frühzeitige Massnahmen, die erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder zu ermöglichen. Voraussetzungen, die für die Durchführung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsleistungen kumulativ erfüllt sein müssen, sind die Rehabilitationsbedürftigkeit⁴, die Rehabilitationsfähigkeit⁵ und das Rehabilitationspotenzial⁶.

Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

Neben der stationären medizinischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen. Darunter fallen insbesondere die ambulante Rehabilitation, die Akut- und Übergangspflege, die Kurbehandlung sowie die Palliative Care.

Ambulante Rehabilitation: Die ambulante Rehabilitation verfolgt die gleichen Ziele und wendet die gleichen Behandlungsmethoden an wie die stationäre Rehabilitation. Die Patientinnen und Patienten der ambulanten Rehabilitation sind jedoch nicht spitalbedürftig und benötigen meist eine geringere Therapieintensität. Gleichzeitig muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Die ambulante Rehabilitation hat den Vorteil der grösseren Flexibilität hinsichtlich Wohnort und sozialer Situation der behandelten Person bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen. Die ambulante Rehabilitation ist nicht Gegenstand der Spitalplanung.

Akut- und Übergangspflege: Das KVG sieht in Art. 25a Abs. 2 während längstens zwei Wochen Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt angeordnet werden. Die Kosten werden anteilig von der öffentlichen Hand und von Krankenversicherern finanziert. Akut- und Übergangspflege sind nicht Gegenstand der stationären Rehabilitationsplanung, da sie in einem Pflegeheim oder ambulant (Spitex) erbracht werden und Pflege- anstelle von Rehabilitationsleistungen im Vordergrund stehen.

Kurbehandlung: Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem weitgehend definierten Behandlungsplan (Kurpaket) natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren wie Wasser, Wärme, Klima oder Luft wohnortfern angewendet werden. Die Kur dient schwergewichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung. Kuren sind für Patientinnen und Patienten indiziert, die keine spezifischen Bedürfnisse in Bezug auf Pflege und medizinische Behandlung aufweisen. Sie sind keine Pflichtleistung der Grundversicherung und nicht Gegenstand der vorliegenden Rehabilitationsplanung.

Palliative Care: Sie umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und nahestehende Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung ein. Stationäre Palliative-Care-Leistungen sind im Rahmen der Spitalplanung dem Bereich Akutsomatik zugewiesen.

⁴ Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

⁵ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

⁶ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die Patientin oder der Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

4.1 Leistungsgruppensystematik Rehabilitation

Anforderungen Leistungsgruppensystematik Rehabilitation

Die Leistungsgruppensystematik Rehabilitation⁷ ist die Grundlage, um Leistungsaufträge der kantonale Spitalliste Rehabilitation zu erteilen. Sie bezweckt in erster Linie, dass die Patientinnen und Patienten adäquat versorgt sind und das Leistungsangebot transparent ist sowie ausreichend gesteuert werden kann. Die Leistungsgruppen als zentrales Element der Leistungsgruppensystematik müssen deshalb folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

1. medizinisch sinnvolle Einheiten bilden: Patientinnen und Patienten mit ähnlichem Behandlungsbedarf sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
2. mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein: Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen und Abgrenzungen müssen im Rehabilitationsalltag praktikabel sein.
3. klar und eindeutig definiert sein: Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe müssen deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen eindeutig bestimmt sein.

Handlungsbedarf bestehende Leistungsgruppensystematik

Die Zürcher Spitalplanung 2012 hat die heute geltende Leistungsgruppensystematik Rehabilitation pragmatisch anhand der dannzumal bestehenden Strukturen festgelegt. Die Überprüfung der Leistungsgruppensystematik in Vorbereitung auf die Spitalplanung 2023 hat gezeigt, dass diese grundsätzlich funktioniert. Die in der Zwischenzeit erfolgten Entwicklungen in der Rehabilitationsmedizin und den Gesundheitsversorgungsstrukturen bildet sie jedoch nicht mehr adäquat ab. Konkret hat die Gesundheitsdirektion vorrangigen Handlungsbedarf in drei Punkten identifiziert.

Der erste Punkt betrifft die Granularität der heutigen Leistungsgruppen. Diese erfassen die Leistungsspektren der Rehabilitationskliniken nur sehr grob. Rehabilitationskliniken mit gleichem Leistungsauftrag behandeln teilweise unterschiedliche Patientengruppen. Oder Patientengruppen mit spezialisiertem Behandlungsbedarf, wie z. B. Rehabilitationspatientinnen und -patienten mit schweren Mehrfachverletzungen, werden in unterschiedlichen Kliniken behandelt. Der tatsächliche Versorgungsbedarf von Patientengruppen wie auch die tatsächliche Versorgungsleistung von Rehabilitationskliniken ist damit nicht ausreichend abgebildet.

Der zweite Handlungsbedarf besteht in der Frage, wie die geriatrischen Rehabilitationspatientinnen und -patienten zukünftig im Leistungsgruppenmodell Rehabilitation abzubilden sind. Die Zürcher Spitalplanung 2012 beurteilte die Versorgung dieser Patientengruppe in den organspezifischen Leistungsgruppen als ausreichend. Mit der überproportionalen Zunahme der älteren Bevölkerung nimmt der Anteil dieser Patientengruppe jedoch zu. Andere Kantone haben für diese deshalb eine eigene Leistungsgruppe geschaffen.

Der dritte Handlungsbedarf betrifft die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnosen «Psychische und Verhaltensstörungen» aus dem Katalog ICD-10 durch Rehabilitationskliniken wie auch durch psychiatrische Kliniken. In dieser Schnittstelle galt es, zu klären, ob diese Patientinnen und Patienten zukünftig grundsätzlich in der Rehabilitation und/oder der Psychiatrie behandelt werden sollen.

Erarbeitung neue Leistungsgruppensystematik Rehabilitation

Das mit der Entwicklung einer neuen Leistungsgruppensystematik beauftragte Projektteam der Gesundheitsdirektion hat zuerst andere bestehende Leistungsgruppensystematiken im Fachbereich Rehabilitation national und international überprüfen lassen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es keine anderen Leistungsgruppensystematiken gibt, die für die Spitalplanung Rehabilitation hätten übernommen werden können. Das Projektteam hat daraufhin die neue Leistungsgruppensystematik unter Beizug von über 35 Fachexpertinnen und -experten in einem mehrstufigen Vorgehen entwickelt. In einem ersten Schritt hat das Projektteam die Patientinnen und Patienten der Rehabilitation identifiziert und deren Behandlungsbedarf erfasst. Im zweiten Schritt hat es diejenigen Patientinnen und Patienten mit ähnlichem stationärem Behandlungsbedarf zu Patientengruppen zusammengefasst und Leistungsgruppen zugeordnet. Anschliessend definierte das Projektteam die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen zu den Leistungsgruppen sowie die generellen Qualitätsanforderungen an Rehabilitationskliniken. Im dritten Schritt entwickelte das Projektteam die Leistungsgruppensystematik. Diese hat es in diversen bilateralen Gesprächen mit Fachexpertinnen und -experten sowie Vertretungen von nationalen Organisationen konsolidiert und anschliessend in die Fachanhörung bei Kantonen, Spitälern und weiteren Interessengruppen geschickt.

⁷ Die Leistungsgruppensystematik Rehabilitation weist jeden Behandlungsfall einer oder mehreren Patientenkategorien (Leistungsgruppen) zu. Diese sind systematisch geordnet, benannt und definiert. Die Definitionen der Patientenkategorien stellen den Bezug zu den medizinischen Kategorisierungskriterien her (vor allem Diagnosen, Prozeduren und Alter). Die Produkte der Leistungsgruppensystematik sind das Leistungsgruppenmodell und zur Leistungsgruppensystematik gehören zudem die generellen Qualitätsanforderungen an die Rehabilitationskliniken und die Qualitätsanforderungen an die Leistungsgruppen (leistungsspezifische Anforderungen).

Im Vergleich zur Leistungsgruppensystematik 2012 zeichnet sich die neue Leistungsgruppensystematik Rehabilitation durch differenziertere Leistungsgruppen und die Schaffung von Querschnittsbereichen aus. Dies ermöglicht eine patientengerechtere Versorgung, da leistungsspezifische Anforderungen spezifischer auf den Behandlungsbedarf der Patientengruppen zugeschnitten sind. Es besteht zudem die Möglichkeit, spezialisierte und/oder seltene Leistungen durch Leistungsaufträge zu konzentrieren. Mit der feineren Granularität der Leistungsgruppensystematik ist zudem eine höhere Transparenz über das Leistungsangebot für die Patientinnen und Patienten, die Zuweiser und die Versicherer gegeben. Die Kliniken können ihr Angebot und ihre Spezialisierungen besser ausweisen. Für den Regulator ermöglicht die Systematik eine feinere Steuerung des Leistungsangebotes. Zusammengefasst verbessert die Zürcher Leistungsgruppensystematik die Versorgungsqualität der Rehabilitationspatientinnen und -patienten.

4.1.1 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

4.1.1.1 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation im Überblick

Das Leistungsgruppenmodell besteht aus sechs Leistungsbereichen sowie den Querschnittsbereichen (vgl. Abbildung C15).

Die Leistungsbereiche sind in einzelne Leistungsgruppen gegliedert:

- Muskuloskelettale Rehabilitation: MSK1 bis MSK5
- Neurologische Rehabilitation: NER1 bis NER6
- Kardiovaskuläre Rehabilitation: RKA1 und RKA2
- Pulmonale Rehabilitation: PNR1 und PNR2
- Internistische und Onkologische Rehabilitation: INO1 und INO2
- Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen: SOM1

Die Querschnittsbereiche sind:

- Pädiatrische Rehabilitation
- Erwachsenenrehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation
- Überwachungspflichtige Rehabilitation

Die einzelnen Querschnittsbereiche umfassen verschiedene rehabilitative Leistungen, die zur Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation unabhängig der zugrunde liegenden Erkrankungen erbracht werden können. Demzufolge sind diese Leistungen im Querschnitt aufgeführt und nicht in den sechs Leistungsbereichen abgebildet. Sie können nur in Kombination mit Leistungsgruppen aus den sechs Leistungsbereichen erbracht werden.

Abbildung C15: Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen
Muskuloskelettale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskelettal
	MSK2 Entzündliches Rheuma
	MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen
	MSK4 Amputationen
	MSK5 Verbrennungen
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
Kardiovaskuläre Rehabilitation	NER6 Querschnittlähmung
	RKA1 Allgemein kardiovaskulär
Pulmonale Rehabilitation	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz
	PNR1 Allgemein pulmonal
Internistische und Onkologische Rehabilitation	PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
	INO1 Internistisch
Somatoforme Störungen	INO2 Onkologisch
	SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen
Querschnittsbereiche	PÄD Pädiatrische Rehabilitation
	ERW Erwachsenenrehabilitation
	GER Geriatrische Rehabilitation
	UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung C16: Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	Klinik A	Klinik B Standort 1	Klinik B Standort 2	...
Muskuloskelettale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskelettal				
	MSK2 Entzündliches Rheuma				
	MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen				
	MSK4 Amputationen				
	MSK5 Verbrennungen				
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch				
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen				
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)				
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)				
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen				
	NER6 Querschnittlähmung				
Kardiovaskuläre Rehabilitation	RKA1 Allgemein kardiovaskulär				
	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz				
Pulmonale Rehabilitation	PNR1 Allgemein pulmonal				
	PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation				
Internistische und Onkologische Rehabilitation	INO1 Internistisch				
	INO2 Onkologisch				
Somatoforme Störungen	SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen				
Querschnittsbereiche	PÄD Pädiatrische Rehabilitation				
	ERW Erwachsenenrehabilitation				
	GER Geriatrische Rehabilitation				
	UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation				

In der Regel umfasst der Leistungsauftrag den definierten Altersbereich. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere bzw. ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden.

 Nur Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Überwachungspflichtigkeit.

Quelle: Eigene Darstellung

Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation

Die Rehabilitationsklinik⁸ A hat Leistungsaufträge für MSK1, MSK2, RKA1, INO1 und SOM1 für die Erwachsenenrehabilitation. Mit dem Querschnittsbereich GER ist sie verpflichtet, die geriatrischen Patientinnen und Patienten aus allen Leistungsgruppen zu behandeln, für die sie einen Zürcher Leistungsauftrag hat. Sie nimmt keine überwachungspflichtigen Patientinnen und Patienten gemäss Definition von UEB auf.

Die Rehabilitationsklinik B, Standort 1, hat Leistungsaufträge für NER1, NER2 und NER4 für die Erwachsenenrehabilitation. Sie verfügt zudem über einen Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich UEB. Neben nicht überwachungspflichtigen Patientinnen und Patienten kann sie deshalb auch überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten der jeweiligen Leistungsgruppen aufnehmen und behandeln. Sie nimmt keine geriatrischen Patientinnen und Patienten gemäss Definition von GER auf.

Die Rehabilitationsklinik B, Standort 2, hat einen Leistungsauftrag für NER1 in Kombination mit UEB für die Erwachsenenrehabilitation, wobei die Legende besagt, dass die Rehabilitationsklinik B, Standort 2, nur überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten aufnimmt und behandelt.

⁸ Der in der Folge verwendete Begriff «Rehabilitationsklinik» bezieht sich auf einen Spitalstandort.

4.1.1.2 Leistungsbereiche und -gruppen

Nachfolgend werden die einzelnen Leistungsbereiche und die dazugehörigen Leistungsgruppen beschrieben.

Zu den einzelnen Leistungsgruppen sind einerseits die Definitionen, andererseits die häufigen Hauptdiagnosen/Indikationen aufgelistet, die zu Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf führen können. Diese Listen sind nicht abschliessend. Massgeblich ist die Zuteilung anhand des Internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) sowie von Leistungen aus dem Schweizerischen Operationskatalog (CHOP) zu den Leistungsgruppen (vgl. Beilage zum Versorgungsbericht).

Leistungsbereich «Muskuloskelettale Rehabilitation»

Im Leistungsbereich muskuloskelettale Rehabilitation werden Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund angeborener oder erworbener Fehler des Haltungs- und Bewegungsapparats, degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen, nach Unfällen, Amputationen sowie nach Operationen am Stütz- und Bewegungsapparat behandelt.

Der Leistungsbereich muskuloskelettale Rehabilitation umfasst folgende Leistungsgruppen:

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
MSK1 Allgemein muskuloskelettal	Behandlung der Folgen ¹ von chronischen und akuten Beschwerden und Funktionseinschränkungen, die Knochen, Gelenke, Wirbelsäule (Stütz- und Bewegungsapparat) oder die Weichteile betreffen, sofern die Patientinnen und Patienten nicht ausdrücklich einer anderen muskuloskelettalen Leistungsgruppe zugewiesen sind.	Prothetik (vor allem Hüft-, Knieprothese) mit und ohne Teilbelastung bzw. Bewegungseinschränkung mit höherem Nachversorgungsbedarf; Frakturen; degenerative Wirbelsäulenerkrankungen; Rückenoperationen (z. B. Wirbelsäuleneingriffe; Narbenoperationen; Kyphoplastie); Arthrose
MSK2 Entzündliches Rheuma	Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen rheumatischen Entzündungen am Bewegungsapparat.	Rheumatoide Arthritis; Konnektividen und Vaskulitiden; Spondylarthropathien
MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen	Behandlung der Folgen von Mehrfachverletzungen, definiert durch die Kombination von Verletzungen in verschiedenen Körperregionen (Kopf, Thorax, Abdomen, Niere, Urogenitalorgane, Wirbelsäule und Rückenmark, obere Extremität, untere Extremität). Diese Patientinnen und Patienten haben keine neurologischen Verletzungen, insbesondere Schädel-Hirn-Trauma erlitten.	Beckenfrakturen; offene Frakturen von oberen und unteren Extremitäten; Verletzungen des Brustkorbes mit Störungen von Atmung oder Herzfunktion
MSK4 Amputationen	Behandlung der Folgen von unfall- oder krankheitsbedingten Amputationen an oberen oder unteren Extremitäten.	Amputationen an oberen oder unteren Extremitäten; Komplikationen am Amputationsstumpf
MSK5 Verbrennungen	Behandlung der Folgen von schweren Brandverletzungen (20–90% der Körperoberfläche).	Verbrennungen oder Verätzungen, häufig damit verbundene Bewegungseinschränkungen an den grossen Gelenken; Verbrennungen im Gesicht; Verbrennungen an den Händen

¹ Nachfolgend subsumiert der Begriff «Folgen»: Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation.

Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»

Im Leistungsbereich neurologische Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie neuromuskulärer Erkrankungen behandelt.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
NER1 Allgemein neurologisch	Behandlung der Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie neuromuskulärer Erkrankungen, sofern die Patientinnen und Patienten nicht ausdrücklich einer anderen neurologischen Leistungsgruppe zugewiesen sind.	Zerebrovaskuläre Ereignisse; Hirnblutung; Schlaganfall; neurologische Tumore; Polyneuropathie; Critical-Illness-Polyneuro-/Myopathie; Cerebral Parese; Schädelhirntrauma; Amyotrophe Lateralsklerose; Epilepsie; Multiple Sklerose in der Frühphase; Extrapyramidale Erkrankungen (Parkinson und ähnliche) mit einer stabilen Medikationssituation ohne schwere Begleitsymptome (z. B. weglaufgefährdet, stark sturzgefährdet)
NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen als Folge neurologischer Erkrankungen. Die Patientinnen und Patienten zeichnen sich aus durch schwere, neurologisch verursachte Störungen in Kognition (Gedächtnisverlust, Orientierungslosigkeit, Kommunikation), in der Kontrolle von Impulsivität, im Affekt und Antrieb. Sie weisen eine hohe Weglaufgefährdung mit gesundheitlichen Risiken auf. Die mit den neurologischen Erkrankungen einhergehenden psychischen Störungen können oft wesentliche Selbst- oder Fremdgefährdung verursachen.	Schädel-Hirn-Trauma; Hirnblutungen; zerebrovaskuläre Insuffizienz; Thalamusinfarkt; Enzephalitiden; neurologische Tumore
NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)	Behandlung von Patientinnen und Patienten, die Multiple Sklerose in der Spätphase haben und aufgrund Schädigungen der Körperfunktionen in ihren Aktivitäten und ihrer Partizipation stark beeinträchtigt sind. Verschiedene neurologische Systeme können unterschiedlich stark betroffen sein. Im Vordergrund stehen Einschränkungen der Gehfähigkeit, der Koordinations- und Gleichgewichtsfunktion, der Feinmotorik, der Miktions-, selten auch der Defäkationsfunktion, der Kognition, der Sehfähigkeit und Augenmotorik. Stark limitierend in Bezug auf Alltagsaktivitäten ist oft eine ausgeprägte Müdigkeit. Ebenfalls ein stark beeinträchtigendes Symptom ist die Spastik. Aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung sind die Patientinnen und Patienten oft auf den Rollstuhl angewiesen, gelegentlich kommen auch Schluckstörungen hinzu.	Multiple Sklerose in der Spätphase mit vorherrschend schubförmigem, mit primär-chronischem oder mit sekundär-chronischem Verlauf
NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)	Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich in der Spätphase ihrer Parkinson-Erkrankung oder Parkinson-ähnlicher Bewegungsstörung befinden und Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation aufweisen. Typische Symptome sind zeitlichen Schwankungen der Beweglichkeit (on/off), wiederkehrende Stürze, kognitive Störungen, Schluckstörungen oder stark beeinträchtigende Nebenwirkungen der Parkinson-Medikation.	Extrapyramidale Bewegungsstörungen; bei Kindern und Jugendlichen: hypo- bzw. hyperkinetisch Bewegungsstörungen
NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	Behandlung der Folgen von Hirnverletzungen oder anderen neurologischen Verletzungen in Kombination mit Verletzungen in anderen Körperregionen (Thorax, Abdomen, Niere, Urogenitalorgane, Wirbelsäule und Rückenmark, obere Extremität, untere Extremität)	Mehrfachverletzungen mit Schädel-Hirn-Trauma
NER6 Querschnittlähmung	Diese Leistungsgruppe umfasst die Erstrehabilitation, die Folgebehandlung und die Komplikationsbehandlung von Personen mit unfall- oder krankheitsbedingten sowie angeborenen Lähmungen an den oberen und/oder unteren Extremitäten sowie am Rumpf (Querschnittlähmungen), die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden.	Akute Querschnittlähmung; chronische Querschnittlähmung; akutmedizinische Komplikation bei Querschnittlähmung (Infektionen, Dekubitus, Fraktur, Thrombose, Embolie)

Leistungsbereich «Kardiovaskuläre Rehabilitation»

Im Leistungsbereich kardiovaskuläre Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie nach entsprechenden operativen Eingriffen behandelt.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
RKA1 Allgemein kardiovaskulär	Behandlung der Folgen von Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, häufig mit vorangegangener akuter Dekompensation oder nach Herzoperationen (z. B. Sternotomie, Aortenklappenersatz, Bypass, Einsatz von Gefäßprothese oder Mitralclip, Trikuspidalklappenrekonstruktion) sowie nach sonstigen Gefäßoperationen	Herzinfarkt; Herzinsuffizienz; Herzoperationen; Klappenersatz; Klappenrekonstruktion; Aortenaneurysma-OP; rupturiertes Aortenaneurysma
RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantation/ Kunstherz	Behandlung der Folgen nach einer Herztransplantation oder nach dem Einsatz eines Kunstherzes	Herztransplantation oder Einsatz Kunstherz

Leistungsbereich «Pulmonale Rehabilitation»

Im Leistungsbereich pulmonale Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Krankheiten der unteren Atemwege und anderen die körperliche Leistungsfähigkeit reduzierenden Lungenkrankheiten sowie nach entsprechenden thoraxchirurgischen Eingriffen behandelt.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
PNR1 Allgemein pulmonal	Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen Erkrankungen der Lunge mit eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit; schweres Asthma bronchiale; postoperativ nach Tumorchirurgie; Lungenvolumenreduktionschirurgie; Empyem-Dekortikation; interstitielle Pneumopathien; Lungenembolien; Pneumonien.
PNR2 Pulmonale Hypertonie/ Lungentransplantation	Behandlung der Folgen von pulmonaler Hypertonie, vor/nach Lungentransplantation oder nach komplizierten Eingriffen an der Thoraxhöhle (ohne kardiochirurgische Eingriffe) bzw. nach postoperativen Komplikationen	Pulmonale Hypertonie; Prä-/Post-Lungentransplantation

Leistungsbereich «Internistische und Onkologische Rehabilitation»

Im Leistungsbereich internistische und onkologische Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund Erkrankungen mehrerer Organsysteme, nach kompliziertem Krankheitsverlauf infolge von operativen Eingriffen, nach grösseren chirurgischen Eingriffen oder mit onkologischen/hämatologischen Krankheitsbildern behandelt.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
INO1 Internistisch	Behandlung der Folgen von schweren chirurgischen Eingriffe (auch Organtransplantationen, ohne Herz und Lunge), internistischer Erkrankungen, bei denen zwei und mehr Organe oder Organsysteme betroffen sind sowie krankheitsbedingter Malnutrition	Nach chirurgischem Eingriff an Gastrointestinaltrakt und dessen Anhangsgebilden, an den Nieren und den ableitenden Harnwegen, an den urogenitalen Organen inkl. gynäkologischer Eingriffe; nach chirurgischer/plastischer Wundversorgung; Erkrankungen des Magen-Darm Trakts; schwere Infektionskrankheiten; nach längerer intensivmedizinischer Behandlung; fortgeschrittene chronische (konsumierende) Erkrankungen, z. B. Entzündung, Parasiten; Nierentransplantation; Lebertransplantation; Gefässerkrankungen
INO2 Onkologisch	Behandlung der Folgen von (aktivierten) onkologischen/hämatologischen Erkrankung und deren Folgen. Im Grundsatz werden alle Patientinnen und Patienten mit onkologischer Erkrankungen der onkologischen Rehabilitation zugeteilt. Stehen aber aufgrund einer Krebserkrankung primär organspezifisch bedingte Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation im Vordergrund (z. B. neurologisch bedingte Störungen nach einem Gehirntumor), so ist eine entsprechend dafür spezialisierte Rehabilitation (NER, RKA, PNR) indiziert.	Tumore des Magen-Darm-Trakts; Tumore der blutbildenden Organe; Tumore der Knochen; Hals-Nasen-Ohren-Karzinome; Harnblasen- oder Nierentumore; Prostata-Karzinom; Mamma-Karzinome; Gebärmutter-Karzinome; nach Stammzelltransplantation; Tumor-Fatigue

Leistungsbereich «Somatoforme Störungen»

Im Leistungsbereich somatoforme Störungen werden Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund von komplexen chronischen Schmerzsyndromen oder einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) behandelt. Mit Ausnahme der Diagnose F45 sind alle Patientinnen und Patienten mit einer anderen Hauptdiagnose aus dem Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» (ICD-10) ausschliesslich den Psychiatrien zugeordnet.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen	Behandlung der Folgen einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) oder organisch bedingten chronischen Schmerzstörung oder Schmerzverarbeitungsstörung. Bei diesen Patientinnen und Patienten ist die körperliche und psychische Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation stark eingeschränkt.	Somatoforme Störungen; chronische Schmerzstörung; Fibromyalgie; Kopfschmerz; Migräne

4.1.1.3 Querschnittsbereiche

Den Querschnittsbereichen zugeordnet sind die «Pädiatrische Rehabilitation», «Erwachsenenrehabilitation», «Geriatrische Rehabilitation» und «Überwachungspflichtige Rehabilitation». Die Querschnittsbereiche können nur in Kombination mit Leistungsgruppen aus den sechs Leistungsbereichen erbracht werden.

Für die Rehabilitation sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen Syndromen bestehen altersspezifische Anforderungen an Therapie, Personal und Infrastruktur. Vor diesem Hintergrund sind die Querschnittsbereiche «Pädiatrische Rehabilitation» und «Geriatrische Rehabilitation» mehr oder minder über die Altersbereiche der Patientinnen und Patienten, die behandelt werden, definiert. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere oder ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Für die geriatrische Rehabilitation sind zusätzliche, patientenspezifische Merkmale als Einschlusskriterien definiert, da die Behandlung älterer Erwachsener ohne geriatrische Syndrome in der Erwachsenenrehabilitation erfolgt.

Der Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» ist auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten ausgerichtet, die rund um die Uhr überwacht werden müssen.

Querschnittsbereich «Pädiatrische Rehabilitation»

Die pädiatrische Rehabilitation umfasst die Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr. Sie unterscheidet sich von jener der erwachsenen Patientinnen und Patienten aufgrund altersspezifischer Anforderungen wie medizinische Behandlung, kind- und jugendgerechte Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, schulische Betreuung und Berufsberatung, Freizeitangebot und Aufnahme von Begleitpersonen.

Querschnittsbereich «Erwachsenenrehabilitation»

Die Erwachsenenrehabilitation umfasst die Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation»

Die geriatrische Rehabilitation will in erster Linie die Patientinnen und Patienten befähigen, eine möglichst selbstständige Lebensführung in angestammter Wohnsituation zu halten oder wiederzuerlangen.

Patientinnen und Patienten der geriatrischen Rehabilitation sind der Regel älter als 75 Jahre und erfüllen zusätzlich die folgenden drei Kriterien:

- **Multimorbidität:** Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei aktiven und problematischen Erkrankungen
- **geriatrische Syndrome:** Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei Syndromen/Symptome wie z. B. kognitive Einschränkung, insbesondere Immobilität, erhöhtes Sturzrisiko, Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin, Malnutrition und/oder Sarkopenie, Depression oder Angststörung, eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane, Dekubitalulzera, chronische Schmerzen, Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance oder soziale Isolation
- **Gebrechlichkeit (Frailty):** Aufgrund altersbedingt stark verminderter Lebens- und Gesundheitskräfte ist mit allgemein erhöhter Anfälligkeit gegenüber exogenen Stressfaktoren (Erkrankung, Überlastung, Unruhe usw.) zu rechnen.

Die Operationalisierung des Querschnittsbereichs «Geriatrische Rehabilitation» ist in Entwicklung. Die medizinischen Kriterien könnten im Zuge der Operationalisierung angepasst bzw. präzisiert werden.

Für eine Behandlung in der geriatrischen Rehabilitation müssen zwingend alle drei zusätzlichen Kriterien (Multimorbidität, geriatrische Syndrome und Gebrechlichkeit [Frailty]) erfüllt sein. Wenn medizinisch indiziert, können auch Patientinnen und Patienten, die jünger als 75 Jahre sind und diese drei Kriterien erfüllen, in der geriatrischen Rehabilitation behandelt werden.

Um den Auftrag für den Querschnittsbereich GER zu erhalten, muss eine Rehabilitationsklinik mindestens einen Leistungsauftrag für eine der folgenden Leistungsgruppen innehaben: MSK1, NER1, RKA1, PNR1, INO1. Welche geriatrischen Patientinnen und Patienten eine Klinik behandeln darf, ist durch die Leistungsaufträge bestimmt:

GER plus Leistungsauftrag ...	Klinik darf aus folgenden Leistungsgruppen Patientinnen und Patienten gemäss Definition GER behandeln:
MSK1	MSK1, RKA1, PNR1, INO1
NER1	NER1, RKA1, PNR1, INO1
RKA1 oder PNR1 oder INO1	RKA1, PNR1, INO1

Das bedeutet demzufolge, dass ein geriatrischer Patient nach einem Hirnschlag ausschliesslich in einer neurologischen Rehabilitationsklinik mit den Leistungsaufträgen NER1 und GER behandelt werden darf. Geriatrische Patientinnen und Patienten, die einer anderen Leistungsgruppe als MSK1, NER1, RKA1, PNE1 oder INO1 zugeordnet sind, dürfen ohne Leistungsauftrag «GER Geriatrische Rehabilitation» behandelt werden. Verfügt eine Rehabilitationsklinik über den Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER, ist dieser grundsätzlich über alle Leistungsgruppen zu erfüllen, für welche die Klinik einen Zürcher Leistungsauftrag hat.

Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation»

Der Querschnittsbereich der überwachungspflichtigen Rehabilitation umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF mit folgenden Zielen:

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

Die überwachungspflichtige Rehabilitation bildet – nach der akutmedizinischen Diagnostik und Therapie – die zweite, weniger, aber immer noch intensive Phase der Akutbehandlung. Meist beginnt diese Phase unmittelbar nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation. Die Patientinnen und Patienten weisen zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung keine Intensivpflichtigkeit mehr auf und ihre akutmedizinische Primärdiagnostik und -versorgung ist abgeschlossen. Ihre Vitalparameter müssen aber rund um die Uhr überwacht werden (Puls, Blutdruck, Atmung usw.).

Die Patientinnen und Patienten durchlaufen ein umfassendes, auf alle Komponenten der ICF bezogenes Rehabilitationsprogramm. Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration. Am Ende der überwachungspflichtigen Rehabilitation soll die Rehabilitationsfähigkeit für die Phase der weiterführenden Rehabilitation vorliegen.

Ergänzende Bemerkung: In der im Juni 2020 publizierten Version des Leistungsgruppenmodells Rehabilitation führte die Gesundheitsdirektion auch den Querschnittsbereich für eine überwachungspflichtige Rehabilitation am akutsomatischen Spital («Überwachungspflichtigkeit Level 2»). Nach eingehender Prüfung ist die Gesundheitsdirektion zum Schluss gekommen, diesen Leistungsauftrag bei den akutsomatischen Spitälern zu belassen und wo notwendig mit entsprechenden Massnahmen zu fördern (vgl. Kapitel G 2).

4.1.1.4 Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells

Damit Leistungsgruppen eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen (z. B. ICD und CHOP) basieren. Im Gegensatz zur Akutmedizin steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Zentrum der Rehabilitation. Die ICF-Klassifikation⁹ mit ihren Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe würde dafür grundsätzlich eine gute Grundlage darstellen. Allerdings hat sie bis heute wegen des hohen zeitlichen Kodieraufwandes und der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung die volle Praxisreife noch nicht erreicht. Zudem steht heute keine gesamtschweizerische,

⁹ Die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der WHO dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik zur Verfügung. Damit können der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden. Mangels einer operablen ICF-Klassifikation erfolgt die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen aufgrund der ICD-Klassifikation und teilweise der CHOP-Klassifikation. Analog zur Akut-somatik werden alle Fälle mit einem Algorithmus (vgl. Kapitel C 1.2) einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Bei Fällen, die aufgrund ihrer Codierung mehreren Leistungsgruppen zugeteilt werden könnten, erfolgt die Zuteilung anhand einer im Algorithmus festgelegten Hierarchie der Leistungsgruppen. In der Regel gilt: Je komplexer die Leistungen sind, desto höher in der Hierarchie sind die Leistungsgruppen angesiedelt. Die vorläufige Operationalisierung (Stand 01.07.2020) der einzelnen Leistungsgruppen ist ersichtlich in der Beilage zum Versorgungsbericht. Für die Bewerbung für die Spitalliste Rehabilitation im Sommer 2021 wird eine aktualisierte Version zur Verfügung gestellt.

4.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation

Um sich grundsätzlich für eine Aufnahme auf die Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2023 zu qualifizieren, müssen Bewerberinnen und Bewerber Zulassungskriterien, die sogenannten generellen Qualitätsanforderungen, erfüllen. Diese Qualitätsanforderungen dienen dazu, die Mindestqualität bei den Zürcher Spitälern Rehabilitation sicherzustellen. Damit schaffen sie gleichzeitig eine klare Abgrenzung der stationären Rehabilitation zu anderen Leistungsangeboten. Die generellen Qualitätsanforderungen Rehabilitation sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.

Zusätzlich zu den generellen Qualitätsanforderungen müssen die Leistungsanbieter für jede Leistungsgruppe, für die sie einen Leistungsauftrag anstreben, leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen beziehen sich auf eingesetztes Personal, rehabilitative Diagnostik und Behandlung, Kooperationen, Notfall-Bereitschaft, infrastrukturelle Ausstattung sowie Mindestfallzahlen.

4.2 Evaluationskriterien

In diesem Kapitel wird die Methodik der einzelnen Evaluationskriterien im Versorgungsbereich Rehabilitation erläutert.

4.2.1 Qualität

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.1). Die Gesundheitsdirektion verzichtet in der Rehabilitation auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da in der Rehabilitation bis anhin schweizweit verbindliche Messkriterien oder Messzeitpunkte für die Ergebnisindikatoren weitgehend fehlen. Damit einhergehend beurteilt sie das Risiko allokativer Fehlentscheide als zu gross.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher grundsätzlich auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Die Gesundheitsdirektion legte folglich Standards fest, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Zusammen mit Expertinnen und Experten sowie mittels Literaturanalyse wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Dabei sind generelle und leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der geforderten Qualitätsvorgaben gemäss Selbstdекlaration durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft.

4.2.2 Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Zudem müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden. Dies hält das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 06.05.2014 im Zusammenhang mit der Zürcher Spitalliste Akut-somatik 2012 fest. Weiter stützt sich die Gesundheitsdirektion auf die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt.

Das nachfolgend beschriebene Vorgehen der Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18.05.2018 und vom 27.06.2019. Zudem wird die Methodik den Anforderungen der gesetzlichen Grundlagen und der heutigen Rechtsprechung gerecht. In der Spitalplanung nimmt die Versorgungssicherheit einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben der kosteneffizienten Erbringung der stationären Spitalleistungen ist es deshalb wichtig, dass die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber diese Leistungen langfristig anbieten können. Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit wird diesen beiden Anforderungen gerecht, indem die Beurteilung sich einerseits auf der Kosteneffizienz und andererseits auf der wirtschaftlichen Stabilität der potenziellen Leistungserbringer abstützt.

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerbern evaluiert. Die Kostenbasis wird gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung hergeleitet. Wenn möglich werden die Fall- bzw. Tageskosten mit dem Schweregrad bereinigt. Diese Kostennormierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Bewerbern. Da in der Rehabilitation noch keine Schweregradbereinigung oder Kostennormierung möglich ist, werden für die Beurteilung ausschliesslich die Tageskosten herangezogen.

Neben der etablierten Evaluation der Kosten auf Betriebsebene werden die Kosten auf Ebene Spitalleistungsgruppe (SPLG) und Spitalleistungsbereich (SPLB) analysiert.

Sollten diese Auswertungen einen bedeutsamen Mehrwert liefern, werden sie in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einfließen.

Durchgeführt werden nicht nur jahresspezifische Vergleiche. Ein jahresübergreifender Kostenvergleich ist sinnvoll, weil damit der Beurteilung der jeweiligen Kostenentwicklung und allfälligen Kostenausreissern in einem spezifischen Jahr Rechnung getragen werden kann. Die Analyse findet zum einen basierend auf dem Durchschnitt der jahresspezifischen Kosten statt. Zum anderen wird die Entwicklung (sinkend, konstant, steigend, schwankend) der Kosten in die Beurteilung einfließen.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Der Inhalt und das Format der KTR entspricht den Vorgaben von SwissDRG. Neben den KTR-Daten werden die Kostendaten auf Betriebsebene im KOREK bzw. ITAR_K herangezogen. Diese dienen zum einen der Plausibilisierung der KTR, und zum anderen liefern sie die fallunabhängigen Kostendaten, die in der Herleitung der Kostenbasis berücksichtigt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der potenzielle Leistungserbringer finanzielle Stabilität nachweisen kann. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität werden deshalb drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBIT-DAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für die Liquidität. Sie weist die Anzahl verbleibender Monate der Aufrechterhaltung von Aktivitäten und Verpflichtungen bei einem allfälligen Einnahmeausfall aus.

Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll auch die Liquiditätsplanung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Die Liquiditätsplanung verschafft einen Überblick, wie viel freie Liquidität kurz-, mittel- und langfristig zur Verfügung steht. Die zentralen Ergebnisse der Liquiditätsplanung sind die am Ende einer jeden Planperiode vorliegenden Liquiditätsbestände (Liquidität am Periodenende) sowie deren Entwicklung über den gesamten Planungshorizont. Es gilt, künftige Liquiditätsengpässe rechtzeitig aufzuspüren, um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Daher wird von allen Bewerbern eine Liquiditätsplanung über den gesamten Planungshorizont (2023–2032) des Gesamtbetriebs verlangt. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen.

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie sich die Liquidität über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 entwickelt. Übermässig grosse Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären und sollten beispielsweise auf grössere Investitionstätigkeiten zurückführbar sein.

Neubewerber

Neubewerbungen, also Bewerbungen von neuen Spitälern, deren Standort als Bauprojekt geplant ist, werden anhand von Plandaten evaluiert. Um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen zu können, liefern die interessierten Leistungserbringer der Gesundheitsdirektion neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen eine Plankostenrechnung für den stationären Bereich sowie eine Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Daten sind dafür in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen. Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, Stationäre Austritte, Case Mix, Day Mix und Pflgetage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Personaldaten basieren dabei auf einem durchschnittlichen Wert für den gesamten Planungshorizont mit Blick auf den Gesamtbetrieb. Hingegen sind die restlichen Angaben im Bereich der Planungsgrundlagen für den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032 pro Jahr anzugeben.

Die Plankostenrechnung wie auch die Planerfolgsrechnung beinhalten die Datenerfassung unter Berücksichtigung der bekannten Aggregationsstufen der Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur. Abgefragt werden diese Daten über den gesamten Planungshorizont von 2023 bis 2032.

Vorgehen Evaluation

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, werden die oben erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Während die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität die für einen Leistungsauftrag aus wirtschaftlicher Sicht geeigneten Bewerber identifiziert, wird die Kosteneffizienz dieser Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

4.2.3 Zugänglichkeit

Auf die Evaluation der zeitlichen Erreichbarkeit wird in der Rehabilitation verzichtet. Die zeitliche Erreichbarkeit als hartes Kriterium ist relevant für die Notfallversorgung (Spitalnotfallstation oder Psychiatrie mit Akut- und Vollversorgung). Die Eintritte in die Rehabilitationskliniken erfolgen hingegen geplant und nach vorgängiger Kostengutsprache des Krankenversicherers. Es gilt stattdessen der in der Rehabilitationsstrategie grundsätzlich definierte Versorgungsbedarf für die Zürcher Bevölkerung an akutspital- und wohnortsnahen Versorgungsstrukturen in Ergänzung zu den bisherigen zumeist wohnorts- und akutspitalfernen Versorgungsangeboten zu beachten.



Akutsomatik

- 1 Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung**
- 2 Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich**
- 3 Leistungsangebot der Zürcher Kliniken**

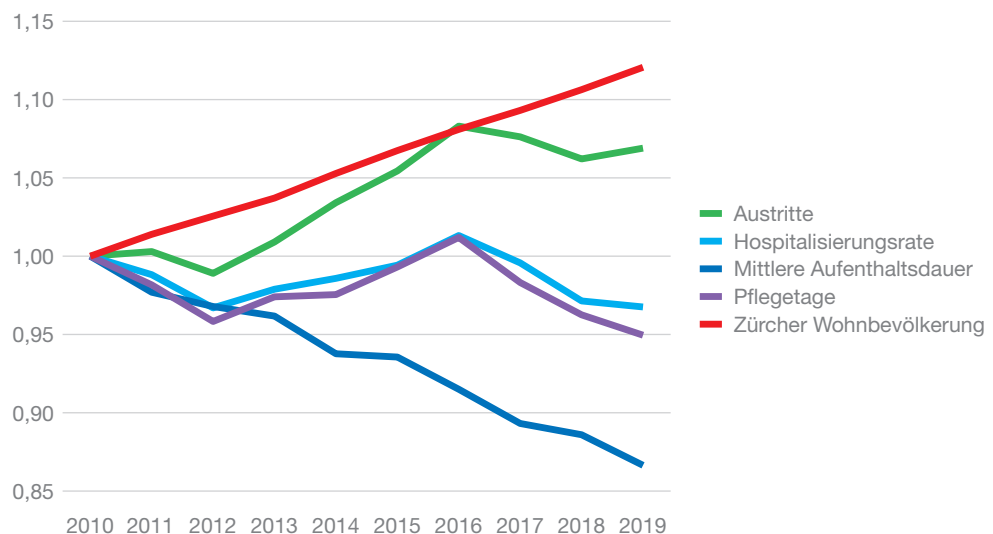
1. Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten beschrieben. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes liegen der Gesundheitsdirektion die Daten der ausserkantonalen Spitäler des Jahres 2019 noch nicht vor. Für die Prognose und die Darstellung der bisherigen Nachfrage werden die Daten des Jahres 2018 der ausserkantonalen Spitäler verwendet. Datengrundlage für dieses Kapitel sind die tatsächlich beobachteten Fälle. Anschliessend werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Akutsummatik beschrieben und die Resultate der Prognose dargestellt.

1.1 Bisherige Nachfrage

Abbildung D1 zeigt die Entwicklung der Zürcher Bevölkerung sowie der stationären Leistungen, die von Zürcher Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der Austritte steigt bis 2016 mehrheitlich an. Der leichte Rückgang im Jahr 2012 ist auf die neue Falldefinition unter SwissDRG zurückzuführen. Unter Berücksichtigung dieses statistischen Effekts wären die Fallzahlen im Jahr 2012 ebenfalls angestiegen und die Entwicklung der Fallzahlen etwa parallel zur Bevölkerungsentwicklung verlaufen. Ab 2017 ist die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2010 rückläufig. Dieser Rückgang setzt sich 2018 fort. In diesem Jahr wurden rund 210500 Zürcher Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Von 2016 bis 2018 hat die Zahl der Austritte um 1,9 Prozent abgenommen. Hauptgrund für den Rückgang ist die Einführung von «Ambulant vor Stationär» im Kanton Zürich (vgl. Kapitel 1.3, Gesundheitsversorgungsbericht 2019). 2019 steigt die Zahl der Austritte wieder um gut 0,6 Prozent. Betrachtet man die Entwicklung seit 2010, so hat die Zahl der Austritte um rund 7 Prozent zugenommen, während die Zürcher Wohnbevölkerung um rund 12 Prozent gewachsen ist.

Abbildung D1: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



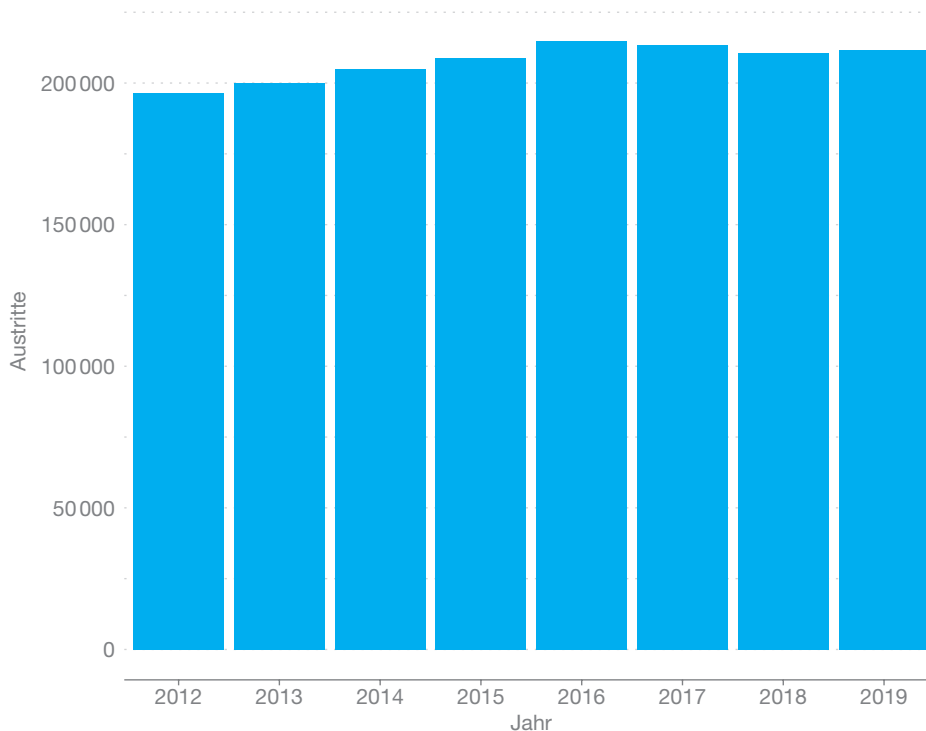
Quelle: Eigene Darstellung

Die Hospitalisierungsrate, also die Inanspruchnahme von stationären Leistungen pro Kopf, ist ab 2013 angestiegen (vgl. Abbildung D1). Seit 2017 ist sie rückläufig, was aufgrund der abnehmenden Fallzahlen 2017 und 2018 nicht überrascht. Der prozentuale Rückgang der Hospitalisierungsrate ist stärker als jener der Austritte, weil die Bevölkerung weiterhin wächst. Tiefere Fallzahlen bei einer höheren Bevölkerungszahl führen zu einer markanten Reduktion der Hospitalisierungsrate. Wurden 2016 noch rund 138 von 1000 Zürcherinnen und Zürichern (ohne gesunde Neugeborene) stationär in einem Akutspital behandelt, sind es 2018 noch 133. 2019 sinkt die Hospitalisierungsrate ganz leicht auf 132, weil die Zunahme der Fallzahlen etwas weniger stark ist als das Bevölkerungswachstum. Nicht berücksichtigt in diesem Vergleich ist die Alterung der Bevölkerung.

Die Anzahl Pflēgetage ist wie die Hospitalisierungsrate von 2013 bis 2016 angestiegen. Ab 2017 führt die sinkende mittlere Aufenthaltsdauer zusammen mit dem Rückgang der Austritte zu einer markanten Abnahme der Pflēgetage. 2019 beträgt die Anzahl Pflēgetage rund 1,1 Millionen und ist damit etwa 6 Prozent tiefer als im Jahr 2016. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ist seit 2010 im Schnitt um 1,5 Prozent pro Jahr gesunken. 2019 liegt sie bei 5,2 Tagen, was im Vergleich zum Vorjahr einem Rückgang um 2,2 Prozent entspricht.

Abbildung D2 zeigt die Entwicklung der Austritte in absoluten Zahlen. Im Jahr 2019 lässt sich wieder ein leichter Anstieg der Austritte auf rund 211 700 beobachten (vgl. Abbildung D2). Die definitive Fallzahl 2019 wird erwartungsgemäss nicht markant davon abweichen, da es keinen Grund zur Annahme gibt, dass 2019 sehr viel mehr oder weniger Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt werden als 2018.

Abbildung D2: Entwicklung Austritte 2012 bis 2019



Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten 2019.¹

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

2019 sind 211 700 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Rund 37 Prozent davon werden vom SPLG-Grupper zum Basispaket gezählt. Die Bereiche Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Neugeborene sowie Urologie weisen ebenfalls über 10 000 Austritte auf. Daneben gibt es einige kleinere Bereiche mit deutlich unter 1000 Austritten, wie z.B. Transplantationen und Schwere Verletzungen. Die 211 700 Zürcher Fälle verzeichnen im Jahr 2019 knapp 1,1 Millionen Pflēgetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflēgetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet werden und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflēgetage im Kalenderjahr) ermittelt werden.

Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcher Patientinnen und Patienten beträgt im Jahr 2019 5,2 Tage. Sie variiert aber stark zwischen 2,1 Tagen in der Ophthalmologie und 27,6 Tagen im Bereich Transplantationen. Wie im Kapitel D 1.1 (vgl. Abbildung D1) gezeigt, ist die MAHD seit 2010 jedes Jahr gesunken.

¹ zh.ch/kenndaten-spitaeler

Abbildung D3: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Basispaket	78490	4,8	378715
Bewegungsapparat chirurgisch	28157	5,5	153392
Dermatologie	790	7,5	5901
Hals-Nasen-Ohren	7260	3,1	22432
Neurochirurgie	1327	10,0	13251
Neurologie	4657	5,8	26885
Ophthalmologie	3121	2,0	6228
Endokrinologie	1073	8,5	9159
Gastroenterologie	6278	7,4	46679
Viszeralchirurgie	4201	10,6	44600
Hämatologie	2333	8,4	19647
Gefässe	3099	7,3	22605
Herz	8973	5,6	49869
Nephrologie	812	12,0	9740
Urologie	11355	4,0	45717
Pneumologie	3698	9,0	33422
Thoraxchirurgie	560	8,8	4904
Transplantationen	83	27,6	2288
Rheumatologie	885	5,9	5238
Gynäkologie	6873	3,0	20516
Geburtshilfe	18572	4,2	77677
Neugeborene	16956	4,2	71602
(Radio-)Onkologie	1606	7,9	12686
Schwere Verletzungen	498	11,2	5598
Total Kanton Zürich	211 657	5,2	1 088 751

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Abbildung D4 zeigt die Nachfrage stationärer Leistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Die über 65-Jährigen machen rund 40 Prozent der stationären Austritte aus, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung 2019 nur rund 17 Prozent beträgt. Bei den Pflegetagen sind es über 50 Prozent, was damit zusammenhängt, dass ältere Personen in der Regel länger im Spital sind als jüngere. Einerseits kann dies mit den Behandlungen zusammenhängen, die ältere Personen eher benötigen als jüngere. Andererseits ist für dieselbe Behandlung die Erholungszeit oftmals länger als bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Dies zeigt sich in den mittleren Aufenthaltsdauern der Altersklassen 65–79 und 80+, die deutlich über den Werten für die jüngeren Altersklassen liegen.

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird sich der Anteil der stationären Leistungen erhöhen, die von Personen ab 65 Jahren benötigt werden.

Abbildung D4: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Altersgruppe 2019

Altersgruppen	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–15 Jahre	28778	3,9	112356	16,2%
16–39 Jahre	43114	3,6	155666	32,2%
40–64 Jahre	55641	4,6	254387	34,6%
65–79 Jahre	49357	6,1	301868	12,2%
80+ Jahre	34767	7,6	264474	4,9%
Total Kanton Zürich	211 657	5,2	1 088 751	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Spitalaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung beschrieben. Es sei an dieser Stelle vermerkt, dass hier die Zürcher Wohnbevölkerung betrachtet wird und nicht die Standorte der Spitäler. Wenn im Folgenden Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, so sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen ist in Kapitel C 1.3 ersichtlich.

Abbildung D5: Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019

Wohnregion	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Limmattal	26 312	5,1	133 334
Linkes Seeufer	11 869	5,3	62 460
Oberes Glattal	24 004	5,3	128 083
Oberland	16 868	4,6	77 636
Rechtes Seeufer	12 473	5,2	64 955
Unterland	23 801	5,0	118 198
Winterthur	30 405	4,9	148 474
Zürich	65 925	5,4	355 611
Total Kanton Zürich	211 657	5,2	1 088 751

Quelle: Eigene Darstellung

Mit rund 66 000 Patientinnen und Patienten stammt fast ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus der Wohnregion Zürich. Die anderen zwei Drittel verteilen sich auf die weiteren sieben Regionen (vgl. Abbildung D5). Allerdings bedeutet das nicht, dass sich diese Personen auch in ihrer jeweiligen Wohnregion behandeln liessen. Vielmehr ist es so, dass die Patientinnen und Patienten aus allen Regionen zu einem beträchtlichen Teil in der Stadt Zürich behandelt werden.

Die Abbildung D6 enthält den Eigenversorgungsgrad der Zürcher Wohnregionen. Dieser entspricht dem Anteil der Patientinnen und Patienten aus einer Wohnregion, der sich in einem Spital derselben Wohnregion behandeln lässt. 60 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich in der eigenen Wohnregion behandeln. Die übrigen 40 Prozent werden in Spitälern in einer anderen Wohnregion oder ausserhalb des Kantons Zürich behandelt. Einerseits wird nicht das vollständige medizinische Leistungsspektrum in jeder Wohnregion angeboten. Andererseits suchen Patientinnen und Patienten in einem Notfall in der Regel das nächste geeignete Spital auf. Betrachtet man alle Fälle unabhängig von der Eintrittsart, werden 90 Prozent der Bevölkerung der Wohnregion Zürich innerhalb der eigenen Region behandelt. Mit 69 Prozent Eigenversorgungsgrad bleibt auch die Bevölkerung der Wohnregion Winterthur für eine stationäre Behandlung oft in der eigenen Region. Hingegen liegt der Eigenversorgungsgrad der anderen sechs Wohnregionen deutlich tiefer zwischen 32 und 49 Prozent. Aus diesen Wohnregionen ist eine deutliche Abwanderung in die Region Zürich zu verzeichnen. Die Stärke dieser Abwanderung hängt von der Eintrittsart ab. Bei Notfällen, d. h. in Fällen, bei denen eine Behandlung innert zwölf Stunden unabdingbar ist, liegt der Eigenversorgungsgrad in fast allen Region bei rund 50 Prozent oder darüber. Einzig im oberen Glattal ist dieser mit 45 Prozent etwas tiefer. Hingegen haben bei den geplanten Eintritten nur die Regionen Zürich und Winterthur einen Eigenversorgungsgrad von mehr als 50 Prozent. Von allen anderen Regionen gibt es bei dieser Eintrittsart eine starke Abwanderung in die Zentren Zürich und Winterthur.

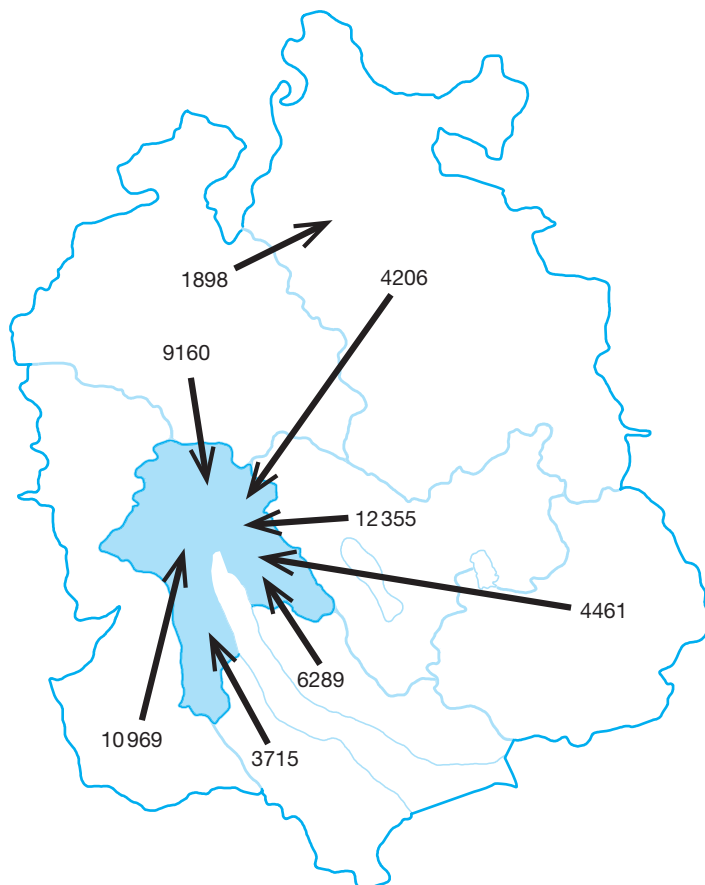
Abbildung D6: Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019

Wohnregion	Notfall [in %]	Geplant [in %]	Geburt [in %]	Total [in %]
Limmattal	51	34	44	42
Linkes Seeufer	60	27	55	43
Oberes Glattal	45	18	31	32
Oberland	63	35	61	49
Rechtes Seeufer	49	29	39	38
Unterland	53	30	57	42
Winterthur	79	61	66	69
Zürich	91	89	89	90

Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung D7 sind die wichtigsten Wanderungsbewegungen zwischen den Wohnregionen dargestellt. Die Pfeile zeigen den Wanderungssaldo zwischen den verschiedenen Zürcher Wohnregionen. Es werden nur Nettomigrationsbewegungen von mindestens 1000 Personen abgebildet. Es gibt aus allen Wohnregionen eine grosse Zuwanderung in die Wohnregion Zürich. Am höchsten ist diese aus den Wohnregionen Oberes Glattal und Limmattal mit einer Nettomigration von über 10000 Austritten. Abgesehen von den Bewegungen in die Wohnregion Zürich gibt es nur noch vom Unterland in die Wohnregion Winterthur eine Nettomigration von mehr als 1000 Fällen.

Abbildung D7: Nettomigration im Kanton Zürich (>1000 Austritte) 2019



Quelle: Eigene Darstellung

1.3 Prognose Akutsomatik

In diesem Kapitel werden die Prognosemethodik und die Resultate der Bedarfsprognose im Bereich Akutsomatik vorgestellt. Das grundlegende Prognosemodell für alle drei Bereiche ist im Kapitel C 1.5 beschrieben und wird nachfolgend kurz zusammengefasst. Die Prognose des Bedarfs in der Akutsomatik erfolgt auf Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) gemäss Leistungsgruppenmodell des Jahres 2019. Es wird die Entwicklung der Aus- tritte, mittleren Aufenthaltsdauern und Pflegetage bis ins Jahr 2032 berechnet und dargestellt. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Die demografische, medizintechnische und epidemiologische Entwicklung wird im Kapitel C 1.5.2 beschrieben. Die weiteren, akutsomatikspezifischen Einflussfaktoren werden im nachfolgenden Kapitel D 1.3.1 ergänzt. Im Kapitel D 1.3.2 wird anschliessend der Effekt der einzelnen Einflussfaktoren auf das Prognoseergebnis dargestellt, bevor im Kapitel D 1.3.3 das Ergebnis der gesamten Prognose erläutert wird.

1.3.1 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Das Kapitel C 1.5.2 geht auf die Faktoren Demografie, Medizintechnik und Epidemiologie ein. In der Folge werden deshalb die weiteren Einflussfaktoren im Prognosemodell Akutsomatik beschrieben. Eine Übersicht über alle Einflussfaktoren befindet sich am Ende dieses Unterkapitels (vgl. Abbildung D9).

Korrektur für kantonale Überversorgung (Angleichung Hospitalisierungsraten und MAHD)

Das Prognosemodell in der Akutsomatik geht von der Annahme aus, dass es im Kanton Zürich eine Überversorgung geben kann, aber keine Unterversorgung. Eine kantonale Unterversorgung könnte anhand verschiedener Indizien festgestellt werden: lange Wartezeiten für einen Eingriff, übermässig hohe Bettenbelegung in den Akutspitälern wie auch eine öffentliche Diskussion zu Fällen von Unterversorgung in den Medien. Weil keine solchen Indizien vorliegen, ist davon auszugehen, dass es im Kanton Zürich in der Akutsomatik keine für die Bedarfsprognose relevante Unterversorgung gibt.

Eine mögliche Überversorgung kann unterschiedliche Gründe haben wie z. B. Überversorgung durch Ausweitung der Indikationsstellung oder häufigere stationäre statt ambulante Behandlungen. Während gesellschaftliche oder kulturelle Faktoren wie Ernährung oder Belastungen durch Arbeit zu einem tatsächlichen Unterschied im Bedarf führen können, den die Prognose berücksichtigen muss, produzieren Überversorgung und unnötige stationäre Behandlungen zwar eine höhere Nachfrage, jedoch keinen höheren Bedarf. Um der gesetzlichen Vorgabe einer bedarfsgerechten Spitalplanung gerecht zu werden, wird deshalb in der Bedarfsprognose die kantonale Überversorgung korrigiert. Dazu werden die Zürcher Hospitalisierungsraten pro SPLG und Altersgruppe berechnet und mit dem Schweizer Durchschnitt (ohne ZH) verglichen. Wenn die Zürcher Hospitalisierungsrate höher ist als die schweizerische, erfolgt eine Korrektur nach unten. Im Hauptszenario wird bei einer Zürcher Hospitalisierungsrate von 1 und einem Schweizer Durchschnittswert von 0,5 angenommen, dass die Hospitalisierungsrate bis 2032 auf 0,75 sinken wird. Liegt die Zürcher Hospitalisierungsrate hingegen unter dem Schweizer Wert, so findet keine Angleichung statt, da gegenwärtig wie oben dargelegt nicht von einer Unterversorgung ausgegangen wird. Im Minimalszenario werden die Hospitalisierungsraten um 75 Prozent angeglichen. Im Maximalszenario gibt es keine Angleichung.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Hospitalisierungsrate umso stärker nach unten korrigiert wird, je grösser der Unterschied zwischen den Zürcher und den schweizerischen Hospitalisierungsraten ist. Ist die Zürcher Hospitalisierungsrate hingegen nur leicht über dem Schweizer Durchschnitt, fällt die Anpassung kaum ins Gewicht.

Die Gesundheitsdirektion hat die Entwicklung der Hospitalisierungsraten seit 2012 analysiert. Dabei wurde festgestellt, dass sich die Zürcher Hospitalisierungsraten seit 2012 über alle SPLG betrachtet leicht an den Schweizer Durchschnitt angenähert haben. Allerdings ist die Entwicklung sehr heterogen. Daraus folgt aber nicht, dass dieser Faktor im Prognosemodell nicht berücksichtigt werden soll. Dieser erfüllt eine doppelte Funktion: Einerseits wird eine weitere Angleichung der Hospitalisierungsraten in Zukunft erwartet. Andererseits dient dieser Faktor als Korrekturmassnahme, um eine mögliche Überversorgung im Kanton Zürich nicht als Bedarf in die Prognose miteinzurechnen.

Dasselbe Vorgehen wird bei der mittleren Aufenthaltsdauer angewendet. Liegt diese im Kanton Zürich für eine Altersgruppe in einer SPLG über der Schweizer Aufenthaltsdauer, findet wie oben beschrieben eine Angleichung nach unten statt.

Eine spezielle Korrektur für Überversorgung wurde bei der SPLG AUG 1.4 (Katarakt) vorgenommen. Die Analyse der Daten 2019 hat gezeigt, dass es mehr stationäre Fälle in der SPLG AUG1.4 im Kanton Zürich gibt als im Rest der Schweiz zusammen. Zudem konzentriert sich der grösste Teil dieser Eingriffe auf wenige Spitäler. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb der Bedarf in dieser SPLG im Kanton Zürich so viel höher sein sollte als im Rest der Schweiz. Deshalb sind die Hospitalisierungsraten in dieser SPLG vor dem Berechnen der Bedarfsprognose auf den Schweizer Durchschnitt (ohne ZH) festzulegen. Dies führt zu einer Reduktion der Anzahl Austritte 2019, die in die Prognose einfließen. Damit wird der Bedarf in dieser SPLG besser abgebildet.

Substitution stationär durch ambulant

Am 01.01.2018 trat die Zürcher «Ambulant vor Stationär»-Liste in Kraft. Damit wurden die Spitäler verpflichtet, die aufgeführten Eingriffe in der Regel ambulant durchzuführen. Die Massnahme zeigte Wirkung: Eine im Gesundheitsversorgungsbericht 2019 veröffentlichte Untersuchung zeigte, dass die Zahl der Eingriffe, die weiter stationär erbracht wurden, um rund 50 Prozent (3000 Fälle) gesunken ist. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass die Spitäler durch die Einführung der «Ambulant vor Stationär»-Liste ambulante Prozesse optimiert und wo nötig zusätzliche ambulante Kapazitäten aufgebaut haben. Diese Kapazitäten wurden auch für andere ambulante Eingriffe genutzt, die bisher teilweise auch stationär erbracht wurden.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist schwer abzusehen, ob in den letzten Jahren eine Entwicklung hin zu mehr ambulanten Eingriffen Fahrt aufgenommen hat, die sich in Zukunft fortsetzen wird, oder ob es sich um einen einmaligen Verlagerungsschritt vom stationären in den ambulanten Bereich handelt. Da weiterhin finanzielle Anreize zur stationären Leistungserbringung bestehen, ist in der Prognose davon auszugehen, dass die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich kein anhaltender Trend ist. Die Gesundheitsdirektion erwartet deshalb in den nächsten Jahren eine zusätzliche Verlagerung, z. B. aufgrund eines Ausbaus der «Ambulant vor Stationär»-Liste, jedoch keinen Umbruch, der zu deutlich mehr ambulanten statt stationären Behandlungen führt. Dennoch ist ein solcher durchaus denkbar, z. B. wenn die Tarife so geändert würden, dass ambulante Eingriffe mindestens ebenso lukrativ wären wie stationäre. In diesem Fall könnte sich eine Verlagerung deutlich verstärken.

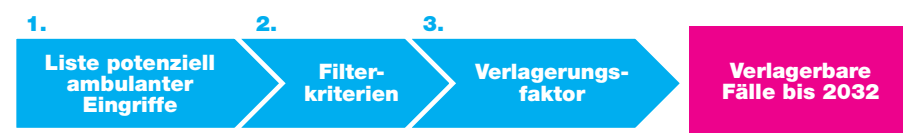
Um die Prognose rechnen zu können, braucht es eine gewisse Anzahl an heute (noch) stationär erbrachten Eingriffen, von denen ausgegangen wird, dass sie bis 2032 hauptsächlich ambulant gemacht werden. Als Ausgangspunkt hat die Gesundheitsdirektion die deutsche Liste ambulantes Operieren verwendet.²

Die Verwendung der deutschen Liste ist deshalb sinnvoll, weil in Deutschland im Vergleich zur Schweiz mehr Leistungen ambulant erbracht werden müssen. Gleichzeitig ist das deutsche Gesundheitssystem nicht komplett anders als das schweizerische. Die Gesundheitsdirektion geht deshalb davon aus, dass Eingriffe auf der deutschen Liste ambulantes Operieren grundsätzlich auch in der Schweiz ambulant durchgeführt werden können.

Die ID Suisse AG hat zu diesem Zweck eine Übersetzung der Eingriffe der Kategorie 1 auf der deutschen Liste in CHOP-Codes erstellt. Die Eingriffe der Kategorie 1 sind Eingriffe, die in Deutschland ambulant erfolgen müssen. Die Eingriffe der Kategorie 2, die stationär oder ambulant durchgeführt werden können, werden nicht berücksichtigt.

Die Bestimmung des ambulanten Potenzials in der Bedarfsprognose wird in den folgenden drei Schritten vorgenommen:

Abbildung D8: Drei Schritte zur Bestimmung des ambulanten Potenzials



Quelle: Eigene Darstellung

² <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>

Im ersten Schritt werden die Eingriffe auf der deutschen Liste ambulantes Operieren sowie der Zürcher «Ambulant vor Stationär»-Liste zusammengeführt. Anschliessend werden alle Fälle gefiltert, die mindestens einen solchen CHOP-Code haben. Das ergibt knapp 47 000 Fälle.

Allerdings wird nicht erwartet, dass alle diese Fälle ambulant behandelt werden könnten. Darunter befinden sich auch Fälle mit weiteren Eingriffen während desselben stationären Aufenthalts, deren Durchführung nicht ambulant möglich ist, sowie Patientinnen und Patienten mit vielen Komorbiditäten. Deshalb wendet die Gesundheitsdirektion im zweiten Schritt die Filterkriterien auf diese Grundgesamtheit an, die ebenso im Rahmen der Vorgaben «Ambulant vor Stationär» verwendet wurden. Dies sind die folgenden:

- Die Aufenthaltsdauer beträgt 1 oder 2 Tage.
- Der PCCL-Wert ist 0 oder 1, das heisst, es gibt wenige Komorbiditäten.³
- Der Eintritt findet geplant statt, das heisst keine Notfälle oder Zuverlegungen.
- Der Eingriff findet nicht im Zusammenhang mit einer Entbindung statt.
- Beidseitige Eingriffe werden nicht berücksichtigt, wenn diese auf der Zürcher «Ambulant vor Stationär»-Liste ausgeschlossen werden.

Durch diese Filter reduziert sich die Zahl der potenziell verlagerbaren Fälle von knapp 47 000 auf rund 16 500.

Aber auch diese 16 500 Fälle können kaum alle ambulant behandelt werden. Im Rahmen der «Ambulant vor Stationär»-Vorgaben gibt es eine Liste mit Gründen, die für eine stationäre Behandlung sprechen. Das können medizinische oder soziale Gründe sein (vgl. dazu Liste möglicher Ausnahmekriterien V2.0⁴). Die Evaluation der Massnahme «Ambulant vor Stationär» hat gezeigt, dass im ersten Jahr nach Einführung rund 50 Prozent der Eingriffe auf der Liste neu ambulant statt stationär erbracht wurden (vgl. Gesundheitsversorgungsbericht 2019). Ein Verlagerungsfaktor von 50 Prozent ist deshalb angemessen, auch wenn es möglich ist, dass in den kommenden Jahren noch etwas mehr als 50 Prozent dieser Fälle verlagert werden. Folglich sind bis ins Jahr 2032 rund 8000 zusätzliche verlagerbare Fälle zu erwarten. Im Minimalszenario beträgt der Verlagerungsfaktor 75 Prozent und im Maximalszenario geht die Gesundheitsdirektion von keiner weiteren Verlagerung aus.

Seit einigen Jahren ist die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ein sehr präsent Thema. In diesem Zusammenhang mag es überraschen, dass in der Bedarfsprognose von einer eher tiefen zukünftigen Verlagerung ausgegangen wird (8000 Fälle). Eine wichtige Annahme der Bedarfsprognose ist, dass es im Prognosezeitraum keine grundlegende Änderung der finanziellen Anreize oder weitgehende Regulierung im Sinne einer «Ambulant vor Stationär»-Liste mit einem Mehrfachen der aktuell aufgeführten Eingriffe geben wird. Zwar ist es vor dem Hintergrund der parlamentarischen Diskussionen über eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen nicht ausgeschlossen, dass sich die Vorgaben diesbezüglich bis ins Jahr 2032 ändern werden. Dies betrifft jedoch zunächst die Finanzierung. Massgeblich für die Anreize ist jedoch die Tarifierung. Die Auswirkungen möglicher Veränderungen in der Tarifierung können zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Um trotzdem aufzuzeigen, was eine noch stärkere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich bedeuten könnte, wurde im Kapitel D 1.3.2.5 ein zusätzliches Szenario gerechnet, das von einer Verlagerung aller Fälle ausgeht, die eine Aufenthaltsdauer von höchstens zwei Tagen sowie einen PCCL-Wert von 0 oder 1 aufweisen. Dieses Szenario dient nur zur Information und wird für die Bestimmung des prognostizierten Bedarfs nicht verwendet.

Generelle Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

Der medizintechnische Fortschritt sowie finanzielle Anreize im Tarifsystem SwissDRG führen zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Seit 2012 ist die MAHD im Kanton Zürich jährlich um rund 1 Prozent gesunken. Es ist schwierig, vorherzusagen, ob und wie lange diese Entwicklung ähnlich stark weitergehen wird. Rein logisch betrachtet, kann die Verkürzung der MAHD nicht bis auf null sinken. Aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren ist vorerst aber kein Ende dieser Reduktion abzusehen. Deshalb wird an dieser Annahme festgehalten: Im Hauptszenario erwartet die Gesundheitsdirektion pro Jahr einen Rückgang um 1 Prozent. Im Maximalszenario sind es –0,7 Prozent und im Minimalszenario –1,5 Prozent.

³ Definition gemäss SwissDRG AG: PCCL Patientenbezogener Gesamtschweregrad; Patient Clinical Complexity Level

⁴ Im Internet abrufbar unter zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html#-703157021

Spezielle Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB)

In der Bedarfsprognose Akutsomatik werden drei SPLB separat und nicht mit dem im Kapitel C 1.5 und oben dargelegten Modell berechnet. Es sind die Leistungsbereiche Transplantationen, Geburtshilfe und Neonatologie.

Bei den Transplantationen wird davon ausgegangen, dass auch in Zukunft das Angebot an Spenderorganen darüber bestimmt, wie viele Transplantationen es geben wird. Zur Schätzung der zukünftigen Zahl an Spenderorganen rechnet die Gesundheitsdirektion die Fallzahlen mit der demografischen Entwicklung hoch. Die Zahl der Spenderorgane wird im Verhältnis zur Bevölkerung gemäss diesen Annahmen unverändert bleiben. Da die Bevölkerung zunimmt, steigt auch die Zahl der Transplantationen leicht an. Eine gesetzliche Änderung hin zur Widerspruchslösung könnte hier zu einer massgeblichen Zunahme der Transplantationen führen. Trotz der Initiative, welche die Einführung dieser Lösung fordert, und dem Gegenvorschlag des Bundesrates, der in dieselbe Richtung geht, ist momentan noch nicht mit Sicherheit von einer Einführung der Widerspruchslösung auszugehen.

Die Entwicklung der Fallzahlen in den SPLB Geburtshilfe und Neonatologie hängt von der Entwicklung der Geburtenrate ab. Eine Schätzung zur Entwicklung der Geburtenrate ist in der Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes enthalten. Die Entwicklung der 0-Jährigen in der Bevölkerungsprognose bildet die geschätzte Geburtenrate ab. Die Entwicklung der SPLB Geburtshilfe und Neonatologie entspricht deshalb der Entwicklung der 0-Jährigen in der Bevölkerungsprognose.

Abbildung D9: Verwendung der Einflussfaktoren Akutsomatik je Szenario

Einflussfaktor	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose 2020 des Statistischen Amtes Kanton Zürich	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Zunahme Knie- und Hüftprothesen (Revision), Verschiebung NEU3 → NEU3.1	Min: Kein Faktor Max: Doppelt
Epidemiologie	–	–
Angleichung Hospitalisierungsrate	Wenn Hospirate ZH > Hospirate CH, Angleichung um X Prozent (s. Szenarien)	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Ambulantisierung	Verlagerbare Fälle mit Eingriff auf deutschen AOP-Listen + AvS-Liste	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Wenn MAHD ZH > MAHD CH, Angleichung um X Prozent	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Generelle Verkürzung der MAHD	Konstante Abnahme der MAHD	Haupt: –1,0% Max: –0,7% Min: –1,5%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032

In diesem Kapitel werden die Effekte der einzelnen Faktoren auf die Prognose dargestellt. Das Ergebnis der Gesamtprognose wird im Kapitel D 1.3.3 ausgewiesen. Alle Angaben zum Jahr 2019 beinhalten die vorhin erwähnte Korrektur für die SPLG AUG1.4 und weichen deshalb leicht von den Angaben in den Kapiteln D 1.1 und D 1.2 ab.

1.3.2.1 Demografie

Wird einzig die demografische Entwicklung berücksichtigt, erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fälle um 20,9 Prozent von knapp 211 000 auf 255 000. Die Pflegetage steigen um 23,9 Prozent. Die Demografie wirkt dabei in doppelter Weise auf die stationären Fallzahlen: Einerseits wächst die Bevölkerung, was zu einer Zunahme der stationären Fälle um rund 14 Prozent führt. Zudem wird die Bevölkerung aber auch älter, was nochmals zu einer Zunahme um rund 7 Prozent führt, weil ältere Personen mehr stationäre Behandlungen benötigen als jüngere. Der Unterschied zwischen den SPLB erklärt sich einerseits über den unterschiedlichen Effekt der Alterung und andererseits über die unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in den Wohnregionen.

Abbildung D10: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung in %	Pflegetage 2019	Pflegetage 2032	Veränderung in %
Basispaket	78 490	96 677	23,2%	378 715	486 289	28,4%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	33 036	17,3%	153 392	184 411	20,2%
Dermatologie	790	946	19,7%	5 901	7 161	21,4%
Hals-Nasen-Ohren	7 260	8 347	15,0%	22 432	26 257	17,1%
Neurochirurgie	1 327	1 565	17,9%	13 251	15 692	18,4%
Neurologie	4 657	5 802	24,6%	26 885	34 040	26,6%
Ophthalmologie	2 369	2 892	22,1%	5 060	6 240	23,3%
Endokrinologie	1 073	1 345	25,3%	9 159	11 597	26,6%
Gastroenterologie	6 278	7 848	25,0%	46 679	58 916	26,2%
Viszeralchirurgie	4 201	4 960	18,1%	44 600	53 638	20,3%
Hämatologie	2 333	2 858	22,5%	19 647	24 197	23,2%
Gefässe	3 099	3 892	25,6%	22 605	28 629	26,6%
Herz	8 973	10 908	21,6%	49 869	60 876	22,1%
Nephrologie	812	981	20,8%	9 740	11 738	20,5%
Urologie	11 355	13 664	20,3%	45 717	56 328	23,2%
Pneumologie	3 698	4 601	24,4%	33 422	41 939	25,5%
Thoraxchirurgie	560	662	18,2%	4 904	5 813	18,5%
Transplantationen	83	95	14,5%	2 288	2 617	14,4%
Rheumatologie	885	1 066	20,5%	5 238	6 466	23,4%
Gynäkologie	6 873	7 850	14,2%	20 516	23 852	16,3%
Geburtshilfe	18 572	22 231	19,7%	77 677	92 982	19,7%
Neugeborene	16 956	20 285	19,6%	71 602	85 758	19,8%
(Radio-)Onkologie	1 606	1 911	19,0%	12 686	15 398	21,4%
Schwere Verletzungen	498	599	20,3%	5 598	6 840	22,2%
Total Kanton Zürich	210 905	255 021	20,9%	1 087 583	1 347 674	23,9%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.2 Medizintechnik

Die Operationalisierung der medizintechnischen Entwicklung wurde im Kapitel C 1.5.2 im Detail beschrieben. Ebenso wird im Kapitel C 1.5.2 auf die Frage eingegangen, weshalb dieser Faktor in der Prognose nur einen schwachen Effekt hat. Abbildung D11 zeigt den Effekt der medizintechnischen Entwicklung auf die Fallzahlen. Er tritt nur bei zwei SPLB auf. Die Fallzahlen im SPLB Bewegungsapparat chirurgisch steigen bis 2032 um 2,5 Prozent aufgrund einer Zunahme von Knie- und Hüftprothesenrevisionen. Im Maximalszenario wird eine Zunahme um 3,7 Prozent erwartet.

Im SPLB Neurologie findet eine Verlagerung von 30 Prozent der Fälle von NEU3 zu NEU3.1 statt. Da es sich um eine Verlagerung handelt, bleiben die Fallzahlen unverändert, abgesehen von einer Rundungsdifferenz. Diese Verschiebung führt allerdings zu einer Zunahme der Pflegetage im SPLB Neurologie um 13 Prozent, weil die Aufenthaltsdauer in der spezialisierten SPLG NEU3.1 höher ist als in der SPLG NEU3.

Abbildung D11: Effekt der medizintechnischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Neurologie	4 657	4 658	0,0%	0,0%	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	28 852	2,5%	3,7%	0,0%
Total Kanton Zürich	210 905	211 601	0,3%	0,5%	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.3 Epidemiologie

Gestützt auf das Ergebnis eines Workshops mit Epidemiologen aus drei Institutionen ergeben sich keine relevanten, vorhersehbaren Entwicklung (vgl. Kapitel C 1.5.2), die im Prognosemodell zu berücksichtigen sind.

1.3.2.4 Korrektur für kantonale Überversorgung

Wie im Kapitel D 1.3.1 beschrieben, korrigiert die Gesundheitsdirektion in der Bedarfsprognose die kantonale Überversorgung. Dies führt bei allen SPLB zu einer Anpassung mit Ausnahme von Basispaket, Transplantationen, Geburtshilfe und Neugeborenen. Das bedeutet nicht, dass die Hospitalisierungsrate in allen anderen SPLB über dem schweizerischen Durchschnitt liegt. Die Angleichung wird pro SPLG-Altersgruppe gemacht. Bei jeder SPLG-Altersgruppen-Kombination wird geprüft, ob eine Anpassung erforderlich ist. So kann z. B. die Hospitalisierungsrate nur in einer solchen Kombination angepasst werden, was sich auf die Fallzahlentwicklung in der gesamten SPLB auswirkt, auch wenn alle anderen SPLG-Altersgruppen-Kombinationen unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen.

Die Angleichung der Hospitalisierungsraten an den schweizerischen Durchschnitt hat insgesamt einen geringen Effekt im Hauptszenario von –1,9 Prozent auf die im Jahr 2032 erwartete Anzahl Fälle. In gewissen SPLB führen die Angleichungen jedoch zu einem relativ starken Rückgang der Fallzahlen, so insbesondere im Bereich der Ophthalmologie mit einer Reduktion von 15,2 Prozent im Hauptszenario. Auch in den SPLB Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie sowie Neurochirurgie bewirkt die Anpassung der Hospitalisierungsraten einen Rückgang der Fallzahlen von mehr als 10 Prozent. Im Minimalszenario wird eine Angleichung um 75 Prozent angenommen statt um 50 Prozent. Die Reduktionen im Minimalszenario fallen darum rund 50 Prozent höher aus. Im Maximalszenario wird keine solche Angleichung angenommen.

Die Pflgetage sinken aufgrund der Anpassung der Hospitalisierungsraten und der mittleren Aufenthaltsdauern im Hauptszenario um 2,9 Prozent und im Minimalszenario um 4,3 Prozent.

Abbildung D12: Effekt der Korrektur für kantonale Überversorgung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Basispaket	78490	78490	0,0%	0,0%	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28157	27716	–1,6%	0,0%	–2,3%
Dermatologie	790	750	–5,1%	0,0%	–7,6%
Hals-Nasen-Ohren	7260	6956	–4,2%	0,0%	–6,3%
Neurochirurgie	1327	1190	–10,3%	0,0%	–15,4%
Neurologie	4657	4549	–2,3%	0,0%	–3,5%
Ophthalmologie	2369	2010	–15,2%	0,0%	–22,8%
Endokrinologie	1073	1002	–6,6%	0,0%	–9,9%
Gastroenterologie	6278	5985	–4,7%	0,0%	–7,0%
Viszeralchirurgie	4201	3755	–10,6%	0,0%	–15,9%
Hämatologie	2333	2316	–0,7%	0,0%	–1,1%
Gefässe	3099	2923	–5,7%	0,0%	–8,5%
Herz	8973	8634	–3,8%	0,0%	–5,7%
Nephrologie	812	804	–1,0%	0,0%	–1,5%
Urologie	11355	10505	–7,5%	0,0%	–11,2%
Pneumologie	3698	3662	–1,0%	0,0%	–1,5%
Thoraxchirurgie	560	487	–13,0%	0,0%	–19,5%
Transplantationen	83	83	0,0%	0,0%	0,0%
Rheumatologie	885	868	–1,9%	0,0%	–2,9%
Gynäkologie	6873	6659	–3,1%	0,0%	–4,7%
Geburtshilfe	18572	18572	0,0%	0,0%	0,0%
Neugeborene	16956	16956	0,0%	0,0%	0,0%
(Radio-)Onkologie	1606	1583	–1,4%	0,0%	–2,2%
Schwere Verletzungen	498	488	–2,0%	0,0%	–3,0%
Total Kanton Zürich	210 905	206 943	–1,9%	0,0%	–2,8%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.5 Substitution stationär durch ambulant

Wie im Kapitel D 1.3.1 erläutert, werden bis ins Jahr 2032 wohl weitere stationäre Behandlungen durch ambulante Behandlungen ersetzt werden. Dies führt im Hauptszenario zu einer Reduktion der stationären Fälle um 3,7 Prozent, was knapp 8000 Fällen entspricht. Im Minimalszenario wird eine Reduktion um 5,6 Prozent erwartet, wohingegen die Anzahl der Fälle im Maximalszenario unverändert bleibt. Die stärkste Abnahme ist anteilig in den SPLB Ophthalmologie (–13,6%) und Urologie (–11%) zu erwarten.

Abbildung D13: Effekt der Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Basispaket	78 490	76 942	–2,0%	0,0%	–3,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	25 899	–8,0%	0,0%	–12,0%
Dermatologie	790	780	–1,3%	0,0%	–2,0%
Hals-Nasen-Ohren	7 260	6 608	–9,0%	0,0%	–13,5%
Neurochirurgie	1 327	1 319	–0,6%	0,0%	–1,0%
Neurologie	4 657	4 656	0,0%	0,0%	0,0%
Ophthalmologie	2 369	2 046	–13,6%	0,0%	–20,5%
Endokrinologie	1 073	1 071	–0,2%	0,0%	–0,3%
Gastroenterologie	6 278	6 104	–2,8%	0,0%	–4,2%
Viszeralchirurgie	4 201	4 191	–0,2%	0,0%	–0,4%
Hämatologie	2 333	2 297	–1,5%	0,0%	–2,4%
Gefässe	3 099	2 834	–8,6%	0,0%	–12,8%
Herz	8 973	8 286	–7,7%	0,0%	–11,5%
Nephrologie	812	810	–0,2%	0,0%	–0,2%
Urologie	11 355	10 106	–11,0%	0,0%	–16,5%
Pneumologie	3 698	3 684	–0,4%	0,0%	–0,6%
Thoraxchirurgie	560	558	–0,4%	0,0%	–0,7%
Transplantationen	83	83	0,0%	0,0%	0,0%
Rheumatologie	885	877	–0,9%	0,0%	–1,4%
Gynäkologie	6 873	6 257	–9,0%	0,0%	–13,4%
Geburtshilfe	18 572	18 572	0,0%	0,0%	0,0%
Neugeborene	16 956	16 956	0,0%	0,0%	0,0%
(Radio-)Onkologie	1 606	1 594	–0,7%	0,0%	–1,2%
Schwere Verletzungen	498	498	0,0%	0,0%	–0,2%
Total Kanton Zürich	210 905	203 028	–3,7%	0,0%	–5,6%

Quelle: Eigene Darstellung

Szenario: Starke Substitution stationär durch ambulant

Die Gesundheitsdirektion geht für die Bedarfsprognose davon aus, dass sich die bestehenden Anreize für eine stationäre statt ambulante Behandlung bis 2032 nicht grundlegend verändern werden. Zudem hält sie einen Ausbau der «Ambulant vor Stationär»-Listen für möglich, geht aber nicht von einer Erweiterung auf ein Vielfaches der heute berücksichtigten Eingriffe aus. Sollten sich die tarifarischen Anreize aber grundlegend ändern – was für die prognostizierte Periode aktuell nicht absehbar ist – wären auch weitergehende Verschiebungen möglich. Darum wird hier kurz der Frage nachgegangen, was wäre, wenn sich die beschriebenen Annahmen als falsch erwiesen und die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich sehr viel stärker ausfiele. Um aufzuzeigen, was die Folgen einer solchen Entwicklung sein könnten, wurde ein zusätzliches Szenario berechnet. In diesem wird davon ausgegangen, dass bis 2032 50 Prozent aller Fälle, die eine Aufenthaltsdauer von höchstens zwei Tagen und einen PCCL von 0 oder 1 haben, im Jahr 2032 ambulant behandelt würden.

Die Abbildung D14 zeigt den Effekt der Substitution von 50 Prozent dieser Fälle auf die stationären Fallzahlen. Die Fallzahlen 2032 würden um gut 8 Prozent reduziert, was einem Rückgang um rund 17 000 Fälle entspricht. Würden alle diese Fälle bis 2032 ambulant behandelt und nicht nur 50 Prozent, betrüge der Rückgang rund 35 000 Fälle, was gut 16 Prozent entspricht.

Abbildung D14: Szenario starke Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung
Basispaket	78 490	73 939	–5,8%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	24 149	–14,2%
Dermatologie	790	749	–5,2%
Hals-Nasen-Ohren	7 260	5 064	–30,2%
Neurochirurgie	1 327	1 289	–2,9%
Neurologie	4 657	4 591	–1,4%
Ophthalmologie	2 369	1 648	–30,4%
Endokrinologie	1 073	1 064	–0,8%
Gastroenterologie	6 278	6 024	–4,0%
Viszeralchirurgie	4 201	4 104	–2,3%
Hämatologie	2 333	2 172	–6,9%
Gefässe	3 099	2 750	–11,3%
Herz	8 973	7 650	–14,7%
Nephrologie	812	806	–0,7%
Urologie	11 355	9 589	–15,6%
Pneumologie	3 698	3 619	–2,1%
Thoraxchirurgie	560	547	–2,3%
Transplantationen	83	83	0,0%
Rheumatologie	885	863	–2,5%
Gynäkologie	6 873	5 408	–21,3%
Geburtshilfe	18 572	18 572	0,0%
Neugeborene	16 956	16 956	0,0%
(Radio-)Onkologie	1 606	1 501	–6,5%
Schwere Verletzungen	498	498	0,0%
Total Kanton Zürich	210 905	193 635	–8,2%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.6 Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

Es gibt im Prognosemodell drei Einflussfaktoren, die Effekt auf die Entwicklung der MAHD haben: die Korrektur für kantonale Überversorgung, die Substitution stationär durch ambulant sowie eine generelle Reduktion der MAHD. Weitere Effekte, die auf die MAHD wirken, wie die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, werden in der nachfolgenden Abbildung D15 nicht berücksichtigt.

Im Hauptszenario ist eine Verminderung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Hauptszenario um 11,3 Prozent zu erwarten. Dies entspricht einem Rückgang von aktuell 5,2 Tagen auf 4,6 Tage. Die Differenz zwischen den einzelnen SPLB ist nicht sehr gross, mit Ausnahme der Transplantationen. Dies zeigt, dass vor allem die generelle Reduktion der MAHD um 1 Prozent pro Jahr im Hauptszenario (1,5% max., 0,7% min.) die Aufenthaltsdauern beeinflusst. Die Differenzen zwischen den einzelnen SPLB beruht auf der Angleichung an die schweizerische Aufenthaltsdauern sowie auf der Substitution stationärer durch ambulante Leistungen.

Der starke Rückgang bei den Transplantationen ist eine Folge der tiefen Fallzahl. Die Angleichung an die schweizweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird dadurch stark beeinflusst.

Abbildung D15: Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	MAHD 2032	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Basispaket	78 490	4,8	4,3	-11,2%	-8,9%	-16,1%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	5,5	4,9	-10,1%	-8,8%	-14,3%
Dermatologie	790	7,5	6,1	-18,7%	-8,7%	-27,0%
Hals-Nasen-Ohren	7 260	3,1	2,8	-9,7%	-8,7%	-13,6%
Neurochirurgie	1 327	10,0	8,7	-13,3%	-8,8%	-19,2%
Neurologie	4 657	5,8	5,1	-12,5%	-8,7%	-18,0%
Ophthalmologie	2 369	2,1	1,9	-11,2%	-8,9%	-15,9%
Endokrinologie	1 073	8,5	7,4	-12,9%	-8,8%	-18,6%
Gastroenterologie	6 278	7,4	6,7	-10,6%	-8,7%	-15,5%
Viszeralchirurgie	4 201	10,6	9,2	-13,5%	-8,8%	-19,5%
Hämatologie	2 333	8,4	7,4	-11,9%	-8,7%	-17,2%
Gefässe	3 099	7,3	6,8	-7,1%	-8,6%	-10,2%
Herz	8 973	5,6	5,0	-11,0%	-8,8%	-15,6%
Nephrologie	812	12,0	10,0	-16,7%	-8,8%	-24,1%
Urologie	11 355	4,0	3,7	-7,2%	-8,9%	-9,9%
Pneumologie	3 698	9,0	7,9	-12,6%	-8,7%	-18,4%
Thoraxchirurgie	560	8,8	7,7	-12,6%	-8,8%	-18,3%
Transplantationen	83	27,6	20,3	-26,3%	-8,7%	-37,7%
Rheumatologie	885	5,9	5,1	-14,0%	-8,8%	-20,4%
Gynäkologie	6 873	3,0	2,7	-9,4%	-9,0%	-13,4%
Geburtshilfe	18 572	4,2	3,6	-13,2%	-8,6%	-19,4%
Neugeborene	16 956	4,2	3,7	-12,3%	-8,8%	-18,0%
(Radio-)Onkologie	1 606	7,9	6,9	-12,9%	-8,7%	-18,7%
Schwere Verletzungen	498	11,2	9,4	-16,5%	-8,7%	-23,8%
Total Kanton Zürich	210 905	5,2	4,6	-11,3%	-8,8%	-16,3%

Quelle: Eigene Darstellung

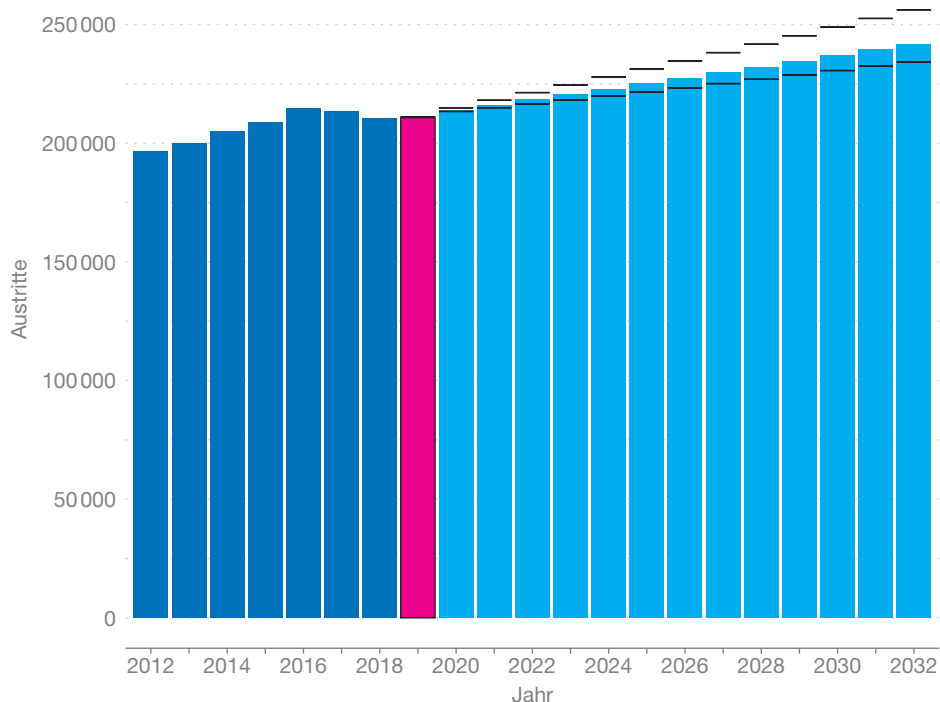
1.3.3 Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gesamten Prognose der Akutsomatik nach verschiedenen Merkmalen dargestellt. Zunächst wird auf das Prognoseergebnis im Vergleich zur bisherigen Entwicklung eingegangen. Danach werden die Ergebnisse je Spitalplanungsbereich, Altersgruppe und Wohnregion präsentiert. Alle Prognoseergebnisse beziehen sich auf die Zürcher Wohnbevölkerung.

1.3.3.1 Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung

Die Abbildung D16 zeigt die Entwicklung der stationären Fälle in der Akutsomatik von 2012 bis 2032. Die Balken zeigen die vergangene Entwicklung sowie die Prognose im Hauptszenario, die schwarzen Striche stellen das Maximal- und Minimalszenario dar. Die Zahl der stationären Fälle ist 2012 bis 2016 stark angestiegen. 2017 und 2018 waren die Fallzahlen zum ersten Mal seit 2012 rückläufig. Analysen der Gesundheitsdirektion haben gezeigt, dass der Rückgang der Fallzahlen 2017 und 2018 zu einem grossen Teil durch die Einführung der Vorgabe «Ambulant vor Stationär» beeinflusst war. 2019 zeigt wieder eine leichte Zunahme der stationären Fälle. Eine Fortsetzung dieser Zunahme in den nächsten Jahren ist aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten.

Abbildung D16: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.2 Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen

Die Abbildung zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien (vgl. Kapitel C 1.5 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose) zur Zürcher Spitalplanung 2023 aus. Die Prognose schätzt bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 14,7 Prozent (vgl. Abbildung D17) auf rund 242 000 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Wie die Betrachtung der einzelnen Faktoren im Kapitel D 1.3.2 gezeigt hat, ist die Zunahme auf die demografische Entwicklung im Kanton Zürich zurückzuführen. Die Korrektur für kantonale Überversorgung und die Schätzung der zukünftigen Verlagerung in den ambulanten Bereich dämpfen hingegen die Fallzunahme. Diese Effekte sind weniger stark als die demografische Entwicklung.

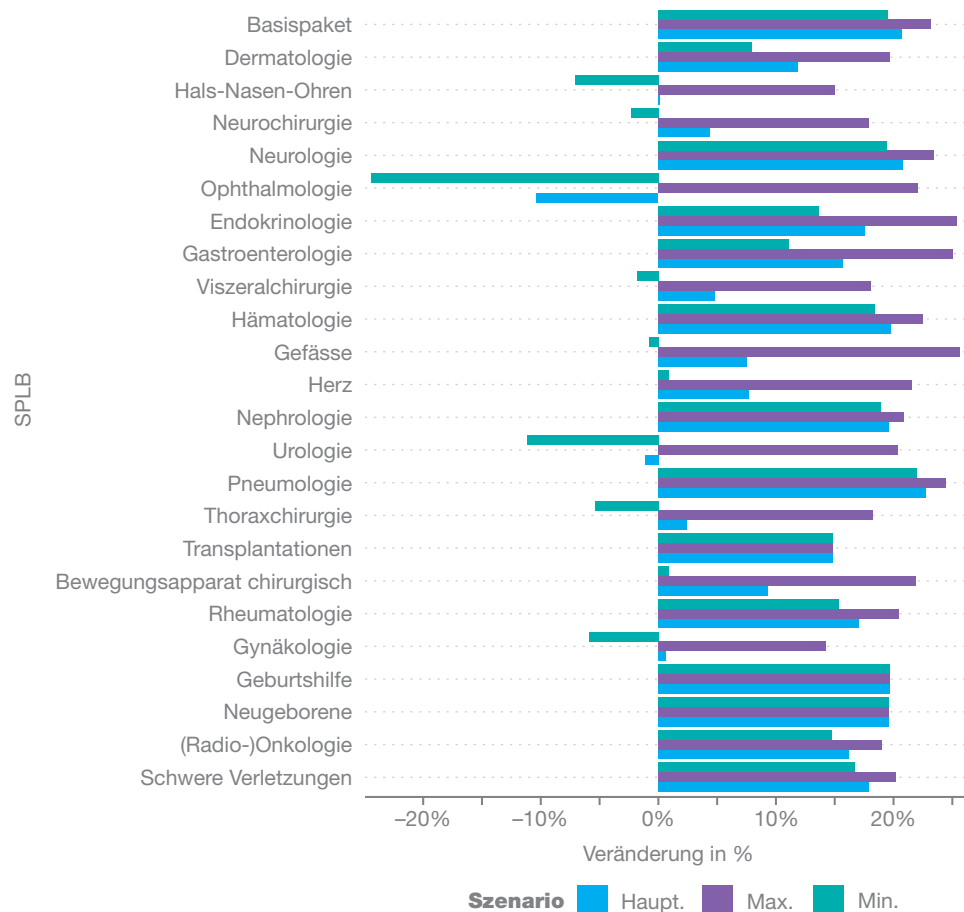
Abbildung D17: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Basispaket	78 490	94 770	20,7%	96 677	23,2%	93 816	19,5%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 157	30 777	9,3%	34 320	21,9%	28 404	0,9%
Dermatologie	790	883	11,8%	946	19,7%	853	8,0%
Hals-Nasen-Ohren	7 260	7 269	0,1%	8 347	15,0%	6 746	-7,1%
Neurochirurgie	1 327	1 385	4,4%	1 565	17,9%	1 296	-2,3%
Neurologie	4 657	5 624	20,8%	5 749	23,4%	5 561	19,4%
Ophthalmologie	2 369	2 124	-10,3%	2 892	22,1%	1 790	-24,4%
Endokrinologie	1 073	1 261	17,5%	1 345	25,3%	1 220	13,7%
Gastroenterologie	6 278	7 261	15,7%	7 848	25,0%	6 975	11,1%
Viszeralchirurgie	4 201	4 403	4,8%	4 960	18,1%	4 126	-1,8%
Hämatologie	2 333	2 795	19,8%	2 858	22,5%	2 763	18,4%
Gefässe	3 099	3 333	7,6%	3 892	25,6%	3 074	-0,8%
Herz	8 973	9 665	7,7%	10 908	21,6%	9 052	0,9%
Nephrologie	812	971	19,6%	981	20,8%	966	19,0%
Urologie	11 355	11 225	-1,1%	13 664	20,3%	10 089	-11,1%
Pneumologie	3 698	4 540	22,8%	4 601	24,4%	4 510	22,0%
Thoraxchirurgie	560	574	2,5%	662	18,2%	530	-5,4%
Transplantationen	83	95	14,5%	95	14,5%	95	14,5%
Rheumatologie	885	1 036	17,1%	1 066	20,5%	1 021	15,4%
Gynäkologie	6 873	6 917	0,6%	7 850	14,2%	6 466	-5,9%
Geburtshilfe	18 572	22 231	19,7%	22 231	19,7%	22 231	19,7%
Neugeborene	16 956	20 285	19,6%	20 285	19,6%	20 285	19,6%
(Radio-)Onkologie	1 606	1 866	16,2%	1 911	19,0%	1 843	14,8%
Schwere Verletzungen	498	587	17,9%	599	20,3%	581	16,7%
Total Kanton Zürich	210 905	241 877	14,7%	256 252	21,5%	234 293	11,1%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D18 zeigt die Entwicklung in den einzelnen SPLB, aufgeteilt auf drei Szenarien. Das Hauptszenario erwartet nur in zwei SPLB einen Rückgang der Fallzahlen: In der Ophthalmologie nehmen die stationären Fälle bis 2032 um rund 10 Prozent ab, in der Urologie um 1 Prozent. Diese SPLB weisen höhere Hospitalisierungsraten auf als der schweizerische Durchschnitt und enthalten relativ viele Leistungen, die bis ins Jahr 2032 ambulant erbracht werden können. Die stärkste Zunahme wird bei den SPLB Basispaket, Neurologie und Pneumologie erwartet. Diese weisen ein Fallwachstum von über 20 Prozent auf. Das sind Bereiche, bei denen die Korrektur der kantonalen Überversorgung nur schwach wirkt. Ebenfalls enthalten diese SPLB verhältnismässig wenige Eingriffe, die bis ins Jahr 2032 ambulant erbracht werden können. Schliesslich ist für die Höhe der Zunahme auch das Zusammenspiel zwischen Bevölkerungsstruktur und Hospitalisierungsrate wichtig: In SPLB, in denen die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter stark zunimmt, erwartet die Gesundheitsdirektion aufgrund der demografischen Veränderung eine stärkere Zunahme als in SPLB, in denen die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter weniger stark steigt.

Abbildung D18: Prognoseergebnis nach SPLB und Szenario



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.3 Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Die Abbildung D19 enthält die Prognoseergebnisse für die fünf Altersgruppen. Im Jahr 2019 sind 39,6 Prozent der stationär behandelten Patientinnen und Patienten 65 oder älter. Aufgrund des demografischen Wandels steigt dieser Anteil bis ins Jahr 2032 auf 42,9 Prozent. Bei den über 80-Jährigen wird eine starke Zunahme der Fallzahlen um 38,6 Prozent erwartet. Um rund 14 bzw. 15 Prozent nimmt die Zahl der Fälle der Kinder (0–15) und der 65- bis 79-Jährigen zu. Die Zahl der Kinder steigt vor allem deshalb deutlich, weil die Bevölkerungsprognose 2020 des Statistischen Amtes von einer Zunahme der Geburtenrate in den kommenden Jahren ausgeht. Der schwächste Anstieg der Fallzahlen gibt es bei den Personen zwischen 16 und 64 Jahren. Zusammen mit der generell abnehmenden Aufenthaltsdauer führt das dazu, dass für diese Altersgruppe ein Rückgang der Pflgetage erwartet wird. Die Zunahme der Pflgetage um 5,4 Prozent geht fast vollständig auf die Entwicklung bei den über 80-Jährigen zurück. In dieser Altersgruppe steigt die Zahl der Pflgetage um 25,2 Prozent.

Abbildung D19: Prognoseergebnis nach Altersgruppe

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflgetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–15 Jahre	28 778	33 002	14,7%	3,9	3,4	–12,1%	112 356	113 248	0,8%
16–39 Jahre	43 109	47 253	9,6%	3,6	3,2	–11,4%	155 660	151 269	–2,8%
40–64 Jahre	55 526	57 854	4,2%	4,6	4,2	–9,2%	254 214	240 963	–5,2%
65–79 Jahre	48 941	55 869	14,2%	6,2	5,6	–9,8%	301 224	310 064	2,9%
80+ Jahre	34 551	47 899	38,6%	7,6	6,9	–9,7%	264 129	330 685	25,2%
Total Kanton Zürich	210 905	241 877	14,7%	5,2	4,6	–11,3%	1 087 583	1 146 229	5,4%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Die Abbildung D20 enthält die Ergebnisse der Prognose nach Wohnregion. Die Entwicklung der Fallzahlen ist mit 10,6 Prozent am schwächsten in der Region Zürich und mit 18,7 Prozent am stärksten in der Region Limmattal. Die Unterschiede zwischen den Wohnregionen erklären sich durch die unterschiedliche demografische Entwicklung in den Wohnregionen. Wie im Kapitel C 1.5.2 dargelegt, wächst die Bevölkerung nicht in allen Wohnregionen gleich stark. Daneben ist aber auch die zunehmende Alterung der Bevölkerung nicht in allen Wohnregionen gleich. So beträgt der Anteil der über 65-Jährigen in der Region Zürich 18,4 Prozent. Dieser steigt bis ins Jahr 2032 auf 19,5 Prozent. Hingegen beträgt der Anteil derselben Altersgruppe 2019 in der Region Oberland 22,7 Prozent und 29,1 Prozent im Jahr 2032.

Abbildung D20: Prognoseergebnis nach Wohnregion

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Limmattal	26256	31160	18,7%	5,1	4,8	-6,5%	133251	147889	11,0%
Linkes Seeufer	11845	13460	13,6%	5,3	4,9	-7,0%	62429	66015	5,7%
Oberes Glattal	23910	28232	18,1%	5,4	5,0	-7,5%	127932	139650	9,2%
Oberland	16797	19612	16,8%	4,6	4,3	-7,8%	77518	83371	7,6%
Rechtes Seeufer	12444	14076	13,1%	5,2	4,8	-7,9%	64923	67659	4,2%
Unterland	23708	27687	16,8%	5,0	4,7	-5,6%	118039	130223	10,3%
Winterthur	30238	34983	15,7%	4,9	4,5	-7,8%	148149	158171	6,8%
Zürich	65707	72668	10,6%	5,4	4,9	-10,2%	355342	353252	-0,6%
Total Kanton Zürich	210905	241877	14,7%	5,2	4,6	-11,3%	1087583	1146229	5,4%

Quelle: Eigene Darstellung

Das Wachstum der Bevölkerung in allen Wohnregionen, bedeutet jedoch nicht, dass dieser Bedarf zwingend in den jeweiligen Wohnregion gedeckt werden muss (vgl. Kapitel D 1.2.3).

1.4 Bedarf Spezialbereiche

1.4.1 Akutgeriatrie

Für den Bereich der Akutgeriatrie existiert keine einheitliche Definition. Neben der Definition über das Alter ist die Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten viel ausschlaggebender. Die Abbildung dieser Patientengruppe ist jedoch schwierig und eine Prognose anhand der Medizinischen Statistiken nicht zuverlässig zu erstellen. Um die Patientengruppe der geriatrischen Patientinnen und Patienten, die eine Komplexbehandlung benötigen, besser abzubilden, ist durch den Universitären Geriatrie-Verbund Zürich ein Assessment Tool in Erarbeitung. Die Gesundheitsdirektion begrüsst diese Erarbeitung und erhofft sich dadurch bessere Aussagen bezüglich des langfristigen Bedarfs an akutgeriatrischen Behandlungen (vgl. Kapitel G).

1.4.2 Palliativmedizin

Durch die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt ist mit einer Zunahme von Patientinnen und Patienten zu rechnen, die eine palliativmedizinische Versorgung benötigen. Wie in der Akutgeriatrie ist auch in der Palliativmedizin eine Quantifizierung dieses Bedarfes schwierig. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass im Bereich des Leistungsauftrages PAL «Palliative Care Kompetenzzentrum» ein genügendes stationäres Leistungsangebot besteht. Eine Zunahme der palliativmedizinisch zu betreuenden Patientinnen und Patienten wird voraussichtlich durch die zunehmende Ambulantisierung in diesem Bereich aufgefangen werden.

2. Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich

Die Spitalplanung muss neben dem innerkantonalen Bedarf auch der Nachfrage nach stationären akutsomatischen Leistungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten Rechnung tragen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten nicht im Kanton Zürich behandelt wird. Das Kapitel D 1.3 enthält die Ergebnisse der Bedarfsprognose für die Zürcher Bevölkerung. Zusätzlich ist zu beachten, dass ein Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten auch in Zukunft nicht im Kanton Zürich behandelt werden wird, z. B. bei Unfällen, die ausserhalb des Kantons Zürich passieren. Die Bevölkerung des nördlichsten Teils des Kantons wird ausserdem aus geografischen Gründen auch durch das Kantonsspital Schaffhausen versorgt.

Die Abbildung D21 enthält die Zahlen zur Patientenmigration 2019. Wie auch bei der Prognose wurden für die ausserkantonalen Standorte die Daten des Jahres 2018 verwendet. Es wurden rund 11 700 Zürcher Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen behandelt. Demgegenüber stehen 37 100 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Spitälern behandelt wurden. Dazu kommen knapp 3500 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo ist für alle SPLB positiv, das heisst, es kommen mehr ausserkantonale und ausländische Personen zwecks Behandlung in den Kanton Zürich, als dass Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonale behandelt werden. Der Wanderungssaldo beträgt total plus 28 843 Austritte.

Diese zusätzlichen Austritte sind in der Spitalplanung zu berücksichtigen. Allerdings ist es sehr schwierig, für die zukünftige Patientenwanderung eine Prognose zu erstellen. Diese hängt nicht nur von der Entwicklung im Kanton Zürich ab, sondern auch von der Entwicklung in den Herkunftskantonen der Patientinnen und Patienten. Gewisse Unsicherheiten (z. B. die Entwicklung der Referenztarife) erschweren die Erstellung einer Prognose zu den Veränderungen der kantonsübergreifenden Patientenströme pro SPLG. Darum verwendet die Gesundheitsdirektion zur Einschätzung der Höhe der Zu- und Abwanderung den aktuellen Stand.

Abbildung D21: Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019 (ausserkantonale: 2018)

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Basispaket	5 038	8 320	1 128	4 410
Bewegungsapparat chirurgisch	2 041	8 004	597	6 560
Dermatologie	29	274	11	256
Hals-Nasen-Ohren	545	1 716	92	1 263
Neurochirurgie	56	676	121	741
Neurologie	190	1 148	168	1 126
Ophthalmologie	193	853	41	701
Endokrinologie	24	135	12	123
Gastroenterologie	227	848	85	706
Viszeralchirurgie	311	973	76	738
Hämatologie	70	698	39	667
Gefässe	110	859	72	821
Herz	215	4 355	420	4 560
Nephrologie	32	101	19	88
Urologie	438	1 756	128	1 446
Pneumologie	171	940	57	826
Thoraxchirurgie	4	190	10	196
Transplantation	2	95	1	94
Rheumatologie	46	149	14	117
Gynäkologie	452	939	77	564
Geburtshilfe	733	1 811	131	1 209
Neugeborene	677	1 689	82	1 094
(Radio-)Onkologie	45	420	48	423
Schwere Verletzungen	67	156	25	114
Total Kanton Zürich	11 716	37 105	3 454	28 843

Quelle: Eigene Darstellung

Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2019 in einem Zürcher Spital behandelt werden, stammen mehrheitlich aus den Nachbarkantonen. Rund 28 400 der 37 100 ausserkantonalen Patientinnen und Patienten haben den Wohnsitz in einem der sechs Nachbarkantone (vgl. Abbildung D22). Am stärksten war die Zuwanderung aus dem Kanton Aargau (8866 Austritte), gefolgt von den Kantonen Schwyz (5400 Austritte) und St. Gallen (5260 Austritte). Auch aus den Kantonen Thurgau (3622 Austritte), Schaffhausen (3149 Austritte) und Zug (2125 Austritte) liessen sich viele Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandeln. Zudem kamen aus allen anderen Kantonen zusammen im Jahr 2019 8693 Patientinnen und Patienten zwecks Behandlungen in den Kanton Zürich.

Abbildung D22: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkanton	ZH
Basispaket	2 208	471	1 188	1 301	810	691	1 651	8 320	73 485
Dermatologie	74	32	41	18	23	15	71	274	764
Hals-Nasen-Ohren	473	93	240	179	219	137	375	1 716	6 729
Neurochirurgie	95	29	92	79	73	82	226	676	1 284
Neurologie	223	54	164	162	106	91	348	1 148	4 478
Ophthalmologie	216	22	115	83	88	152	177	853	2 927
Endokrinologie	44	7	8	10	16	15	35	135	1 050
Gastroenterologie	196	32	150	115	73	74	208	848	6 062
Viszeralchirurgie	221	42	156	118	107	102	227	973	3 895
Hämatologie	142	60	104	72	67	63	190	698	2 263
Gefässe	133	53	139	112	108	127	187	859	2 994
Herz	557	459	643	698	448	507	1 043	4 355	8 771
Nephrologie	24	7	9	16	17	8	20	101	780
Urologie	435	95	290	247	137	183	369	1 756	10 925
Pneumologie	222	18	76	109	67	74	374	940	3 533
Thoraxchirurgie	36	10	25	27	17	34	41	190	557
Transplantationen	17	3	9	14	10	0	42	95	81
Bewegungsapparat chirurgisch	2 161	384	954	886	759	442	2 418	8 004	26 145
Rheumatologie	36	7	13	13	17	13	50	149	841
Gynäkologie	217	57	210	150	69	51	185	939	6 431
Geburtshilfe	548	75	317	419	174	102	176	1 811	17 847
Neugeborene	504	68	321	388	167	101	140	1 689	16 284
(Radio-)Onkologie	49	33	111	27	37	73	90	420	1 565
Schwere Verletzungen	35	14	25	17	13	12	40	156	434
Total	8 866	2 125	5 400	5 260	3 622	3 149	8 683	37 105	200 125

3. Leistungsangebot der Zürcher Kliniken

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Zürcher Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt standen, geht dieses Kapitel näher auf die Zürcher Spitäler ein. Der Begriff «Zürcher Spitäler» wird in einem weiteren Sinn verwendet und umfasst alle Spitäler, die auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind oder im Kanton Zürich stehen.

Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik 2020

Die auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik aufgeführten Spitäler stellen die Akutversorgung für die Zürcher Bevölkerung sicher. Aktuell werden auf der Liste 25 Spitäler mit Standort im Kanton Zürich sowie das Kantonsspital Schaffhausen geführt, das für die Einwohnerinnen und Einwohner verschiedener Gemeinden des nördlichen Weinlandes schneller erreichbar ist als die Spitäler im Kanton Zürich. 16 dieser Spitäler führen eine allgemein zugängliche Notfallstation, die rund um die Uhr in Betrieb ist. Für diese Spitäler ist ein breites Leistungsspektrum obligatorisch, da Notfallpatientinnen und -patienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital eintreten. Ein breites Angebot ermöglicht eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung.

Auf der aktuellen Zürcher Spitalliste Akutsomatik sind zudem neun Spitäler aufgeführt, die keine Notfallstation führen. Diese bieten ein begrenztes Leistungsangebot an. Es handelt sich um Kliniken, die vorwiegend planbare (elektive) Leistungen anbieten. Schliesslich sind auf der aktuellen Spitalliste zwei Geburtshäuser aufgeführt: Das Geburtshaus Zürcher Oberland mit Standort in Bäretswil und das Geburtshaus Delphys in der Stadt Zürich.

Daneben gibt es im Kanton Zürich sechs weitere Spitäler für stationäre Behandlungen, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind und somit über keinen Leistungsauftrag des Kantons Zürich verfügen. Diese Vertragsspitäler sind im Bereich der Zusatzversicherung tätig und erhalten keine Kantonsbeiträge.

Abbildung D23: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2020



Quelle: Eigene Darstellung

Erbrachte Leistungen und Marktanteile 2019

Abbildung D24 zeigt die Patientenaustritte der Spitäler im Kanton Zürich 2019 sowie des Kantonsspitals Schaffhausen 2018 nach Herkunftsort der Patientinnen und Patienten. Das Kantonsspital Schaffhausen ist als einziges ausserkantonales Akutspital auf der Spitalliste des Kantons Zürich. Gut 83 Prozent der im Kanton Zürich stationär behandelten Personen wohnen auch im Kanton Zürich. Das heisst im Umkehrschluss, knapp 17 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten stammen aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland. Das Universitätsspital, das Kantonsspital Winterthur sowie das Stadtsipital Triemli behandeln jeweils mehr als 10 Prozent aller stationären Fälle im Kanton Zürich. Die Klinik Hirslanden mit knapp 8 Prozent behandelt neben den drei erwähnten als einziges Spital mehr als 5 Prozent aller stationären Fälle. Die Spitäler im Kanton Zürich ohne einen Zürcher Leistungsauftrag behandeln zusammen 5,5 Prozent aller stationären Fälle.

Abbildung D24: Austritte der Zürcher Spitäler 2019 (ausserkantonal: 2018)

Spitalname	ZH	Austritte		Total	Austritte mit Wohnkanton Zürich
		ausser-kantonal	Ausland		
Universitätsspital Zürich	32624	9540	854	43018	17,9%
Kantonsspital Winterthur	24642	3087	185	27914	11,6%
Stadtsipital Triemli	21736	2752	229	24717	10,3%
Klinik Hirslanden	14003	4236	560	18799	7,8%
See-Spital Standort Horgen	6518	653	54	7225	3,0%
See-Spital Standort Kilchberg	2233	337	7	2577	1,1%
Spital Uster	10056	199	63	10318	4,3%
Spital Limmattal	9690	1671	66	11427	4,7%
Spital Bülach	9998	371	173	10542	4,4%
Spital Zollikerberg	10210	458	63	10731	4,5%
GZO AG Spital Wetzikon	9930	450	47	10427	4,3%
Stadtsipital Waid	8343	268	69	8680	3,6%
Schulthess Klinik	4688	2847	263	7798	3,2%
Kinderspital Zürich	6063	1922	328	8313	3,5%
Spital Männedorf	6541	1503	46	8090	3,4%
Universitätsklinik Balgrist	3593	1596	88	5277	2,2%
Spital Affoltern	2895	462	22	3379	1,4%
Paracelsus-Spital Richterswil	1274	582	12	1868	0,8%
Limmatklinik	1226	297	17	1540	0,6%
Klinik Lengg	414	470	13	897	0,4%
Uroviva Klinik für Urologie	1230	87	16	1333	0,6%
Adus Medica	672	137	1	810	0,3%
Klinik Susenberg	205	10	2	217	0,1%
Sune-Egge	116	9	0	125	0,1%
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag	188 900	33 944	3 178	226 022	93,9%
Geburtshaus Zürcher Oberland	650	178	0	828	0,3%
Geburtshaus Delphys	502	22	0	524	0,2%
Geburtshäuser mit Zürcher Leistungsauftrag	1 152	200	0	1 352	0,6%
Klinik Im Park	4308	1618	132	6058	2,5%
Privatklinik Bethanien	3491	675	26	4192	1,7%
Klinik Lindberg	1142	245	12	1399	0,6%
Klinik Pyramide am See	1078	394	101	1573	0,7%
Klinik Tiefenbrunnen	54	29	5	88	0,0%
Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag	10 073	2 961	276	13 310	5,5%
Total Kanton Zürich	200 125	37 105	3 454	240 684	100%
Spitäler Schaffhausen	906	7901	398	9205	–

Quelle: Eigene Darstellung

Zu beachten ist, dass hier nur die auf der Zürcher Spitalliste geführten Spitäler abgebildet sind. Das heisst, alle ausserkantonalen Spitäler, mit Ausnahme des Kantonsspitals Schaffhausen, werden als Spitäler ohne Leistungsauftrag betrachtet.

Abbildung D25: Marktanteil Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Spitäler mit Leistungsauftrag		Spitäler ohne Leistungsauftrag	
	Anteil innerkantonal	Anteil ausserkantonal	Anteil innerkantonal	Anteil ausserkantonal
Basispaket	90,9%	0,5%	2,7%	5,9%
Bewegungsapparat chirurgisch	82,0%	0,2%	10,7%	7,1%
Dermatologie	93,7%	0,3%	2,7%	3,4%
Hals-Nasen-Ohren	88,1%	0,2%	4,4%	7,4%
Neurochirurgie	94,0%	0,0%	1,7%	4,2%
Neurologie	95,4%	0,5%	0,5%	3,6%
Ophthalmologie	85,2%	0,0%	8,5%	6,3%
Endokrinologie	97,1%	0,4%	0,7%	1,9%
Gastroenterologie	94,0%	0,6%	2,4%	3,0%
Viszeralchirurgie	88,6%	1,0%	4,0%	6,4%
Hämatologie	95,2%	0,5%	1,8%	2,5%
Gefässe	88,6%	0,3%	7,8%	3,3%
Herz	89,6%	0,0%	8,0%	2,4%
Nephrologie	92,0%	0,5%	4,1%	3,4%
Urologie	91,5%	0,4%	4,7%	3,5%
Pneumologie	93,8%	0,6%	1,6%	4,0%
Thoraxchirurgie	95,5%	0,0%	3,8%	0,7%
Transplantationen	97,6%	0,0%	0,0%	2,4%
Rheumatologie	93,2%	0,7%	1,6%	4,5%
Gynäkologie	84,7%	0,9%	8,8%	5,7%
Geburtshilfe	91,5%	0,6%	4,5%	3,4%
Neugeborene	91,2%	0,5%	4,8%	3,5%
(Radio-)Onkologie	95,1%	0,1%	2,1%	2,7%
Schwere Verletzungen	86,3%	0,4%	0,2%	13,1%
Total	89,7%	0,4%	4,8%	5,1%

Quelle: Eigene Darstellung

Erreichbarkeit der Zürcher Akutspitäler

Unter Berücksichtigung der auf der aktuellen Spitalliste Akutsomatik (Version 2020.3; gültig ab 01.01.2020) aufgeführten Spitäler mit Notfallversorgung (Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin [24h Notfall – ausgenommen das Kinderspital Zürich]»; 15 Leistungserbringer, davon liegen 14 im Kanton Zürich) ergibt die Analyse der Erreichbarkeit der Zürcher Spitalversorgung folgende Ergebnisse (vgl. Abbildungen D26 und D27): Der Zugang der Wohnbevölkerung zur Spitalversorgung ist auf hohem Niveau gewährleistet. Die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital beträgt für über 99 Prozent der Wohnbevölkerung und über 99 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze weniger als 20 Minuten. Rund 97 Prozent der Zürcherinnen und Zürcher erreichen das nächstgelegene Spital innerhalb von 15 Minuten, rund 30 Prozent gar in weniger als 5 Minuten. Von den Arbeitsorten aus ist die Erreichbarkeit noch besser (für rund 98 Prozent beträgt die Fahrzeit weniger als 15 Minuten bzw. für rund 36 Prozent weniger als 5 Minuten). In Gebieten, in denen die Fahrzeit bei über 30 Minuten liegt, wohnen zum Analysezeitpunkt keine Personen.

Abbildung D26: Erreichbarkeit der akutsomatischen Notfallversorgung

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	Anzahl	kumulierte Prozente	Anzahl	kumulierte Prozente
Bis 5 Minuten	450 165	30,19	367 307	36,19
Bis 10 Minuten	1 169 660	78,45	887 911	87,49
Bis 15 Minuten	1 448 584	97,16	1 000 931	98,63
Bis 20 Minuten	1 487 168	99,75	1 013 455	99,86
Bis 30 Minuten	1 490 922	100	1 014 859	100

Abbildung D27: Erreichbarkeit von allen Akutspitälern mit Notfallversorgung im Kanton Zürich





Psychiatrie

- 1 Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung**
- 2 Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich**
- 3 Leistungsangebot der Zürcher Kliniken**

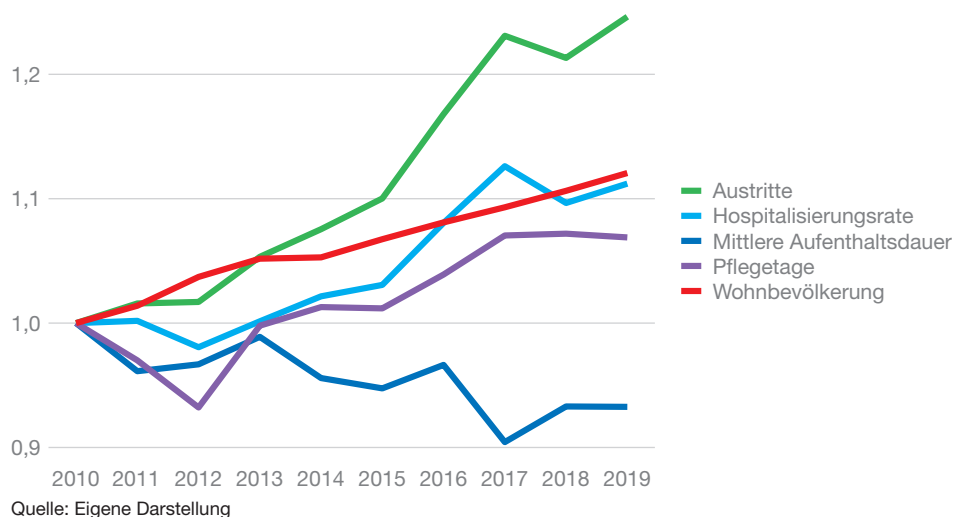
1. Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes liegen der Gesundheitsdirektion die ausserkantonalen Daten des Jahres 2019 noch nicht vor. Für die Prognose und die Darstellung der bisherigen Nachfrage werden deshalb die ausserkantonalen Daten 2018 verwendet. Datengrundlage für die Kapitel E 1.1 und E 1.2 sind die beobachteten Fälle. Anschliessend werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Psychiatrie beschrieben und die Resultate der Prognose vorgestellt.

1.1 Bisherige Nachfrage

Die Abbildung E1 zeigt die Entwicklung der Zürcher Bevölkerung sowie der stationären Leistungen, die von Zürcher Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der Austritte ist seit 2010 stark angestiegen. Im Jahr 2018 zeigt die Darstellung zwar einen Rückgang der Fallzahlen, dieser ist aber die Einführung des neuen Abrechnungssystems TARPSY zurückzuführen. Die Betrachtung der Jahre 2017 und 2019 zeigt, dass sich die Zunahme der Austritte abgeschwächt hat, insbesondere im Vergleich zu den Jahren 2015 bis 2017. Seit 2010 hat die Zahl der Austritte um 25 Prozent zugenommen und liegt 2019 bei rund 15300. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 2,7 Prozent.

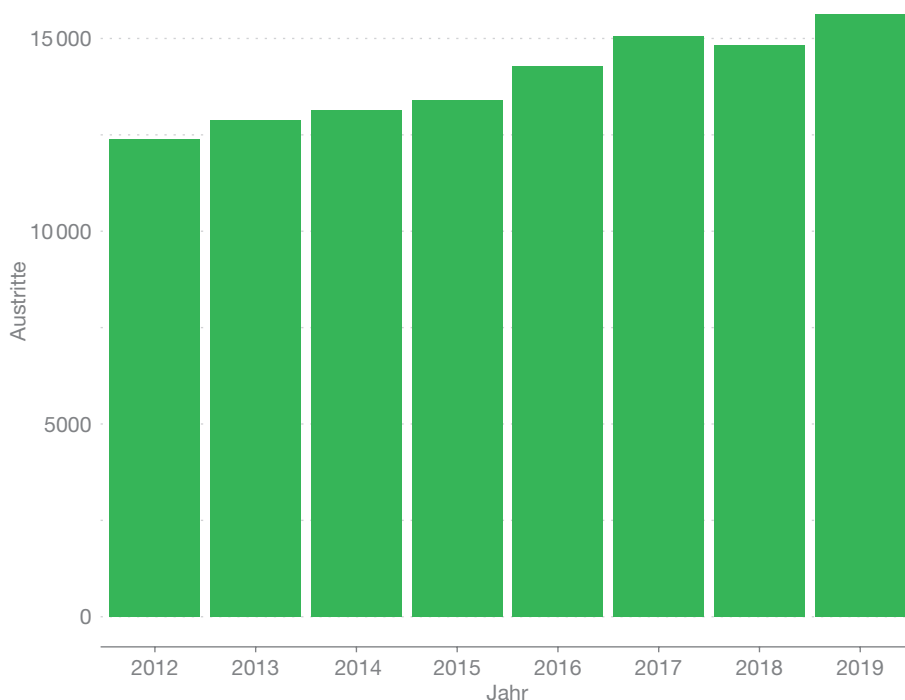
Abbildung E1: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



Die Hospitalisierungsrate, also die Inanspruchnahme von stationären Leistungen pro Kopf, ist seit 2010 ebenfalls angestiegen, was aufgrund der starken Zunahme der Austritte nicht überrascht. 2010 lag die Hospitalisierungsrate bei 9,0 Hospitalisierungen pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher, 2019 sind es 10,0. Dieser Anstieg bedeutet, dass die Zahl der Austritte stärker gewachsen ist als die Wohnbevölkerung.

Die Zahl der Pflegetage ist seit 2010 sichtbar weniger stark gestiegen. Die Zunahme beträgt gut 6 Prozent und damit deutlich weniger als bei den Austritten. Grund dafür ist die Verringerung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) seit 2010. Im Jahr 2010 betrug diese noch 36,2 Tage, bis 2019 sank sie auf 33,8 Tage.

Die Abbildung E2 zeigt die Entwicklung der Austritte in absoluten Zahlen. Nach dem Rückgang der Austritte 2018 im Zusammenhang mit der Einführung von TARPSY sind diese 2019 wieder angestiegen. Die definitiven Fallzahlen 2019 (einschliesslich ausserkantonalen Spitalaufenthalte 2019) werden erwartungsgemäss nicht markant davon abweichen, da es keinen Grund zur Annahme gibt, dass 2019 sehr viel mehr oder weniger Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt wurden als 2018. Der Rückgang der Fälle 2018 ist auf eine veränderte Falldefinition (Wiedereintrittsregelung) unter TARPSY zurückzuführen und nicht auf eine tatsächliche Reduktion.

Abbildung E2: Entwicklung Austritte 2012 bis 2019

Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten 2019 zu finden.¹

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 15 294 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten. Die Abbildung E3 enthält die Austritte nach Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) gemäss den neuen Psychiatrieleistungsgruppen für die Spitalplanung 2023. Gut ein Drittel der Austritte sind im SPLB «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen». Je rund 20 Prozent werden den beiden SPLB «Abhängigkeitserkrankungen» und «Psychotische und bipolare Störungen» zugeteilt. Zusammen werden in diesen drei SPLB somit rund drei Viertel aller Patientinnen und Patienten behandelt.

Die 15 294 Austritte verzeichnen rund 517 000 Pflage tage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflage tage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflage tage im Kalenderjahr) ermittelt werden. Sie entsprechen der Summe der Aufenthaltsdauer aller in einem Jahr ausgetretenen Patientinnen und Patienten. Folglich entspricht die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Anzahl Pflage tage dividiert durch die Austritte. Sie beträgt 33,8 Tage. Allerdings gibt es grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen.

Es gibt 2019 keinen Fall im SPLB «Störungen in Verbindung mit Sexualität». Dieser Bereich ist deshalb in den folgenden Abbildungen nicht ausgewiesen.

¹ <http://www.zh.ch/kenndaten-spitaeler>

Abbildung E3: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Demenzen und Delire	908	30,8	27 918
Abhängigkeitserkrankungen	3 272	28,0	91 558
Psychotische und bipolare Störungen	3 089	37,9	116 981
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 414	30,8	166 780
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	799	35,8	28 622
Persönlichkeitsstörungen	984	31,4	30 845
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	159	34,5	5 491
Essstörungen	148	61,9	9 162
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	110	52,8	5 812
Autismus-Spektrum-Störungen	57	33,1	1 888
Störungen des Sozialverhaltens	61	55,8	3 402
Mutter-Kind-Behandlungen	45	44,2	1 991
Nichtorganische Schlafstörungen	21	25,9	544
Säuglings- und kinderspez. Störungen	56	52,1	2 920
Intellektuelle Beeinträchtigungen	54	21,3	1 148
Forensische Psychiatrie	67	304,3	20 388
Nicht zuteilbar	50	23,6	1 178
Total Kanton Zürich	15 294	33,8	516 628

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung E4 zeigt die Nachfrage stationärer Leistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 80 Prozent aller Austritte entfallen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen. Diese Altersgruppe macht allerdings nur 65 Prozent der Bevölkerung aus. Die über 65-Jährigen verzeichnen rund 14 Prozent aller Austritte und 17 Prozent der Bevölkerung. Stationäre psychiatrische Leistungen werden somit hauptsächlich von Erwachsenen beansprucht, insbesondere von Erwachsenen im Erwerbsalter.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Pflegetagen. 77 Prozent aller Pflegetage entfallen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen. Der Anteil ist etwas tiefer als bei den Austritten, weil diese Altersgruppe mit 32,2 Tagen die tiefste MAHD hat. Die MAHD der über 65-Jährigen liegt etwas höher bei 36 Tagen. Kinder und Jugendliche werden deutlich länger stationär behandelt, durchschnittlich 64 Tage bei den 0- bis 13-Jährigen bzw. 46 Tage bei den 14- bis 17-Jährigen.

Der Anteil der 18- bis 64-Jährigen an allen psychiatrischen Leistungen wird mit der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft sowie einer steigenden Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche bis 2032 leicht abnehmen (vgl. Kapitel E 1.3.3.3).

Abbildung E4: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Altersgruppe 2019

Altersgruppe	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–13 Jahre	196	64,3	12 608	14,4%
14–17 Jahre	663	46,0	30 464	3,6%
18–64 Jahre	12 300	32,2	396 564	65,0%
65+ Jahre	2 135	36,1	76 992	17,1%
Total Kanton Zürich	15 294	33,8	516 628	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Spitalaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung thematisiert. Betrachtet wird hier die Zürcher Wohnbevölkerung und nicht die Standorte der Spitäler. Wenn demnach Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen ist in Kapitel C 1.3 ersichtlich.

Etwas mehr als ein Drittel aller Patientinnen und Patienten stammt aus der Wohnregion Zürich. Knapp ein Drittel stammt aus der Wohnregion Winterthur – Unterland. Und ein weiteres Drittel kommt aus den Wohnregionen Oberland und Horgen.

Abbildung E5: Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019

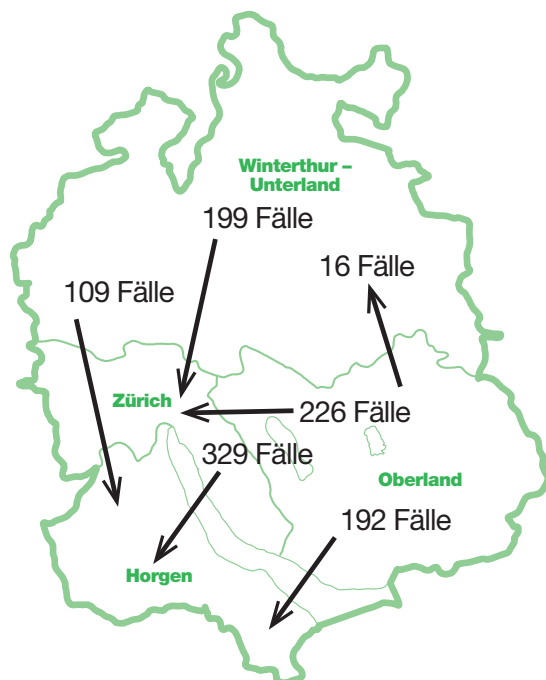
Wohnregion	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Horgen	1 945	31,7	61 647
Oberland	3 263	33,6	109 782
Winterthur – Unterland	4 624	32,5	150 176
Zürich	5 462	35,7	195 023
Total Kanton Zürich	15 294	33,8	516 628

Quelle: Eigene Darstellung

Im Gegensatz zur Akutsomatik gibt es in der Psychiatrie keine starke Wanderung in die Region Zürich. Der Eigenversorgungsgrad aller vier Regionen liegt zwischen 50 und 60 Prozent. Mit anderen Worten, 50 bis 60 Prozent der stationären Behandlungen der Bewohnerinnen und Bewohner einer Region finden in einer psychiatrischen Klinik in derselben Region statt. Somit ist das stationäre psychiatrische Angebot, zumindest was die Grundversorgung betrifft, über alle vier Regionen ähnlich ausgebaut.

Die Abbildung E6 zeigt den Wanderungssaldo zwischen den vier Regionen. Die grösste Nettomigration gibt es 2019 von der Region Zürich in die Region Horgen mit dem Standort des Sanatoriums Kilchberg.

Abbildung E6: Innerkantonale Nettomigration 2019



Quelle: Eigene Darstellung

1.3 Prognose Psychiatrie

In diesem Kapitel werden die Prognosemethodik und die Resultate der Bedarfsprognose im Bereich Psychiatrie vorgestellt. Das grundlegende Prognosemodell für alle drei Versorgungsbereiche ist im Kapitel C 1.5 beschrieben und wird hier nur ganz kurz zusammengefasst. Die Prognose des Bedarfs in der Psychiatrie erfolgt auf Ebene der Leistungsgruppen für die Spitalplanung 2023. Es wird die Entwicklung der Austritte, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis ins Jahr 2032 berechnet und dargestellt. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern werden durch verschiedene Einflussfaktoren beeinflusst. Die demografische, medizintechnische und epidemiologische Entwicklung wird im Kapitel C 1.5.2 erläutert. Die weiteren, psychiatriespezifischen Einflussfaktoren werden im nachfolgenden Kapitel E 1.3.1 beschrieben. Im Kapitel E 1.3.2 wird anschliessend der Effekt der einzelnen Einflussfaktoren auf das Prognoseergebnis dargestellt, bevor im Kapitel 1.3.3 das Ergebnis der gesamten Prognose beschrieben wird.

1.3.1 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Neben den im Kapitel C 1.5 beschriebenen Einflussfaktoren Demografie, Medizintechnik und Epidemiologie enthält das Prognosemodell Psychiatrie zwei weitere Einflussfaktoren. Diese sind die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen sowie die steigende Inanspruchnahme. In der Folge werden diese Einflussfaktoren sowie weitere Eigenschaften des Prognosemodells Psychiatrie dargelegt.

Substitution stationär durch ambulant (Ambulantisierung)

Der Zürcher Regierungsrat hat sich für die Legislaturperiode 2019–2023 das Ziel gesetzt, die ambulante Psychiatrie aktiv zu fördern. Die Prognose geht deshalb davon aus, dass in Zukunft gewisse psychiatrische Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden. Um diese Entwicklung in der Prognose berücksichtigen zu können, braucht es eine Schätzung der Anzahl Fälle, die in Zukunft ambulant statt stationär behandelt werden können. Die Gesundheitsdirektion hat dazu die Kliniken im Kanton Zürich befragt und eine konsolidierte Einschätzung durch den Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) erhalten. Dieser geht davon aus, dass in der Erwachsenenpsychiatrie (18 bis 64 Jahre) das ambulante Potenzial 15 bis 20 Prozent beträgt, wenn ausreichende und nachhaltig finanzierte ambulante Strukturen geschaffen werden. Bei Kindern und Jugendlichen sowie bei den über 65-Jährigen sieht der ZVPC hingegen kein grosses Potenzial für eine Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich. Die Einschätzungen des ZVPC wurden für jede Altersgruppe durch je eine ausserkantonale Expertin oder einen ausserkantonalen Experten geprüft. Diese halten die Einschätzungen des ZVPC für plausibel. Die Gesundheitsdirektion rechnet deshalb in der Erwachsenenpsychiatrie bis 64 Jahre im Hauptszenario mit einer Verlagerung von 15 Prozent. Im Minimalszenario sind es 20 Prozent und im Maximalszenario 5 Prozent.

Im Gegensatz zur Akutsomatik ist es in der Psychiatrie nicht möglich, anhand der Daten der Medizinischen Statistik (z. B. Diagnosen, Behandlungen) abzuschätzen, ob ein Fall potenziell ambulant behandelt werden könnte. Deshalb wird über alle Leistungsgruppen die gleiche Reduktion der stationären Fallzahlen angenommen. Ebenso kann auch nicht von der Aufenthaltsdauer auf das Substitutionspotenzial geschlossen werden. Es sind nicht unbedingt die Fälle mit der kürzesten Aufenthaltsdauer, die auch ambulant hätten behandelt werden können. Der Effekt eines Ausbaus der ambulanten Leistungserbringung auf die stationären Aufenthaltsdauern kann deshalb nicht datengestützt ermittelt werden. Somit hat die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen keinen Effekt auf die MAHD im Prognosemodell.

Steigende Inanspruchnahme

Die Fachliteratur² wie auch die Expertinnen und Experten in den Kliniken gehen in Zukunft von einer zunehmenden Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen aus. Hauptgrund dafür ist nicht die Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Vielmehr ist es so, dass die Betroffenen künftig eher Hilfe in Anspruch nehmen werden als bis anhin. Die Betrachtung der letzten Jahre zeigt einen deutlicheren Anstieg der stationären Fallzahlen in der Psychiatrie, als dass dies aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre (vgl. Kapitel E 1.1). Die höhere Bereitschaft Erkrankter und ihres Umfelds, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Hauptgrund für diese Entwicklung. Das stationäre psychiatrische Angebot im Kanton Zürich hat sich in dieser Zeit deutlich weniger stark verändert, sodass die Zunahme der stationären Fälle nicht mit einem Ausbau der Kapazitäten erklärt werden kann (keine angebotsinduzierte Nachfrage).

² Zum Beispiel:

Corrigan, P. (2004): How Stigma Interferes With Mental Health Care; American Psychologist; Vol. 59, No. 7, 614–625.

Bharadwaj, Pai, Suziefelyte (2015): Mental health stigma, VOX CEPR Policy Portal.

Fischer, M. (2009): Der Entscheidungsprozess zur Psychotherapie: eine qualitative Studie zum Inanspruchnahmeprozess von Psychotherapie, University of Zurich, Faculty of Arts.

Thornicroft, Rose & Mehta (2010): Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do?; Advances in psychiatric treatment (2010); Vol. 16, 53–59.

Um die Stärke dieses Effektes zu berechnen, hat die Gesundheitsdirektion die Entwicklung der stationären Fallzahlen von 2012 bis 2018 betrachtet (vgl. Abbildung E7). Die Spalte «Entwicklung Austritte 2012–2018» enthält die tatsächliche Entwicklung der Fallzahlen pro Jahr im genannten Zeitraum. Die Spalte «Ohne demografische Entwicklung» zeigt die Fallzunahme pro Jahr, die nicht durch die demografische Entwicklung bedingt wurde. Die stationären Fallzahlen sind in dieser Zeit über alle Altersgruppen pro Jahr um knapp 2 Prozent stärker gewachsen, als das aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre. Bei den Kindern und Jugendlichen ist die Zunahme mit rund 4 bzw. rund 6 Prozent deutlich höher. Das stationäre psychiatrische Angebot für Kinder und Jugendliche wurde in den letzten Jahren ausgebaut. Trotzdem besteht in diesem Bereich weiterhin eine Unterversorgung. Jugendliche werden bei Kapazitätsengpässen vorübergehend auf Erwachsenenstationen platziert. Für die nächsten Jahre ist deshalb weiterhin eine überdurchschnittliche Zunahme der Austritte der Kinder- und Jugendlichen zu erwarten. Bei den 18- bis 64-Jährigen beträgt die zusätzliche Zunahme knapp 2 Prozent, bei den über 65-Jährigen rund 1 Prozent.

Die letzten drei Spalten der Abbildung E7 enthalten die Höhe der Einflussfaktoren für die Prognose. Da in den nächsten Jahren das ambulante psychiatrische Angebot im Kanton Zürich gefördert werden soll und sich die zusätzliche Inanspruchnahme möglicherweise mit der Zeit abschwächt, hat die Gesundheitsdirektion für die Prognose Annahmen getroffen, die unter der beobachteten Entwicklung 2012 bis 2018 (ohne Demografie) liegen. Im Hauptszenario wird eine Zunahme der Austritte von 50 Prozent der beobachteten Entwicklung 2012 bis 2018 (ohne Demografie) erwartet. Im Minimalszenario sind es 33 Prozent und im Maximalszenario 66 Prozent.

Abbildung E7: Einflussfaktor Inanspruchnahme

Altersgruppen	Entwicklung Austritte 2012–2018	Ohne demografische Entwicklung	Zunahme Hauptszenario (50%)	Zunahme Maximalszenario (66%)	Zunahme Minimalszenario (33%)
0–13 Jahre	6%	4%	2%	3%	1%
14–17 Jahre	6%	6%	3%	4%	2%
18–64 Jahre	3%	2%	1%	1%	1%
65+ Jahre	3%	1%	1%	1%	0%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E8 nennt die Einflussfaktoren im Prognosemodell Psychiatrie.

Abbildung E8: Verwendung der Einflussfaktoren Psychiatrie je Szenario

Einflussfaktoren	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose Stat. Amt Kanton Zürich	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	–	–
Epidemiologie	–	–
Ambulantisierung	Basierend auf der Einschätzung des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte; nur für Altersklasse 18–64	Haupt.: 15% Min.: 20% Max.: 5%
Steigende Inanspruchnahme	Die Berechnung basiert auf der Entwicklung 2012–2018.	Haupt.: 50% Min.: 33% Max.: 66%

Quelle: Eigene Darstellung

Spezielle Leistungsbereiche

In der Bedarfsprognose Psychiatrie werden alle Bereiche mit dem oben beschriebenen Modell berechnet mit Ausnahme des SPLB «Forensische Psychiatrie». Die Zahl der Austritte in der Forensischen Psychiatrie hängt stark von der Anzahl vorhandener Plätze ab. Im Kanton Zürich bietet nur die Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) Leistungen in der forensischen Psychiatrie an. Die Behandlungsplätze der PUK für forensische Patientinnen und Patienten sind dabei stets voll ausgelastet. Das wird sich in Zukunft kaum ändern, auch wenn die Kapazitäten aufgrund eines geplanten Ausbaus um 39 Betten auf total 118 Betten erhöht werden. Die Prognose geht davon aus, dass in der Forensik auch in Zukunft so viele Leistungen angeboten werden, wie Plätze dafür vorhanden sind.

Psychiatrische Fälle in Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 sind 393 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt worden. Diese Fälle gehören zum Bedarf an psychiatrischen Leistungen und werden nicht zum Bedarf in der Rehabilitation gezählt. Deshalb werden diese 393 Fälle zur Bestimmung des Bedarfs in der Psychiatrie hinzugezählt und bei der Rehabilitation abgezogen. Folglich entsprechen die in der Prognose ausgewiesenen Austritte 2019 nicht der beobachteten Anzahl Austritte. Davon ausgenommen sind Fälle mit einer Hauptdiagnose der Gruppe F45 (somatoforme Störungen), für die es im Leistungsgruppenmodell der Rehabilitation eine entsprechende Spitalplanungsleistungsgruppe gibt.

1.3.2 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032

In diesem Kapitel werden die Effekte der einzelnen Faktoren auf die Prognose dargestellt. Die Betrachtung der einzelnen Einflussfaktoren zeigt die Stärke des Effekts der einzelnen Faktoren auf das Prognoseergebnis. Zur Berechnung wird stets nur ein Einflussfaktor berücksichtigt. Das Ergebnis der Gesamtprognose wird im Kapitel E 1.3.3 ausgewiesen. Die Angaben zum Jahr 2019 umfassen auch die 393 psychiatrischen Fälle, die in einer Rehabilitationsklinik behandelt wurden. Dafür wird die «Forensische Psychiatrie» in diesen Tabellen nicht ausgewiesen, weil wir für diese keine eigentliche Prognose rechnen. Ebenso nicht enthalten ist der Bereich «Störungen in Verbindung mit Sexualität», weil es in diesem Bereich 2019 keinen Austritt gab.

1.3.2.1 Demografie

Allein aufgrund der demografischen Entwicklung erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Austritte um 14 Prozent von rund 15 600 auf 17 700. Die Pflagestage steigen ebenfalls um 14 Prozent. Der Effekt der demografischen Entwicklung auf die Austritte der stationären Psychiatrie entspricht etwa dem erwarteten Bevölkerungswachstum bis ins Jahr 2032. Im Gegensatz zu den Prognosen in der Akutsomatik und der Rehabilitation spielt die Alterung für die Prognose in der Psychiatrie eine unbedeutendere Rolle. Zurückzuführen ist dies auf die tieferen Hospitalisierungsraten der über 65-Jährigen in der Psychiatrie gegenüber jener der Zürcherinnen und Zürcher im Erwerbsalter. Deshalb führt die Alterung der Gesellschaft nicht zu zusätzlichen stationären Austritten in der Psychiatrie. Verschiebungen zwischen den SPLB lassen sich dennoch beobachten. Im Bereich «Demenzen und Delire» erwartet die Prognose eine starke Zunahme um 27 Prozent und damit deutlich mehr als in allen anderen SPLB.

Der Unterschied zwischen den SPLB erklärt sich durch den unterschiedlichen Effekt der Alterung auf die verschiedenen Bereiche und über die inkongruente Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in den Wohnregionen. Da sich die Hospitalisierungsraten nach Wohnregion und SPLG differenzieren, hat die demografische Entwicklung in den Wohnregionen je nach SPLG einen unterschiedlichen Effekt auf die Zahl der Austritte und Pflagestage.

Abbildung E9: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung	Pflagestage 2019	Pflagestage 2032	Veränderung
Demenzen und Delire	927	1 177	27,0%	28 725	36 548	27,2%
Abhängigkeitserkrankungen	3 277	3 658	11,6%	91 696	102 417	11,7%
Psychotische und bipolare Störungen	3 095	3 498	13,0%	117 270	133 282	13,7%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 691	6 459	13,5%	175 876	201 152	14,4%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	834	938	12,5%	29 758	33 551	12,7%
Persönlichkeitsstörungen	989	1 102	11,4%	30 935	34 616	11,9%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	180	204	13,3%	6 127	7 006	14,3%
Essstörungen	151	171	13,2%	9 231	10 483	13,6%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	112	127	13,4%	5 840	6 734	15,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	58	65	12,1%	1 912	2 156	12,8%
Störungen des Sozialverhaltens	61	71	16,4%	3 402	3 896	14,5%
Mutter-Kind-Behandlungen	45	50	11,1%	1 991	2 208	10,9%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	25	13,6%	571	656	14,9%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	58	67	15,5%	2 952	3 402	15,2%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	54	60	11,1%	1 148	1 294	12,7%
Nicht zuteilbar	66	76	15,2%	1 576	1 811	14,9%
Total Kanton Zürich	15 620	17 748	13,6%	509 010	581 212	14,2%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.2 Medizintechnik

Wie im Kapitel C 1.5.2 dargelegt, gibt es gemäss Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) in der Psychiatrie keine absehbaren medizintechnischen Entwicklungen mit einem Effekt auf die Prognose der stationären Fallzahlen.

1.3.2.3 Epidemiologie

Im Kapitel C 1.5.2 wird auf den Workshop der Gesundheitsdirektion mit vier Epidemiologen eingegangen. In diesem Rahmen wurden zwei Entwicklungen in der Psychiatrie angesprochen, die anschliessend durch die Gesundheitsdirektion weiter analysiert wurden.

Zum einen wurde die Entwicklung im SPLB «Essstörungen» betrachtet. Es gab in den letzten Jahren eine Zunahme der Austritte, bei denen eine Essstörung codiert wurde. Allerdings wurde eine Essstörung häufiger als Nebendiagnose codiert und nicht als Hauptdiagnose. Die Anzahl Austritte mit einer Essstörung als Hauptdiagnose ist sowohl für den Kanton Zürich als auch schweizweit seit 2013 nahezu stabil. Da der Hauptgrund für die Behandlung in der Hauptdiagnose codiert wird, kann aus einer Zunahme von Essstörungen als Nebendiagnose nicht auf eine Zunahme der Fallzahlen geschlossen werden. Diese Fälle wären aufgrund ihrer Hauptdiagnose mehrheitlich auch ohne die Nebendiagnose Essstörung behandelt worden. Hinzu kommt eine nachweisliche Verbesserung in der Vollständigkeit der Codierung (auch aufgrund der Einführung von TARPSY) in der betrachteten Zeitspanne.

Die zweite Entwicklung, welche die Gesundheitsdirektion näher analysiert hat, ist eine Zunahme der stationär behandelten Depressionen. Die Betrachtung der Daten zeigt eine stärkere Zunahme der stationären Behandlungen aufgrund einer Depression in den letzten Jahren, verglichen mit dem Wachstum in der stationären Psychiatrie allgemein.

Mit der Berücksichtigung der steigenden Inanspruchnahme als eigener Einflussfaktor hat die Gesundheitsdirektion diese Entwicklungen zu einem Teil bereits abgedeckt, weshalb dafür kein eigener Einflussfaktor definiert wurde.

1.3.2.4 Substitution stationär durch ambulant

Wie im Kapitel E 1.3.1 beschrieben, wurde die Höhe der möglichen Substitution von stationären durch ambulante Behandlungen vom ZVPC geschätzt. Die Annahme einer Verlagerung von 15 Prozent der stationären Aufenthalte der 18- bis 64-Jährigen führt zu einer Abnahme aller Austritte bis 2032 um 12 Prozent. Im Maximalszenario, in dem die Gesundheitsdirektion von einem viel geringeren Verlagerungspotenzial von 5 Prozent der Austritte der 18- bis 64-Jährigen ausgeht, nehmen die Austritte insgesamt um 4 Prozent ab. Im Minimalszenario, in dem von einer Verlagerung von 20 Prozent der stationären Aufenthalte der 18- bis 64-Jährigen ausgegangen wird, resultiert eine Abnahme um 16 Prozent.

Weil die Gesundheitsdirektion einzig für die 18- bis 64-Jährigen von einer Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ausgeht, zeigt sich eine grosse Variation unter den SPLB. In SPLB, in denen überwiegend Kinder und Jugendliche oder Personen über 65 Jahren behandelt werden, ergibt sich eine geringere Verlagerung.

Abbildung E10: Effekt der Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032 Haupt- szenario	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Demenzen und Delire	927	904	-2,5%	-0,8%	-3,2%
Abhängigkeitskrankungen	3277	2817	-14,0%	-4,7%	-18,7%
Psychotische und bipolare Störungen	3095	2694	-13,0%	-4,3%	-17,3%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5691	5004	-12,1%	-4,0%	-16,1%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	834	729	-12,6%	-4,2%	-16,9%
Persönlichkeitsstörungen	989	851	-14,0%	-4,7%	-18,5%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	180	159	-11,7%	-3,9%	-15,6%
Essstörungen	151	136	-9,9%	-3,3%	-13,2%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	112	107	-4,5%	-1,8%	-6,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	58	52	-10,3%	-3,4%	-13,8%
Störungen des Sozialverhaltens	61	60	-1,6%	0,0%	-1,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	45	38	-15,6%	-4,4%	-20,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	19	-13,6%	-4,5%	-13,6%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	58	57	-1,7%	0,0%	-1,7%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	54	47	-13,0%	-3,7%	-18,5%
Nicht zuteilbar	66	59	-10,6%	-3,0%	-15,2%
Total Kanton Zürich	15 620	13 733	-12,1%	-4,0%	-16,1%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.5 Steigende Inanspruchnahme

Wie im Kapitel E 1.3.1 dargelegt, erwartet die Gesundheitsdirektion in den kommenden Jahren eine steigende Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen, die über den demografischen Effekt hinausgeht. Die Abbildung E11 zeigt den erwarteten Effekt auf die Austritte pro SPLB. Da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme erwartet wird, gibt es in den SPLB, in denen hauptsächlich oder ausschliesslich Kinder und Jugendliche behandelt werden, die stärkste Zunahme. Insbesondere in den SPLB «Störungen des Sozialverhaltens» und «Säuglings- und kinderspez. Störungen» schätzt die Gesundheitsdirektion eine Zunahme um rund 37 Prozent, wenn auch auf tiefem absoluten Niveau. In den SPLB «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen» und «Essstörungen» wird ebenfalls eine Zunahme von über 20 Prozent angenommen. Hingegen wirkt dieser Faktor etwas weniger stark auf SPLB, in denen hauptsächlich Erwachsene und insbesondere Erwachsene im Rentenalter behandelt werden. Dies zeigt sich in den SPLB «Demenzen und Delire» sowie «Nichtorganische Schlafstörungen», die als einzige eine Zunahme unter 10 Prozent aufweisen.

Über alle SPLB steigt die Zahl der Austritte bis ins Jahr 2032 im Hauptszenario um 12 Prozent, im Maximalszenario sind es 16 Prozent und im Minimalszenario 8 Prozent.

Abbildung E11: Effekt der steigenden Inanspruchnahme

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032 Haupt- szenario	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Demenzen und Delire	927	994	7,2%	9,8%	4,7%
Abhängigkeitserkrankungen	3 277	3 615	10,3%	14,0%	6,8%
Psychotische und bipolare Störungen	3 095	3 414	10,3%	14,0%	6,8%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 691	6 374	12,0%	16,4%	7,8%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	834	943	13,1%	18,0%	8,5%
Persönlichkeitsstörungen	989	1 108	12,0%	16,5%	7,9%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	180	203	12,8%	17,2%	8,3%
Essstörungen	151	182	20,5%	29,1%	13,2%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	112	144	28,6%	40,2%	17,9%
Autismus-Spektrum-Störungen	58	69	19,0%	25,9%	12,1%
Störungen des Sozialverhaltens	61	84	37,7%	52,5%	23,0%
Mutter-Kind-Behandlungen	45	50	11,1%	13,3%	6,7%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	24	9,1%	13,6%	9,1%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	58	79	36,2%	50,0%	22,4%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	54	62	14,8%	20,4%	9,3%
Nicht zuteilbar	66	73	10,6%	13,6%	6,1%
Total Kanton Zürich	15 620	17 418	11,5%	15,7%	7,5%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3 Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gesamten Prognose der Psychiatrie nach verschiedenen Merkmalen aufgezeigt. Zuerst wird das Prognoseergebnis im Vergleich zur vergangenen Entwicklung dargestellt, danach werden die Ergebnisse nach Leistungsbereichen, Altersgruppen und Wohnregionen präsentiert. Alle Prognoseergebnisse beziehen sich auf die Zürcher Wohnbevölkerung.

1.3.3.1 Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung

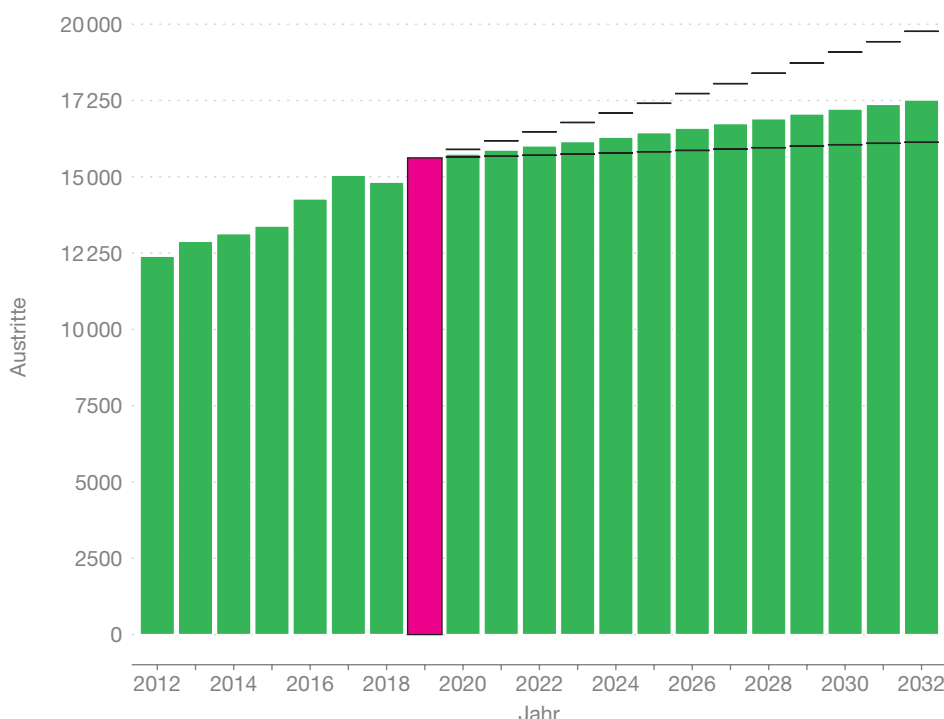
Im vorangehenden Kapitel E 1.3.2 wurde aufgezeigt, dass es im Prognosemodell für die Psychiatrie drei ähnlich starke Einflussfaktoren gibt. Die demografische Entwicklung sowie die steigende Inanspruchnahme führen zu einer Zunahme der stationären Austritte. Hingegen führt die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu einem Rückgang der stationären Fallzahlen. Wobei letzterer Effekt einzig für die 18- bis 64-Jährigen gilt, die allerdings mit Abstand die grösste Altersgruppe darstellen. Da diese drei Faktoren ähnlich hoch sind, resultiert für die Prognose eine Zunahme der Austritte, die etwa dem Bevölkerungswachstum entspricht.

Die Abbildung E12 zeigt die Entwicklung der Austritte von Zürcherinnen und Zürchern von 2012 bis 2032. Bei den Jahren 2012 bis 2018 handelt es sich um die tatsächlichen Austritte. Für das Jahr 2019 werden die innerkantonalen Austritte 2019 sowie die ausserkantonalen Austritte 2018 verwendet. Dazu kommen die rund 393 Fälle mit einer psychiatrischen Diagnose in einer Rehabilitationsklinik. Dies führt in nachfolgender Abbildung zu einer grösseren Zunahme von 2018 zu 2019, als dass sie tatsächlich war (vgl. Kapitel E 1.1). Ab dem Jahr 2020 werden die Ergebnisse der Prognose dargestellt, wobei die Balken das Hauptszena-

rio abbilden und die schwarzen Striche das Minimal- und Maximalszenario darstellen. Der Bereich zwischen dem Minimal- und dem Maximalszenario, der als wahrscheinliche Entwicklung betrachtet wird, ist relativ gross. Das hängt damit zusammen, dass insbesondere die steigende Inanspruchnahme bis ins Jahr 2032 schwierig zu prognostizieren ist. Auch eine Prognose der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist nicht trivial. Im Gegensatz zur Akutsomatik, wo mit der «Ambulant vor Stationär»-Liste bereits eine Vorgabe des Kantons besteht, ist der Effekt der geplanten Förderung von ambulanten Leistungen in der Psychiatrie noch schwieriger einzuschätzen. Deshalb wird bei beiden Einflussfaktoren eine relativ grosse Spannbreite zwischen dem Minimal- und Maximalszenario angenommen, was sich schliesslich im Ergebnis der Prognose zeigt.

Die Abbildung E12 zeigt die Zunahme der stationären psychiatrischen Fälle im Hauptszenario. Diese wird aber weniger stark ausfallen als in den Jahren 2012 bis 2018. Grund dafür ist die Förderung zusätzlicher ambulanter Angebote, die der Regierungsrat als Legislaturziel festgelegt hat. Ebenso ist eine Abschwächung der steigenden Inanspruchnahme stationärer Psychiatrieleistungen in einigen Jahren möglich. Das Maximalszenario geht einerseits von einer schwachen Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und andererseits von einem relativ starken Anstieg der Inanspruchnahme aus. Deshalb resultiert eine Zunahme der Austritte, die ähnlich stark ist, wie die von 2012 bis 2018 beobachtete Entwicklung. Hingegen erwartet die Gesundheitsdirektion im Minimalszenario eine starke Verlagerung und gleichzeitig eine abgeschwächte Zunahme der Inanspruchnahme, weshalb die Zahl der stationären Austritte ab 2020 fast konstant bleibt.

Abbildung E12: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.2 Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen

Die Abbildung zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien (vgl. Kapitel C 1.5 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose) zur Zürcher Spitalplanung 2023 aus. Die Prognose erwartet bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 12,1 Prozent (vgl. Abbildung E13) auf rund 17,500 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario steigt die Zahl der Fälle um 27 Prozent, im Minimalszenario um 3 Prozent. Die Betrachtung der Prognoseergebnisse nach SPLB zeigt, dass insbesondere in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine starke Zunahme erwartet wird. Beispiele dafür sind die SPLB «Störungen des Sozialverhaltens» oder «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen».

In der Erwachsenenpsychiatrie werden weniger starke Zunahmen erwartet. Aufgrund der höheren Fallzahlen fallen diese aber stärker ins Gewicht. Die stärkste absolute Zunahme ergibt sich im SPLB «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen», in der rund 700 zusätzliche Austritte erwartet werden. Aufgrund der Alterung wird auch in der SPLB «Demenzen und Delire» eine starke Zunahme um 33 Prozent erwartet.

Abbildung E13: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Demenzen und Delire	927	1 234	33,1%	1 282	38,3%	1 197	29,1%
Abhängigkeitserkrankungen	3 277	3 479	6,2%	3 979	21,4%	3 185	-2,8%
Psychotische und bipolare Störungen	3 095	3 371	8,9%	3 819	23,4%	3 104	0,3%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 691	6 408	12,6%	7 242	27,3%	5 890	3,5%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	834	935	12,1%	1 066	27,8%	854	2,4%
Persönlichkeitsstörungen	989	1 071	8,3%	1 229	24,3%	974	-1,5%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	180	205	13,9%	231	28,3%	189	5,0%
Essstörungen	151	190	25,8%	216	43,0%	171	13,2%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	112	158	41,1%	177	58,0%	143	27,7%
Autismus-Spektrum-Störungen	58	70	20,7%	80	37,9%	64	10,3%
Störungen des Sozialverhaltens	61	97	59,0%	109	78,7%	87	42,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	45	47	4,4%	54	20,0%	43	-4,4%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	25	13,6%	28	27,3%	23	4,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	58	91	56,9%	101	74,1%	81	39,7%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	54	61	13,0%	70	29,6%	55	1,9%
Nicht zuteilbar	66	75	13,6%	83	25,8%	70	6,1%
Total Kanton Zürich	15 620	17 517	12,1%	19 766	26,5%	16 130	3,3%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.3 Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Die Abbildung E14 stellt die Entwicklung der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) und Pflegetage nach Altersgruppen dar. In der Psychiatrie spielen die Altersgruppen für die Spitalplanung und für die Behandlung eine gewichtige Rolle. Die Prognose unterscheidet deshalb auch die Höhe der Einflussfaktoren nach Altersgruppen. Entsprechend ist die Entwicklung der Austritte und Pflegetage in den Altersgruppen sehr unterschiedlich. Die Austritte der Kinder und Jugendlichen sowie der über 65-Jährigen nehmen bis ins Jahr 2032 deutlich zu. Hingegen gibt es bei den 18- bis 64-Jährigen nur eine schwache Zunahme der Austritte um rund 4 Prozent. Bei dieser Altersgruppe kann ein Teil der bisher stationären Fälle neu ambulant behandelt werden.

Die MAHD ist bei allen Altersgruppen nahezu unverändert. Im Modell zur Bedarfsprognose Psychiatrie gibt es keinen Einflussfaktor auf die MAHD. Die kleinen Veränderungen ergeben sich einzig aus Verschiebungen zwischen den Altersgruppen aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2032 sowie des unterschiedlich starken Wachstums in den Altersgruppen. Da die Fallzahlen der Altersgruppen mit hohen MAHD bis 2032 am stärksten zunehmen, steigt die MAHD über alle Fälle um 2 Prozent, obwohl die MAHD in den einzelnen Altersgruppen praktisch unverändert ist. Dies führt dazu, dass die Pflegetage mit rund 15 Prozent etwas stärker zunehmen als die Austritte.

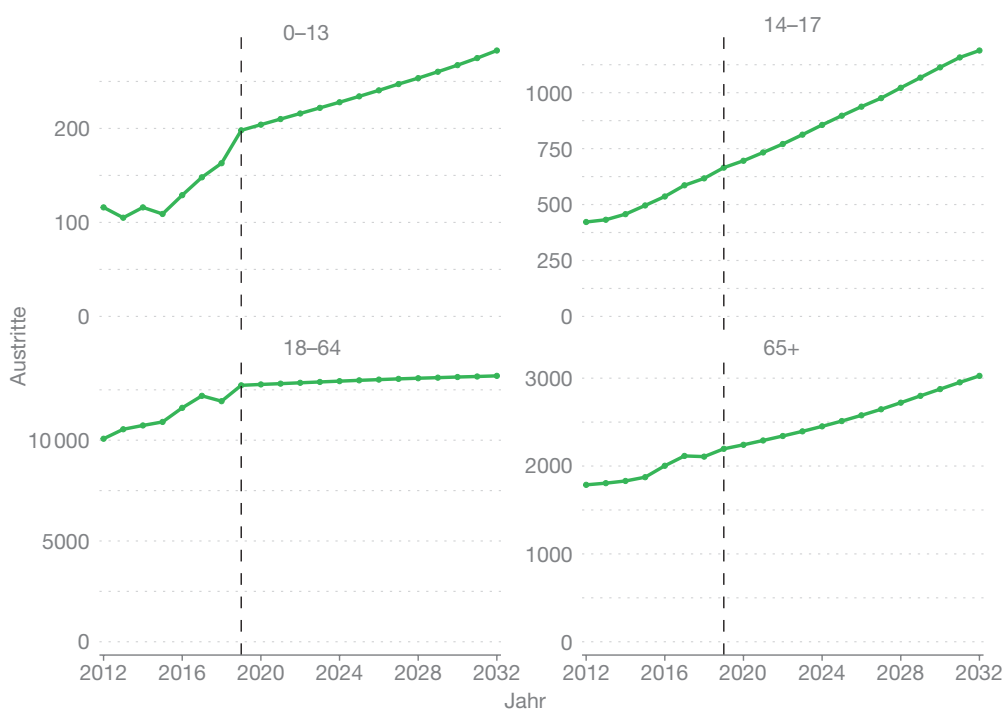
Abbildung E14: Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–13 Jahre	198	283	42,9%	63,8	63,8	-0,1%	12 640	18 045	42,8%
14–17 Jahre	663	1 185	78,7%	45,9	46,1	0,4%	30 454	54 647	79,4%
18–64 Jahre	12 577	13 041	3,7%	30,9	30,9	0,1%	388 010	402 537	3,7%
65+ Jahre	2 182	3 007	37,8%	35,7	35,8	0,2%	77 906	107 595	38,1%
Total Kanton Zürich	15 620	17 516	12,1%	32,6	33,3	2,1%	509 010	582 824	14,5%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E15 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen von 2012 bis 2032 nach Altersgruppen. Zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen. Die gestrichelte schwarze Linie kennzeichnet das Jahr 2019. Die Zahl der Austritte entwickelt sich bis 2032 in allen Altersgruppen ausser den 18- bis 64-Jährigen ähnlich wie in den Jahren 2012 bis 2019, jedoch führt die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Leistungen bei den 18- bis 64-Jährigen zu einer Abflachung der Kurve. Dies entspricht der Strategie der Gesundheitsdirektion im Rahmen der Spitalplanung 2023, vor allem das stationäre Angebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Gerontopsychiatrie auszubauen, während der zusätzliche Bedarf der 18- bis 64-Jährigen hauptsächlich mit ambulanten und intermediären Angeboten gedeckt werden soll.

Abbildung E15: Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Die Abbildung E16 enthält die Prognoseergebnisse nach Wohnregion. Die vier Wohnregionen sind im Kapitel C 1.3 dargestellt. Da die demografische Entwicklung in den Wohnregionen unterschiedlich ist, unterscheidet sich auch die Entwicklung der Austritte, MAHD und Pflegetage in den Wohnregionen leicht, jedoch sind keine grossen Differenzen festzustellen.

Abbildung E16: Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Horgen	2004	2269	13,2%	30,4	30,8	1,3%	60 987	69 926	14,7%
Oberland	3329	3767	13,2%	32,0	32,7	2,2%	106 509	123 111	15,6%
Winterthur – Unterland	4717	5244	11,2%	32,1	33,0	2,7%	151 374	172 859	14,2%
Zürich	5570	6236	12,0%	34,1	34,8	1,9%	190 140	216 928	14,1%
Total Kanton Zürich	15 620	17 516	12,1%	32,6	33,3	2,1%	509 010	582 824	14,5%

Quelle: Eigene Darstellung

2. Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich

Die Spitalplanung muss neben dem innerkantonalen Bedarf auch der Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten Rechnung tragen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten nicht im Kanton Zürich behandelt wird. Das Kapitel E 1.3 enthält die Ergebnisse der Bedarfsprognose für die Zürcher Bevölkerung. Aktuell sind auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie vier ausserkantonale Kliniken aufgeführt, die ebenfalls einen Teil des Bedarfs der Zürcher Wohnbevölkerung abdecken (vgl. Kapitel E 3).

Die Abbildung E17 enthält Angaben zur Patientenmigration 2019, wobei für die ausserkantonalen Psychiatrien die Daten des Jahres 2018 verwendet wurden. Es wurden rund 1900 Zürcher Psychiatriepatientinnen und -patienten in anderen Kantonen behandelt. Demgegenüber stehen 1160 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Psychiatrien behandelt wurden. Dazu kommen 175 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo des Kantons Zürich ist für fast alle SPLB negativ. Mit Ausnahme der SPLB «Demenzen und Delire», «Autismus-Spektrum-Störungen» und «Forensische Psychiatrie» lassen sich in allen SPLB mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonal behandeln, als dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt werden. Der Wanderungssaldo für den Kanton Zürich beträgt –559 Austritte.

Die interkantonalen Bewegungen sind bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Allerdings ist es sehr schwierig, für die zukünftige Patientenwanderung eine Prognose zu erstellen. Diese hängt nicht nur von der Entwicklung im Kanton Zürich ab, sondern ebenso von der Entwicklung in den Herkunftskantonen dieser Personen. Gewisse Unsicherheiten (z. B. die zukünftige Entwicklung der Referenztarife) erschweren die Erstellung einer Prognose zu den Veränderungen der kantonsübergreifenden Patientenströme pro SPLG. Darum verwendet die Gesundheitsdirektion zur Einschätzung der Höhe der Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten den aktuellen Stand.

Abbildung E17: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019 (ausserkantonal: 2018)

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonal	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Demenzen und Delire	22	29	6	13
Abhängigkeitserkrankungen	286	257	20	–9
Psychotische und bipolare Störungen	266	102	80	–84
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	828	505	50	–273
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	174	84	9	–81
Persönlichkeitsstörungen	147	55	5	–87
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	24	20	0	–4
Essstörungen	57	35	2	–20
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	19	11	0	–8
Autismus-Spektrum-Störungen	1	4	0	3
Störungen des Sozialverhaltens	10	5	0	–5
Mutter-Kind-Behandlungen	0	28	0	28
Nichtorganische Schlafstörungen	19	1	0	–18
Säuglings- und kinderspez. Störungen	18	0	0	–18
Intellektuelle Beeinträchtigungen	3	2	0	–1
Forensische Psychiatrie	0	21	2	23
Nicht zuteilbar	20	1	1	–18
Total Kanton Zürich	1 894	1 160	175	–559

Quelle: Eigene Darstellung

Rund zwei Drittel der im Kanton Zürich behandelten Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton stammen aus den Nachbarkantonen. Die Abbildung E18 zeigt die Zuwanderung aus den Nachbarkantonen nach SPLB. Am meisten ausserkantonale Patientinnen und Patienten kamen aus dem Kanton Aargau nach Zürich (256 Austritte). Jeweils über 100 Austritte sind den Kantonen St. Gallen (120 Austritte), Thurgau (118 Austritte) und Schwyz (102 Austritte) zuzuteilen. Aus den Kantonen, die nicht an den Kanton Zürich angrenzen, liessen sich im Jahr 2019 total 410 Patientinnen und Patienten stationär im Kanton Zürich behandeln.

Abbildung E18: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkantonale	ZH
Demenzen und Delire	4	1	6	5	4	1	8	29	887
Abhängigkeitserkrankungen	29	11	14	23	56	33	91	257	2 994
Psychotische und bipolare Störungen	15	8	11	16	3	8	41	102	2 831
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	138	31	54	54	31	25	172	505	4 591
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	23	3	7	5	4	9	33	84	628
Persönlichkeitsstörungen	10	4	2	4	12	4	19	55	841
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	4	3	2	2	4	0	5	20	135
Essstörungen	12	2	1	2	0	2	16	35	91
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	2	0	2	1	1	1	4	11	91
Autismus-Spektrum-Störungen	0	1	0	0	1	0	2	4	56
Störungen des Sozialverhaltens	2	0	0	1	2	0	0	5	51
Mutter-Kind-Behandlungen	10	2	2	2	0	2	10	28	45
Nichtorganische Schlafstörungen	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Säuglings- und kinderspez. Störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	38
Intellektuelle Beeinträchtigungen	0	1	0	1	0	0	0	2	51
Forensische Psychiatrie	7	0	1	4	0	1	8	21	67
Nicht zuteilbar	0	0	0	0	0	0	1	1	30
Total Kanton Zürich	256	68	102	120	118	86	410	1 160	13 429

3. Leistungsangebot der Zürcher Kliniken

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Zürcher Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt standen, geht dieses Kapitel näher auf die Zürcher Spitäler ein. Der Begriff «Zürcher Spitäler» wird in einem weiteren Sinn verwendet und umfasst alle Spitäler und Kliniken, die auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie aufgeführt sind oder im Kanton Zürich stehen.

Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie 2020

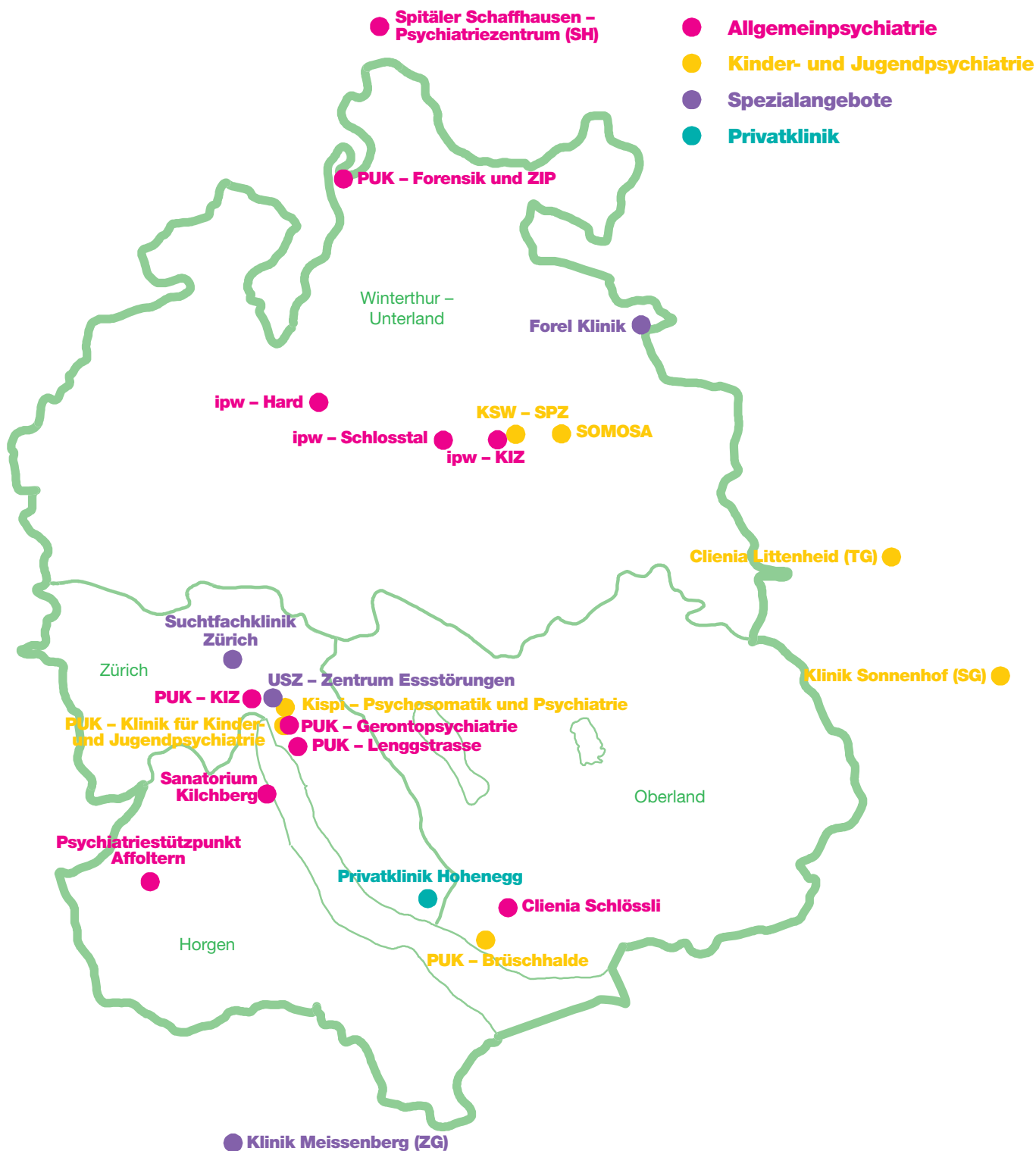
Auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie werden fünf innerkantonale Kliniken der Allgemeinpsychiatrie mit insgesamt zehn Standorten im Kanton Zürich geführt (vgl. Abbildung E19): die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw), die Clenia Schlössli, das Sanatorium Kilchberg und der Psychiatristützpunkt des Spitals Affoltern. Diese stellen die stationäre psychiatrische Grundversorgung für erwachsene Patientinnen und Patienten sicher. Neben den innerkantonalen Kliniken hat das Psychiatriezentrum der Spitäler Schaffhausen einen Leistungsauftrag für Erwachsenenpsychiatrie. Mit der Aufnahme der Spitäler Schaffhausen auf die Zürcher Spitalliste Psychiatrie wird eine optimale Versorgung für die Bevölkerung der Gemeinden im grenznahen Norden des Kantons Zürich gewährleistet. Vier weitere Kliniken bieten spezialisierte stationäre Angebote für psychisch erkrankte Menschen an: die Forel Klinik, das Zentrum für Essstörungen des Universitätsspitals Zürich (USZ), die Suchtfachfabrik Zürich sowie die Klinik Meissenberg im Kanton Zug.

Das Zentrum für Stationäre Forensische Therapie der PUK mit Standort in Rheinau hat als einzige Klinik einen Leistungsauftrag für forensische Psychiatrie für Jugendliche und Erwachsene.

Für die stationäre psychiatrische Versorgung von Kindern (bis 13 Jahre) und Jugendlichen (zwischen 14 und 17 Jahren) sind derzeit folgende fünf innerkantonale sowie die zwei ausserkantonalen Kliniken zuständig: die PUK mit den beiden Standorten Kinderstation Brüschalde und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), die Adoleszentenstation der ipw (Standort ipw Schlosstal), die Abteilung für Psychosomatik und Psychiatrie des Kinderspitals Zürich und das Sozialpädiatrische Zentrum des Kantonsspitals sowie die Modellstation SOMOSA in Winterthur. Darüber hinaus befinden sich die ausserkantonalen Kliniken Clenia Privatklinik Littenheid im Kanton Thurgau und die Klinik Sonnenhof im Kanton St. Gallen mit Leistungsaufträgen für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie.

Neben den Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag bietet die Privatklinik Hohenegg ebenfalls psychiatrische Leistungen im Kanton Zürich an.

Abbildung E19: Standorte Psychiatriekliniken 2020



Erbrachte Leistungen und Marktanteile 2019

Abbildung E20 enthält die Austritte der Zürcher Listenspitäler. Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich verzeichnet etwa einen Drittel aller stationären Austritte im Kanton Zürich, die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland rund einen Fünftel. Mehr als die Hälfte aller stationären Austritte in der Psychiatrie entfällt somit auf diese beiden Psychiatrien. Die Clienla Privatklinik Schlössli und das Sanatorium Kilchberg verzeichnen zusammen ein weiteres Drittel der stationären Austritte im Kanton Zürich. Somit werden rund 85 Prozent aller psychiatrischen Fälle im Kanton Zürich in diesen vier grossen Psychiatrien behandelt. Daneben gibt es viele kleinere psychiatrische Kliniken, die sich entweder auf Behandlungen von Kindern und Jugendlichen oder auf ein spezifisches Krankheitsbild (z. B. Sucht, Essstörungen) spezialisiert haben. Die Privatklinik Hohenegg steht nicht auf der Zürcher Spitalliste. Sie behandelt rund 3,5 Prozent aller im Kanton Zürich behandelten Fälle.

Mit der Clenia Privatklinik Littenheid, den Spitälern Schaffhausen, der Klinik Meissenberg sowie der Klinik Sonnenhof stehen vier ausserkantonale Psychiatrien auf der Zürcher Spitalliste. Diese haben im Jahr 2018 gut 700 Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt.

**Abbildung E20: Austritte der Zürcher Spitäler 2019
(ausserkantonale: 2018)**

Spitalname	Austritte			Total	Austritte mit Wohnkanton Zürich
	ZH	ausserkantonale	Ausland		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4 387	159	67	4 613	31,2%
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Forensik	36	16	2	54	0,4%
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	3 090	110	31	3 231	21,9%
Clenia Privatklinik Schlössli	2 374	119	15	2 508	17,0%
Sanatorium Kilchberg	1 985	240	33	2 258	15,3%
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	275	42	1	318	2,2%
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	12 147	686	149	12 982	87,9%
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – KJPP	328	9	2	339	2,3%
Modellstation SOMOSA	21	13	0	34	0,2%
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	40	14	2	56	0,4%
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	28	2	0	30	0,2%
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	417	38	4	459	3,1%
Forel Klinik	444	179	5	628	4,3%
Suchtfachklinik Zürich	128	12	0	140	0,9%
USZ – Zentrum für Essstörungen	33	22	0	55	0,4%
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	605	213	5	823	5,6%
Privatklinik Hohenegg	260	223	17	500	3,4%
Total Kanton Zürich	13 429	1 160	175	14 764	100,0%
Clenia Privatklinik Littenheid	355	1 944	35	2 334	–
Spitäler Schaffhausen	168	596	20	784	–
Klinik Meissenberg	164	376	6	546	–
Klinik Sonnenhof	41	181	1	223	–
Total ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag	728	3 097	62	3 887	–

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung E21 enthält die Marktanteile der Psychiatrien mit Leistungsauftrag und ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich. Zudem wird nach inner- und ausserkantonalen Psychiatrien unterschieden. 91 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten werden in einer Psychiatrie behandelt, die auf der Zürcher Spitalliste steht, davon 86 Prozent im Kanton Zürich. Die Abdeckung durch die Spitalliste liegt bei den meisten SPLB über 90 Prozent. Einzig in den SPLB «Essstörungen» und «Nichtorganische Schlafstörungen» werden anteilmässig viele Personen in Psychiatrien ohne Leistungsauftrag behandelt. In absoluten Zahlen handelt es sich allerdings um sehr wenige Fälle.

Abbildung E21: Marktanteile Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Psychiatrien mit Leistungsauftrag		Psychiatrien ohne Leistungsauftrag	
	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal
Demenzen und Delire	97,5%	1,2%	0,1%	1,2%
Abhängigkeitserkrankungen	91,2%	1,7%	0,0%	7,0%
Psychotische und bipolare Störungen	91,2%	3,8%	0,2%	4,8%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	80,6%	5,2%	4,1%	10,1%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	75,2%	16,3%	3,0%	5,5%
Persönlichkeitsstörungen	85,1%	7,4%	0,0%	7,5%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	84,3%	5,0%	0,6%	10,1%
Essstörungen	60,1%	4,7%	1,4%	33,8%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	81,8%	11,8%	0,9%	5,5%
Autismus-Spektrum-Störungen	98,2%	1,8%	0,0%	0,0%
Störungen des Sozialverhaltens	83,6%	11,5%	0,0%	4,9%
Mutter-Kind-Behandlungen	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	9,5%	9,5%	0,0%	81,0%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	67,9%	25,0%	0,0%	7,1%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	94,4%	1,9%	0,0%	3,7%
Forensische Psychiatrie	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nicht zuteilbar	60,0%	8,0%	0,0%	32,0%
Total	85,9%	4,8%	1,7%	7,6%

Quelle: Eigene Darstellung

Erreichbarkeit der Zürcher Psychiatrien

Für den Fachbereich Psychiatrie ergibt die Erreichbarkeitsanalyse unter Berücksichtigung der auf der aktuellen Spitalliste 2020 Psychiatrie aufgeführten Kliniken (15 Leistungserbringer, davon liegen 11 im Kanton Zürich) folgende Ergebnisse (vgl. Abbildungen E22 und E23):

Der Zugang der Wohnbevölkerung zur psychiatrischen Versorgung ist auf hohem Niveau gewährleistet. Die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und der zeitlich nächstgelegenen Klinik beträgt für über 99 Prozent der Wohnbevölkerung und über 99 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze höchstens 30 Minuten. Nur ein verschwindend kleiner Anteil der Zürcherinnen und Zürcher (<1 Prozent) benötigt zum Analysezeitpunkt für die Anreise mehr als 30 Minuten.

Abbildung E22: Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	Anzahl	kumulierte Prozente	Anzahl	kumulierte Prozente
Bis 30 Minuten	1 490 785	99,99	1 014 793	99,99
Über 30 Minuten	137	100	66	100

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung E23: Erreichbarkeit von allen psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich





Rehabilitation

- 1 Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung**
- 2 Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich**
- 3 Leistungsangebot der Zürcher Kliniken**

1. Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage (vgl. Kapitel F 1.1) und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten (vgl. Kapitel F 1.2) beschrieben. Im Kapitel F 1.3 werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Rehabilitation umschrieben und die Resultate der Prognose dargestellt. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes liegen der Gesundheitsdirektion die Daten der ausserkantonalen Rehabilitationskliniken des Jahres 2019 noch nicht vor. Für die Prognose und die Darstellung der bisherigen Nachfrage werden deshalb von den ausserkantonalen Rehabilitationskliniken die Daten 2018 verwendet. Da in der Rehabilitation über zwei Drittel der Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonale behandelt werden, ist es möglich, dass die definitiven Zahlen 2019 etwas von der hier verwendeten Datengrundlage abweichen werden. Allerdings gibt es auch in der Rehabilitation keinen Grund zur Annahme, dass die Zahl der ausserkantonalen Fälle 2019 weit über oder unter der Fallzahl 2018 liegen wird. Datengrundlage für die Kapitel F 1.1 und F 1.2 sind die tatsächlich beobachteten Fälle.

1.1 Bisherige Nachfrage

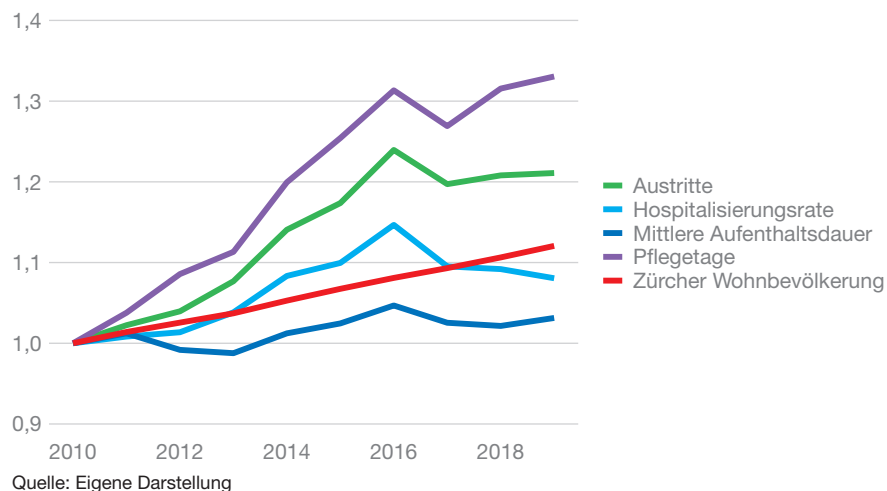
Die Zahl der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einer stationären rehabilitativen Behandlung ist seit 2010 insgesamt um 21 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung F1). Die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von 12 Prozent in derselben Zeitspanne. Im Jahr 2010 wurden 9875 Zürcherinnen und Zürcher rehabilitativ behandelt. 2016 wurde mit 12240 Austritten der bisherige Höchstwert erreicht. Nach einer Fallabnahme im Jahr 2017 steigt die Zahl der Austritte bis 2019 wieder leicht auf 11958.

Bei der Anzahl Pflēgetage zeigt sich ein ähnliches Bild. Bis 2016 stiegen sie kontinuierlich an, 2017 war erstmals ein Rückgang zu beobachten. Von 2017 bis 2019 ist die Zahl jedoch erneut gestiegen. Die Pflēgetage haben seit 2017 um knapp 5 Prozent auf rund 307'000 Pflēgetage zugenommen.

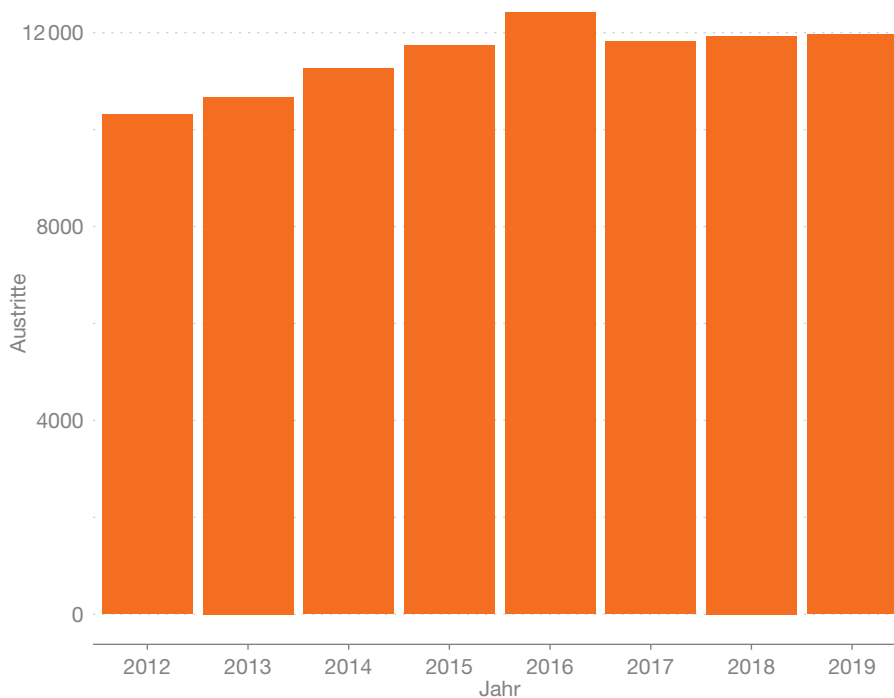
Die Hospitalisierungsrate liegt 2019 bei knapp acht Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie ist im Vergleich zu 2010 um rund 0,5 höher. Seit 2016 ist die Hospitalisierungsrate allerdings gesunken.

Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcherinnen und Zürcher in Rehabilitationskliniken beträgt im Jahr 2019 25 Tage. Sie ist seit 2010 nahezu unverändert.

Abbildung F1: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



Die Abbildung F2 zeigt die Entwicklung der Austritte in absoluten Zahlen. Von 2012 bis 2016 ist die Zahl der Austritte stark angestiegen. Nach einem Rückgang der Austritte im Jahr 2017 sind diese seither wieder leicht gestiegen.

Abbildung F2: Entwicklung Austritte 2012 bis 2019

Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten 2019.¹

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 11 958 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten. Gut 40 Prozent davon betreffen den Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) «Muskuloskelettale Rehabilitation». Weitere 23 Prozent sind dem SPLB «Neurologische Rehabilitation» zugeordnet. Somit gehören rund zwei von drei stationären Rehabilitationsaufenthalten in einen dieser beiden SPLB. Jeweils etwas mehr als 10 Prozent aller Austritte gehören in die SPLB «Kardiovaskuläre Rehabilitation» und «Internistische und onkologische Rehabilitation». Die restlichen SPLB machen weitere 10 Prozent aller Austritte aus. Darunter sind auch 479 Austritte, die keinem SPLB zugeteilt werden konnten. Dies sind zu einem grossen Teil Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F-Diagnose). Dazu kommen einige Fälle, die aufgrund mangelnder Kodierqualität keiner Gruppe zugeordnet werden konnten oder keinen Rehabilitationsfall darstellen.

Die 11 958 Austritte verzeichnen rund 300 100 Pflage tage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflage tage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflage tage im Kalenderjahr) ermittelt werden. Sie entsprechen der Summe der Aufenthaltsdauer aller in einem Jahr ausgetretenen Patientinnen und Patienten. Deshalb weicht die hier und in der Folge ausgewiesene Zahl leicht von der im Kapitel F 1.1 erwähnten Anzahl Pflage tage ab. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) entspricht folglich der Anzahl Pflage tage dividiert durch die Austritte, sie beträgt 25,2 Tage. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen. Eine stationäre neurologische Rehabilitation dauert im Schnitt über 36 Tage, während die MAHD in der internistischen und onkologischen Rehabilitation unter 20 Tage beträgt.

¹ zh.ch/kenndaten-spitaeler

Abbildung F3: Austritte nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Muskuloskelettal	4 846	21,7	105 080
Neurologisch	2 802	36,5	102 207
Kardiovaskulär	1 422	21,4	30 438
Pulmonal	728	20,2	14 706
Internistisch und onkologisch	1 513	19,4	29 323
Somatoform	168	26,9	4 522
Nicht zuteilbar	479	30,6	14 644
Total Kanton Zürich	11 958	25,2	300 920

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung F4 zeigt die Nachfrage stationärer Rehabilitationsleistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 42 Prozent aller Austritte und Pflegetage entfallen auf die Altersgruppe der über 75-Jährigen, die jedoch nur gut 8 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Ein weiteres Drittel der stationären Rehabilitationsleistungen erhalten Personen zwischen 60 und 74 Jahren. Deren Anteil an der Kantonsbevölkerung beträgt 14 Prozent. Die über 60-Jährigen erhalten somit rund 75 Prozent aller stationären Rehabilitationsleistungen, obwohl sie nur gut 22 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Bis 2032 soll der Anteil der über 60-Jährigen gemäss Bevölkerungsprognose auf über 25 Prozent ansteigen. Kinder und Erwachsene bis 39 Jahre benötigen hingegen sehr selten eine stationäre Rehabilitation. Der Anteil der 40- bis 59-Jährigen beträgt 19 Prozent und ist somit auch tiefer als ihr Anteil an der Kantonsbevölkerung, der bei knapp 30 Prozent liegt.

Abbildung F4: Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019

Altersgruppe	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–17 Jahre	114	38,3	4 361	17,9%
18–39 Jahre	610	34,6	21 101	30,4%
40–59 Jahre	2 284	27,4	62 521	29,2%
60–74 Jahre	3 892	24,2	94 368	14,0%
75+ Jahre	5 058	23,4	118 569	8,4%
Total Kanton Zürich	11 958	25,2	300 920	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Rehabilitationsaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung thematisiert. Betrachtet wird hier die Zürcher Wohnbevölkerung und nicht die Standorte der Spitäler und Kliniken. Wenn im Folgenden Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Rehabilitationsklinik, in der sie behandelt werden. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen sind im Kapitel C 1.3 ersichtlich. Rund ein Drittel aller Patientinnen und Patienten stammt aus der Wohnregion Zürich. Aus den anderen Regionen stammen zwischen 5 (Linkes Seeufer) und 15 Prozent (Winterthur) aller Patientinnen und Patienten.

Da sich rund zwei Drittel der Zürcher Patientinnen und Patienten in einer ausserkantonalen Rehabilitationsklinik behandeln lassen, ist die innerkantonale Wanderung im Vergleich zur Akutsomatik wenig aussagekräftig. Die Patientenmigration über die Kantons Grenzen hinaus wird im Kapitel F 2 beschrieben.

Abbildung F5: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Wohnregion 2019

Wohnregion	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Limmattal	1 390	24,9	34 565
Linkes Seeufer	652	24,6	16 052
Oberes Glattal	1 421	24,4	34 678
Oberland	890	25,3	22 526
Rechtes Seeufer	749	24,9	18 616
Unterland	1 260	25,2	31 749
Winterthur	1 835	25,0	45 786
Zürich	3 761	25,8	96 948
Total Kanton Zürich	11 958	25,2	300 920

Quelle: Eigene Darstellung

1.3 Prognose Rehabilitation

In diesem Kapitel werden die Prognosemethodik und die Resultate der Bedarfsprognose im Bereich Rehabilitation vorgestellt. Das grundlegende Prognosemodell für alle drei Bereiche ist im Kapitel C 1.5 beschrieben und wird hier nur ganz kurz zusammengefasst. Die Prognose des Rehabilitationsbedarfs erfolgt auf Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) für die Spitalplanung 2023. Nachfolgend werden die Ergebnisse jedoch nur auf Ebene Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) ausgewiesen. Es wird die Entwicklung der Austritte, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflegetage bis ins Jahr 2032 berechnet und dargestellt. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern werden durch verschiedene Einflussfaktoren beeinflusst. Die demografische, medizintechnische und epidemiologische Entwicklung wird im Kapitel C 1.5.2 beschrieben, weitere rehabilitationsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigt das nachfolgende Kapitel. Im Kapitel F 1.3.2 wird anschliessend der Effekt der einzelnen Einflussfaktoren auf das Prognoseergebnis dargestellt, bevor im Kapitel F 1.3.3 auf das Ergebnis der gesamten Prognose eingegangen wird.

1.3.1 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Neben den bereichsübergreifenden Einflussfaktoren Demografie, Medizintechnik und Epidemiologie enthält das Prognosemodell der Rehabilitation fünf weitere Einflussfaktoren, die in der Folge beschrieben werden. Ebenso werden Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (Ausnahme: F45 Somatoforme Störung) korrigiert.

Medizintechnik Akutsomatik

In der Akutsomatik erwartet die Gesundheitsdirektion bis ins Jahr 2032 einen Anstieg der Hüft- und Knieprothesenrevisionen (vgl. Kapitel C 1.5.2 und D 1.3.2.2). Eine Analyse der Daten 2019 hat gezeigt, dass nach einer Hüftprothesenrevision 40 Prozent bzw. nach einer Knieprothesenrevision 48 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten einen stationären Rehabilitationsaufenthalt benötigen. Unter der Annahme, dass dieser Anteil unverändert bleibt, können basierend auf dem Ergebnis aus der Prognose Akutsomatik die zusätzlichen Austritte in der Rehabilitation berechnet werden. Die Ergebnisse sind im Kapitel F 1.3.2.4 dargestellt.

Geriatrische Rehabilitation

In der Zürcher Spitalplanung 2012 wurden die Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf in den entsprechenden organspezifischen Leistungsgruppen berücksichtigt. Auch im neuen Leistungsgruppenmodell Rehabilitation werden die geriatrischen Patientinnen und Patienten weiterhin einer solchen Leistungsgruppe zugeteilt. Es ist davon auszugehen, dass diese Patientengruppe bereits heute eine Rehabilitation beansprucht und grundsätzlich keine massgebliche Fallzunahme zu erwarten ist. Im Vergleich zur Spitalplanung 2012 werden die geriatrischen Patientinnen und Patienten jedoch explizit im Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation» abgebildet. Damit verknüpft sind leistungsspezifische Qualitätsanforderungen, die Rehabilitationskliniken zur Behandlung dieser Patientengruppe erfüllen müssen. Von diesen profitieren insbesondere diejenigen geriatrischen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer noch vorhandenen Lebens- und Gesundheitskräfte von der heute organspezifischen Rehabilitation überfordert sind. Trotz Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und -potenzial werden sie heute stattdessen in eine Akut- und Übergangspflege überwiesen. Die Gesundheitsdirektion erwartet deshalb, dass die explizite Abbildung der geriatrischen Patientinnen und Patienten zu einer leichten Fallzunahme der Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren führen wird.

Substitution stationär durch ambulant (Ambulantisierung)

Das Potenzial für die Verlagerung von stationären Rehabilitationsleistungen in den ambulanten Bereich ist geringer als in der Akutsomatik und der Psychiatrie. Ein wichtiger Grund sind die Kranken- und Unfallversicherer, die für den stationären Rehabilitationsaufenthalt eine Kostengutsprache erteilen müssen und damit bereits heute eine stationäre Überversorgung vermeiden. Mit der weiteren Kostenentwicklung ist generell davon auszugehen, dass die Versicherer auch künftig eine restriktive Kostengutsprachepraxis verfolgen. Die Gesundheitsdirektion erwartet deshalb, dass sich die Anzahl stationärer Rehabilitationsfälle aufgrund von Verlagerungen in den ambulanten Bereich nur wenig verringert.

Die restriktive Kostengutsprache wirkt sich ausserdem auf die Dauer des bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthaltes aus, sofern entsprechende ambulante, wohnortsnahe Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Hier sieht die Strategie zu den Rehabilitationsstrukturen vor, dass neue Anbieter von wohnorts- und akutspitalnahen Versorgungsstrukturen der Rehabilitation auch eine Tagesklinik für muskuloskelettale oder neurologische Rehabilitation betreiben (vgl. Kapitel G 1). Aufgrund des Ausbaus ambulanter, wohnortsnahe Rehabilitationsangebote rechnet die Gesundheitsdirektion mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation.

Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) durch ST Reha

Auf den 01.01.2022 wird die Einführung des neuen Tarfsystems ST Reha zur Abrechnung stationärer Rehabilitationsfälle erwartet. Wie in den Kapiteln D 1.3 und E 1.3 beschrieben, schafft das Tarfsystem SwissDRG in der Akutsomatik einen Anreiz, die Aufenthaltsdauer zu reduzieren, da die Vergütung mittels Fallpauschale erfolgt. Hingegen hat das 2018 eingeführte Tarfsystem TARPSY in der Psychiatrie zumindest im Kanton Zürich bisher keinen signifikanten Effekt auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauer. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichtes ist noch nicht absehbar, ob ST Reha einen finanziellen Anreiz zur Verkürzung von stationären Aufenthalten bieten wird. Die Gesundheitsdirektion geht deshalb nur im Minimalszenario von einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern aufgrund von finanziellen Anreizen durch ST Reha aus. Im Minimalszenario sinkt die MAHD deshalb um 5 Prozent.

In der Abbildung F6 sind die generellen sowie die oben beschriebenen rehabilitationsspezifischen Einflussfaktoren abgebildet.

Abbildung F6: Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario

Einflussfaktoren	Annahme	Darstellung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose Stat. Amt Kt. ZH	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Kein Effekt gemäss Gutachten ZHAW	Keine Unterscheidung
Epidemiologie	Kein Effekt gemäss Workshop Epidemiologie	Keine Unterscheidung
Medizintechnik AKUT	Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionen, basieren auf Prognose Akutsomatik	–
Geriatrische Rehabilitation	Zunahme der Austritte von über 75-Jährigen	Haupt.: +2,5% Max.: +7,5%
Ambulantisierung Fälle	Leichte Verlagerung in den ambulanten Bereich	Haupt.: –2,5% Min.: –5%
Ambulantisierung MAHD	Frühere Entlassungen in ambulante Nachbehandlung	Haupt.: –5% Min.: –10%
Reduktion MAHD	ST-Reha-Effekt	Min.: –5%

Quelle: Eigene Darstellung

Psychiatrische Fälle in Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 wurden 393 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Das neue Leistungsgruppenmodell Rehabilitation ordnet diese Fälle der Psychiatrie zu. Dementsprechend werden sie dem Bedarf der Psychiatrie zugerechnet und bei der Rehabilitation abgezogen. Davon ausgenommen sind Fälle mit einer Hauptdiagnose der Gruppe F45 somatoforme Störungen, für die es im Leistungsgruppenmodell der Rehabilitation eine entsprechende Leistungsgruppe gibt. Die in der Prognose ausgewiesenen Austritte 2019 sind bereits korrigiert.

1.3.2 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032

In diesem Kapitel werden die Effekte der einzelnen Faktoren auf die Prognose dargestellt. Die Betrachtung der einzelnen Einflussfaktoren zeigt die Stärke des Effekts der einzelnen Faktoren auf das Prognoseergebnis auf. Zur Berechnung werden alle anderen Einflussfaktoren nicht berücksichtigt. Das Ergebnis der Gesamtprognose wird im Kapitel F 1.3.3 ausgewiesen.

1.3.2.1 Demografie

Wird nur die demografische Entwicklung berücksichtigt, erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fälle um 24 Prozent von rund 11 600 auf 14 300. Die Pflegetage steigen um 23 Prozent. Die demografische Entwicklung wirkt dabei in doppelter Weise auf die stationären Fallzahlen: Einerseits wächst die Bevölkerung, was zu einer Zunahme der stationären Fälle um rund 14 Prozent führt, andererseits wird die Bevölkerung älter. Da ältere Personen häufiger stationäre Behandlungen benötigen als jüngere, steigt die Anzahl stationärer Fälle aufgrund der Alterung um nochmals 9 Prozent. Wie in Kapitel F 1.2.2 gezeigt, ist der grösste Teil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation über 60 Jahre und rund 40 Prozent über 75 Jahre alt. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung führt deshalb dazu, dass die Fallzahlen in der Rehabilitation stärker steigen als in der Akut- somatik oder der Psychiatrie.

Je nach Altersverteilung der Patientinnen und Patienten eines Spitalplanungsleistungsbereichs wirkt die demografische Entwicklung in den einzelnen SPLB unterschiedlich stark. Die Patientinnen und Patienten im SPLB «Somatoforme Rehabilitation» sind deutlich jünger als die Patientinnen und Patienten in den anderen SPLB. Deshalb wirkt die Alterung der Bevölkerung viel weniger stark auf diesen Bereich und die Zunahme der Austritte liegt mit 13 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt.

Abbildung F7: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung in %	Pflegetage 2019	Pflegetage 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	4846	6084	25,5%	105 167	131 240	24,8%
Neurologisch	2802	3422	22,1%	102 207	124 384	21,7%
Kardiovaskulär	1422	1764	24,1%	30 422	37 679	23,9%
Pulmonal	728	896	23,1%	14 724	18 102	22,9%
Internistisch und onkologisch	1513	1881	24,3%	29 323	36 433	24,2%
Somatoform	168	190	13,1%	4 522	5 084	12,4%
Nicht zuteilbar	86	105	22,1%	1 862	2 268	21,8%
Total Kanton Zürich	11 565	14 342	24,0%	288 227	355 190	23,2%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.2 Medizintechnik

Wie im Kapitel C 1.5 dargelegt, gibt es gemäss Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) in der Rehabilitation keine absehbaren medizintechnischen Entwicklungen mit einem Effekt auf die stationären Fallzahlen. In verschiedenen Spitalplanungsleistungsgruppen erwartet eine Minderheit der befragten Expertinnen und Experten, dass die Fälle aufgrund medizintechnischer Entwicklungen in der Rehabilitation zu- oder abnehmen werden. Allerdings variieren die Angaben zur Stärke der erwarteten Zu- oder Abnahme oftmals stark. Die Spannweite der Einschätzungen der Expertinnen und Experten zeigt, wie schwierig es ist, einen Prognose zum Effekt der medizintechnischen Entwicklung abzugeben.

1.3.2.3 Epidemiologie

Aus dem Workshop mit den Epidemiologen resultierten keine Entwicklungen, für die absehbar wäre, dass sie die Fallzahlen in der Rehabilitation in den Jahren bis 2032 beeinflussen werden. Die Alterung der Bevölkerung wird als demografische Entwicklung berücksichtigt.

1.3.2.4 Medizintechnik Akut somatik

Wie in Kapitel F 1.3.1 beschrieben, führt die Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionsoperationen in der Akut somatik zu höheren Fallzahlen in der Rehabilitation. Diese Entwicklung beschränkt sich auf den SPLB der muskuloskelettalen Rehabilitation mit einer erwarteten Zunahme der Austritte um rund 6 Prozent.

Abbildung F8: Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akut somatik auf die Rehabilitation

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	4846	5 153	6,3%	9,5%	0,0%
Total Kanton Zürich	11 565	11 872	2,7%	4,0%	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.5 Geriatrische Rehabilitation

Wie in Kapitel F 1.3.1 dargelegt, erwartet die Gesundheitsdirektion, dass die Zahl der Austritte von geriatrischen Patientinnen und Patienten unabhängig von der demografischen Entwicklung gering zunehmen wird. Die Austritte der über 75-Jährigen nehmen im Hauptszenario um 2,5 Prozent und im Maximalszenario um 7,5 Prozent zu. Dies führt in den einzelnen SPLB über alle Altersklassen zu einer Zunahme der Austritte von rund 1 Prozent im Hauptszenario und 3 Prozent im Maximalszenario. Im Minimalszenario erwartet die Gesundheitsdirektion keinen Effekt auf die Zahl der Austritte.

Abbildung F9: Effekt der Zunahme der geriatrischen Rehabilitation

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	4846	4911	1,3%	4,0%	0,0%
Neurologisch	2802	2827	0,9%	2,7%	0,0%
Kardiovaskulär	1422	1435	0,9%	2,8%	0,0%
Pulmonal	728	734	0,8%	2,6%	0,0%
Internistisch und onkologisch	1513	1527	0,9%	2,8%	0,0%
Somatoform	168	168	0,0%	0,6%	0,0%
Nicht zuteilbar	86	87	1,2%	3,5%	0,0%
Total Kanton Zürich	11 565	11 689	1,1%	3,3%	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.6 Substitution stationär durch ambulant

Das Potenzial für die Substitution stationärer Leistungen durch ambulante Behandlungen ist in der Rehabilitation geringer als in der Akutsomatik oder der Psychiatrie (vgl. Kapitel D 1.3.2.5 und E 1.3.1). Im Hauptszenario erwartet die Gesundheitsdirektion eine Verlagerung von 2,5 Prozent der Austritte, im Maximalszenario von 5 Prozent. Der Faktor wirkt auf alle SPLB identisch und entsprechend gibt es keinen erkennbaren Unterschied zwischen den einzelnen SPLB.

Abbildung F10: Effekt der Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	4846	4725	-2,5%	0,0%	-5,0%
Neurologisch	2802	2732	-2,5%	0,0%	-5,0%
Kardiovaskulär	1422	1386	-2,5%	0,0%	-5,0%
Pulmonal	728	710	-2,5%	0,0%	-4,9%
Internistisch und onkologisch	1513	1475	-2,5%	0,0%	-5,0%
Somatoform	168	164	-2,4%	0,0%	-4,8%
Nicht zuteilbar	86	84	-2,3%	0,0%	-4,7%
Total Kanton Zürich	11 565	11 276	-2,5%	0,0%	-5,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Neben dem Effekt auf die Fallzahlen wird erwartet, dass eine besser integrierte Versorgung durch intermediäre und ambulante Rehabilitationsangebote auch die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der stationären Rehabilitationsfälle verkürzen wird. Im Hauptszenario erwartet die Gesundheitsdirektion deshalb eine Reduktion der MAHD um 5 Prozent und im Minimalszenario um 10 Prozent.

1.3.3 Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)

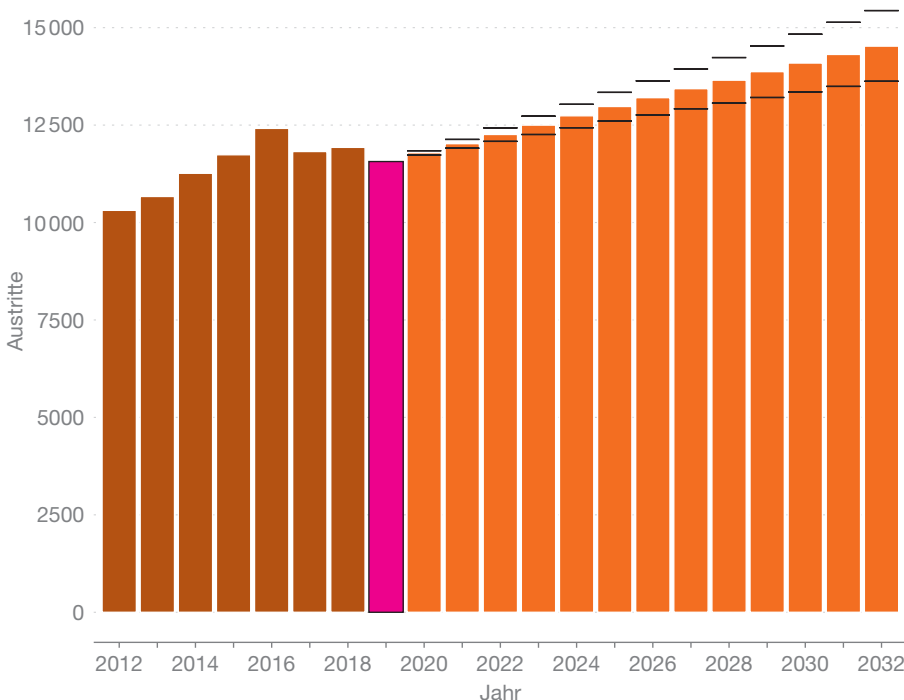
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gesamten Prognose der Rehabilitation nach verschiedenen Merkmalen dargestellt. Zuerst wird das Prognoseergebnis im Vergleich zur vergangenen Entwicklung dargestellt. Danach werden die Ergebnisse nach Leistungsbereichen, Altersgruppen und Wohnregionen unterschieden dargestellt. Alle Prognoseergebnisse beziehen sich auf die Zürcher Wohnbevölkerung.

1.3.3.1 Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung

Die Prognose in der Rehabilitation wird sehr stark durch die demografische Entwicklung getrieben. Es gibt keinen anderen Einflussfaktor im Modell, der eine ähnlich grosse Wirkung auf die erwarteten Fallzahlen hat. Das Potenzial einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich schätzt die Gesundheitsdirektion in der Rehabilitation deutlich tiefer ein als in der Akutsomatik und der Psychiatrie. Entsprechend führt das Bevölkerungswachstum zusammen mit der Alterung der Bevölkerung zu einem deutlichen Anstieg der stationären Rehabilitationsaufenthalte.

Abbildung F11 zeigt die Entwicklung der Austritte in der Rehabilitation von 2012 bis 2032. Bei den Jahren 2012 bis 2018 handelt es sich um die tatsächlichen Austritte. Für das Jahr 2019 werden die innerkantonalen Austritte 2019 sowie die ausserkantonalen Austritte 2018 gezählt. Zu beachten ist, dass im Jahr 2019 die 393 Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgezogen wurden. Wie in Kapitel F 1.1 gezeigt, haben die Fallzahlen in der Rehabilitation im Jahr 2019 ohne diese Bedarfskorrektur leicht zugenommen. Ab dem Jahr 2020 werden die Ergebnisse der Prognose dargestellt, wobei die orangenen Balken das Hauptszenario abbilden und die schwarzen Striche das Minimal- und Maximalszenario darstellen. Im Hauptszenario ist für die Jahre 2020 bis 2032 mit einer Zunahme der Fallzahlen um 26 Prozent zu rechnen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 1,8 Prozent und ist damit etwas tiefer als die beobachtete Fallzunahme 2012 bis 2019 von 2,1 Prozent pro Jahr. Die schwarzen Striche zeigen, dass die Spannbreite zwischen Maximal- und Minimalszenario relativ klein ausfällt, da die Demografie als deutlich wichtigster Einflussfaktor in allen drei Szenarien gleich ist.

Abbildung F11: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.2 Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen

Die Abbildung zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien (vgl. Kapitel C 1.5 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose) zur Zürcher Spitalplanung 2023 aus. Im Hauptszenario rechnet die Gesundheitsdirektion bis ins Jahr 2032 mit einer Zunahme der stationären Austritte in der Rehabilitation um 26 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von aktuell rund 11 600 auf 14 500 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario sind es 34 Prozent (+3900 Austritte) und im Minimalszenario 18 Prozent (+2100 Austritte). In den meisten SPLB erwartet die Gesundheitsdirektion eine Zunahme zwischen 20 und 22 Prozent. Ein deutlich stärkeres Wachstum der Fallzahlen gibt es im SPLB «Muskuloskelettale Rehabilitation» mit 32 Prozent. Einerseits wird aufgrund der Zunahme von Hüft- und Knieprothesenrevisionsoperationen eine Zunahme anschliessender Rehabilitationsbehandlungen erwartet. Andererseits weist dieser SPLB mit knapp 72 Jahren das höchste Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten auf. Deshalb wirkt die zunehmende Alterung der Bevölkerung in diesem Bereich noch etwas stärker. Der umgekehrte Effekt zeigt sich beim SPLB «Somatoforme Rehabilitation». Hier liegt das Durchschnittsalter bei 49 Jahren und damit deutlich tiefer als in allen anderen SPLB. Die zunehmende Alterung hat deshalb auf diesen SPLB keinen Effekt und es resultiert eine deutlich tiefere Zunahme der Austritte von 10 Prozent.

Abbildung F12: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	4 846	6 397	32,0%	6 942	43,3%	5 780	19,3%
Neurologisch	2 802	3 369	20,2%	3 521	25,7%	3 251	16,0%
Kardiovaskulär	1 422	1 737	22,2%	1 816	27,7%	1 676	17,9%
Pulmonal	728	882	21,2%	921	26,5%	851	16,9%
Internistisch und onkologisch	1 513	1 852	22,4%	1 938	28,1%	1 787	18,1%
Somatoform	168	185	10,1%	191	13,7%	180	7,1%
Nicht zuteilbar	86	104	20,9%	109	26,7%	100	16,3%
Total Kanton Zürich	11 565	14 526	25,6%	15 438	33,5%	13 625	17,8%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.3 Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Abbildung F13 zeigt die Ergebnisse der Prognose der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) und Pflegetage nach Altersgruppen. Im Prognosemodell Rehabilitation gibt es, abgesehen vom Einflussfaktor geriatrische Rehabilitation, keinen Einflussfaktor, der nach Altersgruppen differenziert festgelegt wird. Jedoch spielt die Altersgruppe bei der Berechnung des demografischen Effekts eine entscheidende Rolle. Aufgrund der bereits mehrfach erwähnten Alterung der Bevölkerung überrascht es nicht, dass in der Altersgruppe der über 75-Jährigen das stärkste Wachstum der Fallzahlen (+36%) erwartet wird. Die zweithöchste Zunahme (+25%) wird für die ebenfalls stark wachsende Bevölkerungsgruppe der 60- bis 74-Jährigen erwartet. Dagegen wird in den anderen drei Altersgruppen eine deutlich schwächere Fallzunahme angenommen. Es ist aber zu beachten, dass rund drei Viertel aller stationär behandelten Personen in den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre sowie über 75 Jahre sind.

Die MAHD nimmt bei allen Altersgruppen leicht ab. Bis 2032 erwartet die Gesundheitsdirektion im Hauptszenario eine Abnahme um knapp 4 Prozent. Im Maximalszenario sinkt die MAHD um 1 Prozent und im Minimalszenario um 10 Prozent. Die Entwicklung der MAHD wird zu einem beträchtlichen Teil vom neuen Tarifsysteem ST Reha abhängen, dessen Einführung auf 01.01.2022 erwartet wird. Falls ST Reha finanzielle Anreize zur Reduktion der Aufenthaltsdauer enthält, wird sich der Effekt in der weiteren Entwicklung im Zeitverlauf zeigen.

Die Pflegetage nehmen bis 2032 im Hauptszenario um 21 Prozent zu, im Maximalszenario um 32 Prozent und im Minimalszenario um 6 Prozent.

Abbildung F13: Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–17 Jahre	111	125	12,6%	38,8	37,9	–2,2%	4 301	4 717	9,7%
18–39 Jahre	524	577	10,1%	34,8	33,8	–2,9%	18 229	19 498	7,0%
40–59 Jahre	2 065	2 231	8,0%	26,7	26,0	–2,7%	55 070	57 883	5,1%
60–74 Jahre	3 831	4 768	24,5%	24,2	23,5	–2,9%	92 605	111 966	20,9%
75+ Jahre	5 034	6 826	35,6%	23,4	22,7	–3,0%	118 022	155 192	31,5%
Total Kanton Zürich	11 565	14 527	25,6%	24,9	24,0	–3,5%	288 227	349 256	21,2%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Abbildung F14 enthält die Prognoseergebnisse nach Wohnregion. Die Wohnregionen sind im Kapitel C 1.3 dargestellt. Da die demografische Entwicklung in den Wohnregionen unterschiedlich ist, unterscheidet sich auch die Entwicklung der Austritte, MAHD und Pflegetage in den Wohnregionen. In der Wohnregion Zürich steigen die Fallzahlen deutlich weniger stark als zum Beispiel in der Region Unterland. Der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre beträgt 2019 in der Wohnregion Zürich 20,1 Prozent und steigt bis 2032 auf 21,3 Prozent. In der Region Unterland beträgt er 21,6 Prozent und steigt bis 2032 auf 26 Prozent. Die Entwicklung in den anderen Regionen bewegt sich zwischen diesen beiden Werten.

Abbildung F14: Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Limmattal	1 346	1 761	30,8%	24,6	23,9	–3,1%	33 153	42 025	26,8%
Linkes Seeufer	624	768	23,1%	24,2	23,5	–3,0%	15 122	18 053	19,4%
Oberes Glattal	1 378	1 796	30,3%	24,0	23,2	–3,5%	33 096	41 632	25,8%
Oberland	852	1 119	31,3%	25,0	24,0	–3,9%	21 261	26 809	26,1%
Rechtes Seeufer	730	888	21,6%	24,6	24,0	–2,8%	17 987	21 261	18,2%
Unterland	1 228	1 636	33,2%	25,0	24,0	–4,0%	30 667	39 245	28,0%
Winterthur	1 766	2 266	28,3%	24,7	23,7	–4,0%	43 553	53 661	23,2%
Zürich	3 641	4 292	17,9%	25,7	24,8	–3,2%	93 387	106 571	14,1%
Total Kanton Zürich	11 565	14 526	25,6%	24,9	24,0	–3,5%	288 226	349 257	21,2%

Quelle: Eigene Darstellung

2. Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich

Die Spitalplanung muss neben dem innerkantonalen Bedarf auch der Nachfrage nach stationären Rehabilitationsleistungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten Rechnung tragen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein wesentlicher Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten nicht im Kanton Zürich behandelt wird.

2018 wurden 8280 Zürcher Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen stationär behandelt. Demgegenüber stehen 767 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Spitälern behandelt wurden (vgl. Abbildung F15). Dazu kommen 38 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo des Kantons Zürich ist für alle Spitalplanungsleistungsbereiche der Rehabilitation negativ; er beträgt –7475 Austritte. Mit anderen Worten, in allen SPLB lassen sich mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonale behandeln, als dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt werden. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass aufgrund des fehlenden innerkantonalen Leistungsangebotes bei der Erstellung der geltenden Spitalliste Rehabilitation ein grosser Teil des Zürcher Bedarfs durch ausserkantonale Leistungsangebote abgedeckt werden musste.

Die zukünftige Patientenwanderung zu prognostizieren ist schwierig. Eine Prognose hängt nicht nur von der Entwicklung im Kanton Zürich ab, sondern auch von jener in anderen Kantonen. Gewisse Unsicherheiten, z.B. die zukünftige Entwicklung der Referenztarife, erschweren eine Prognose dazu. Zur Einschätzung der Höhe der Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten wird deshalb der aktuelle Stand verwendet.

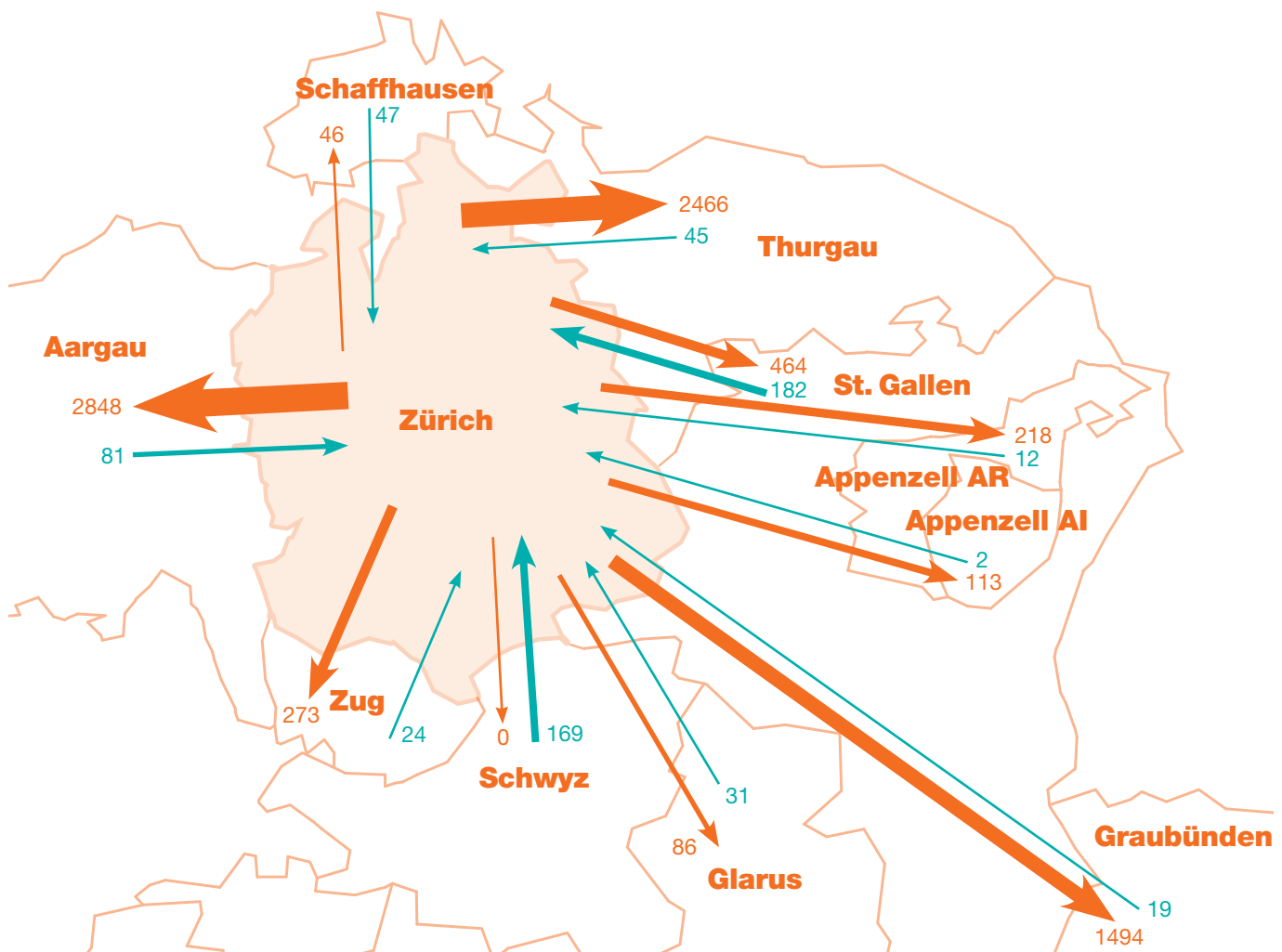
**Abbildung F15: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019
(ausserkantonal: 2018)**

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonal	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Muskuloskelettal	3914	127	8	-3779
Neurologisch	1414	321	18	-1075
Kardiovaskulär	1016	101	1	-914
Pulmonal	357	104	2	-251
Internistisch und onkologisch	1000	96	8	-896
Somatoform	164	2	0	-162
Nicht zuteilbar	415	16	1	-398
Total Kanton Zürich	8 280	767	38	-7 475

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F16 zeigt die interkantonale Patientenmigration mit den Nachbarkantonen sowie weiteren Kantonen der GDK-Ost. Von den 8280 Zürcher Patientinnen und Patienten, die sich ausserkantonal in einer Rehabilitationsklinik behandeln lassen, werden 2848 im Kanton Aargau, 2466 im Kanton Thurgau und 1494 im Kanton Graubünden behandelt. Total entspricht dies rund 6800 Austritten und somit über 80 Prozent aller ausserkantonal behandelten Zürcherinnen und Zürchern. In den anderen in der Abbildung F16 aufgeführten Kantonen werden deutlich weniger Zürcherinnen und Zürcher behandelt.

**Abbildung F16: Interkantonale Patientenmigration 2019
(ausserkantonal: 2018)**



Quelle: Eigene Darstellung

Etwas mehr als 70 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton stammen aus den Nachbarkantonen. Die Abbildung F17 zeigt die Zuwanderung aus den Nachbarkantonen nach SPLB. Die Kantone St. Gallen (182 Austritte) und Schwyz (169 Austritte) sind die einzigen Kantone, aus denen im Jahr 2019 mehr als 100 Patientinnen und Patienten für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in den Kanton Zürich kamen. Die Zuwanderung aus den anderen Nachbarkantonen betrug zwischen rund 25 und 80 Austritten. Aus allen anderen Kantonen liessen sich 219 Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandeln.

Abbildung F17: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausser-kantonal	ZH
Muskuloskelettal	20	5	13	44	4	1	40	127	932
Neurologisch	42	14	64	60	23	22	96	321	1 388
Kardiovaskulär	3	2	38	26	3	4	25	101	406
Pulmonal	3	0	26	26	9	15	25	104	371
Internistisch und onkologisch	11	1	26	24	6	5	23	96	513
Somatoform	2	0	0	0	0	0	0	2	4
Nicht zuteilbar	0	2	2	2	0	0	10	16	64
Total Kanton Zürich	81	24	169	182	45	47	219	767	3 678

3. Leistungsangebot der Zürcher Kliniken

Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln die Zürcher Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt standen, werden in diesem Kapitel Rehabilitationskliniken dargestellt. Betrachtet werden die Kliniken mit Standort im Kanton Zürich und/oder mit Zürcher Leistungsauftrag.

Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation 2020

Insgesamt sind 21 Kliniken auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation aufgeführt, davon sieben Kliniken mit Standort im Kanton Zürich, nämlich Zürcher RehaZentrum Wald, RehaClinic Zollikerberg, RehaClinic Kilchberg, Universitätsklinik Balgrist, Klinik Susenberg, Klinik Lengg und Kinderspital Zürich (vgl. Abbildung F18).

Die übrigen 14 Kliniken haben ihren Standort ausserhalb des Kantons Zürich. Sechs davon befinden sich im Kanton Aargau. Die ausserkantonalen Kliniken verfügen hauptsächlich über Leistungsaufträge für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation.

Abbildung F18: Standorte Rehabilitationskliniken 2020



REHAB Basel (BS) und Reha Rheinfelden (AG) sind in der Abbildung nicht dargestellt.

Erbrachte Leistungen und Marktanteile der Zürcher Listenspitäler Rehabilitation 2019

Die acht Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich (davon sieben Kliniken mit und eine Klinik ohne Leistungsauftrag) verzeichnen 2019 rund 4500 stationäre Austritte (vgl. Abbildung F19). Die Hälfte davon entfallen auf das Zürcher RehaZentrum Wald. 82% der im Kanton Zürich stationär behandelten Rehabilitationsfälle sind Zürcherinnen und Zürcher. Diese hohe Zahl spiegelt die grosse Nachfrage nach wohnortsnahen Angeboten.

Eine spezielle Stellung unter diesen acht Kliniken nimmt die RehaClinic Limmattal ein. Sie wurde 2019 eröffnet und hat als einzige Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich keinen Leistungsauftrag. Sie behandelt deshalb ausschliesslich stationäre Fälle, die durch Unfallversicherer vergütet werden.

Die 14 ausserkantonalen Rehabilitationskliniken – die RehaClinic ANNR wird unter der RehaClinic Zurzach ausgewiesen – mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich verzeichnen 2018 rund 19500 stationäre Austritte, darunter 5400 Zürcherinnen und Zürcher. Dies entspricht einem Anteil von etwas mehr als einem Viertel aller Austritte dieser Spitäler. Allerdings gibt es grosse Differenzen zwischen den einzelnen Spitälern. So machen die Zürcherinnen und Zürcher in der Reha Rheinfelden nur 2 Prozent und in der RehaClinic Baden und dem Zürcher RehaZentrum Davos über 50 Prozent aller Austritte aus.

Abbildung F19: Austritte der Zürcher Spitäler 2019 (ausserkantonal: 2018)

Spitalname	Austritte ZH	Total Austritte	Austritte mit Wohnkanton Zürich
Zürcher RehaZentrum Wald	1 829	2 248	81%
RehaClinic Zollikerberg	545	577	94%
RehaClinic Kilchberg	245	282	87%
RehaClinic Limmattal	25	35	71%
Universitätsklinik Balgrist	280	378	74%
Klinik Susenberg	232	264	88%
Kinderspital Zürich	71	194	37%
Klinik Lengg	451	505	89%
Total Kanton Zürich	3 678	4 483	82%
RehaClinic Zurzach (AG)	1 195	2 810	43%
RehaClinic Baden (AG)	586	1 105	53%
Rehaklinik Bellikon (AG)	458	1 534	30%
aarReha Schinznach (AG)	248	1 578	16%
Reha Rheinfelden (AG)	38	2 094	2%
Klinik Gais (AR)	180	1 020	18%
Rheinburg-Klinik (AR)	34	738	5%
REHAB Basel (BS)	10	486	2%
Zürcher RehaZentrum Davos (GR)	802	1 528	52%
Reha Seewis (GR)	266	700	38%
Kliniken Valens, Rehazentrum Valens (SG)	319	2 816	11%
Rehaklinik Dussnang (TG)	944	1 950	48%
Rehaklinik Zihlschlacht (TG)	322	1 124	29%
Total ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag	5 402	19 483	28%
Ausserkantonale Kliniken ohne Zürcher Leistungsauftrag	2 878	–	–

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F20 enthält die Marktanteile der Rehabilitationskliniken mit und ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich. Zudem wird nach inner- und ausserkantonalen Rehabilitationskliniken unterschieden. 76 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten werden in einer Rehabilitationsklinik behandelt, die auf der Zürcher Spitalliste steht, und 31 Prozent in einer solchen Klinik mit Standort im Kanton. Die Abdeckung durch die Spitalliste ist in der neurologischen Rehabilitation mit 90 Prozent am höchsten. Die tiefste Abdeckung besteht bei den SPLB kardiovaskuläre und internistisch und onkologische Rehabilitation mit rund 66 Prozent. Entsprechend wird in diesen Bereichen rund ein Drittel der Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale in einem Nicht-Listenspital stationär behandelt. Die Abdeckung durch die Spitalliste von rund 76 Prozent ist in der Rehabilitation deutlich tiefer als in der Akutsomatik und der Psychiatrie. Sie liegt unter den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz, mindestens 80 Prozent der stationären Behandlung der Kantonsbevölkerung mit Leistungsaufträgen abzudecken.

Abbildung F20: Marktanteile Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Rehabilitationskliniken mit Leistungsauftrag		Rehabilitationskliniken ohne Leistungsauftrag	
	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal
Muskuloskelettal	19%	56%	0%	25%
Neurologisch	49%	41%	0%	10%
Kardiovaskulär	29%	38%	0%	34%
Pulmonal	51%	21%	0%	28%
Internistisch und onkologisch	34%	31%	0%	35%
Somatoform	2%	83%	0%	15%
Nicht zuteilbar	13%	48%	0%	38%
Total	31%	45%	0%	24%

Quelle: Eigene Darstellung

G

Ausblick

- 1 **Umsetzungsstand**
- 2 **Weiteres Vorgehen**

Mit der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion die Planung stationärer Leistungen über die Kantonsgrenzen hinaus in neue Bahnen gelenkt. In der Umsetzung der kantonalen Vision und Strategie zur Gesundheitsversorgung bildet die Spitalliste als Ergebnis eines Planungszyklus einen wichtigen Meilenstein. Manche Innovationen in der stationären Versorgung der Zürcherinnen und Zürcher bedürfen einer mittel- und langfristigen Vorbereitung. So werden viele Neuerungen auf den Stichtag 01.01.2023 umgesetzt werden können. Einzelne Themen werden dennoch nach Inkraftsetzung der Spitallisten angegangen und treiben somit die hochstehende, bedarfsgerechte Patientenversorgung im Kanton auch vor Beginn des nächsten Spitalplanungsprojektes voran.

1. Umsetzungsstand

Gemäss der Vision des Kantons Zürich, mit einer neuen Spitalplanung für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung der Zukunft zu sorgen, wurden die Herausforderungen in den drei Fachbereichen angegangen.

Akutsomatik

Mithilfe der Fokussierung seltener und spezialisierter Leistungen an ausgewählten Spitälern wird die Strategie zur Schaffung einer bedarfsgerechten, integrierten und wirtschaftlichen Versorgung umgesetzt. Damit einhergehen wird die Vergabe von Leistungsaufträgen an geeignete Regionalspitäler im Bereich der «häufigen Medizin». Unterstützt wird die strategische Ausrichtung der Spitalplanung 2023 mit dem Ausschöpfen des ambulanten Potenzials.

Die Qualitätstransparenz über evidenzbasierte Medizin wird künftig gefördert und verstärkt mit der Erarbeitung weiterer Datengrundlagen für einen stärkeren Qualitätswettbewerb, mit der Sicherstellung evidenzbasierter Behandlungen und der Vermeidung unnötiger Leistungen. Speziell in den Spitalplanungsleistungsbereichen Kardiologie, Polytrauma, Stroke, Knochentumore und Wirbelsäulenchirurgie werden mit den umgesetzten Änderungen Massnahmen zur Qualitätssicherung und wo nötig zur Konzentration umgesetzt. In der Viszeralchirurgie wird neu über das Qualitätsprogramm eine Registerpflicht eingeführt.

Psychiatrie

Im Sinne einer patientengerechten, integrierenden, innovativen und nachhaltigen Versorgung in den Psychiatrien des Kantons Zürich wird die Strategie der Optimierung der Versorgungsstrukturen und Verbesserung der Behandlungsqualität umgesetzt. Dies geht einher mit dem Legislaturziel des Regierungsrates zur Förderung der ambulanten Psychiatrie.

Rehabilitation

Patientinnen und Patienten sollen nicht nur bedarfsgerecht, sondern auch möglichst integriert versorgt werden. In der Umsetzung des Legislaturziels des Regierungsrates sollen Patientinnen und Patienten zum optimalen Zeitpunkt stationär, tagesklinisch oder ambulant behandelt werden.

Im Hinblick auf das Bevölkerungswachstum im Kanton Zürich sowie die zunehmende Multimorbidität von Rehabilitationspatientinnen und -patienten besteht der Bedarf, die bisher meist wohnorts- und akutspitalfernen Zürcher Versorgungsstrukturen der Rehabilitation um zukunftsorientierte Versorgungsangebote zu ergänzen. So könnten insbesondere geriatrische Rehabilitationspatientinnen und -patienten von einer wohnortsnahen Rehabilitation profitieren. Die Nähe zum Wohnort ermöglicht dem stationären Rehabilitationsteam sowohl das häusliche Umfeld der Patientin oder des Patienten stärker einzubeziehen als auch enger mit nachgeschalteten Versorgern wie Hausarzt, Spitex-Dienst, ambulante Rehabilitation oder Pflegeheim zusammenzuarbeiten. Das Rehabilitationsziel der geriatrischen Patientinnen und Patienten, wieder eine möglichst selbstständige Lebensführung in angestammter Wohnsituation zu erlangen, würde damit klar unterstützt. Dies bedingt die notwendigen Versorgungsstrukturen im Umfeld eines Akutspitals und damit optimierte Schnittstellen zwischen akutsomatischer und rehabilitativer Behandlungen und wird unterstützt durch die Konzentration spezialisierter Leistungen. Somit soll der zusätzliche Bedarf rehabilitativer Leistungen mit innerkantonalen und damit wohnortsnahen integrierten Angeboten gedeckt werden. Integrierte Versorgungsstrukturen bedeuten, dass sich die Rehabilitationsklinik auf dem Areal eines akutsomatischen Listenspitals mit erweiterter Grundversorgung einschliesslich intensivmedizinischen Angebotes befindet, mit diesem medizinisch eng zusammenarbeitet sowie eine Tagesklinik für muskuloskelettale oder neurologische Rehabilitation betreibt.

Zudem muss eine solche wohnorts- und akutspitalnahe Rehabilitationsklinik grundsätzlich mindestens eine der folgenden zwei Leistungsauftragskombinationen abdecken:

- Kombination 1: MSK1 (Allgemein muskuloskelettale Rehabilitation) und GER (Geriatrische Rehabilitation) und/oder
- Kombination 2: NER1 (Allgemein neurologische Rehabilitation) und GER (Geriatrische Rehabilitation) und UEB (Überwachungspflichtige Rehabilitation)

2. Weiteres Vorgehen

Nicht alle Meilensteine zur Umsetzung der Strategie werden bis zum 01.01.2023 etabliert und verankert werden können. Auch nach Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 ist die Gesundheitsdirektion bestrebt, die Grundlagen für eine fokussierte, qualitativ hochstehende Versorgung im Kanton kontinuierlich zu verbessern und auszubauen.

Den kantonalen Vorgaben entsprechend hat die Gesundheitsdirektion das Projekt Spitalplanung 2023 gemäss HERMES durchgeführt. Dazu gehört auch die Ex-post Beurteilung nach Inkraftsetzung der Spitallisten.

Akutsomatik

Die Strategie der Gesundheitsdirektion, wonach komplexe, seltene Medizin konzentriert und die häufige Medizin dezentral durchgeführt werden soll, wird auch Auswirkungen auf die Intensivmedizin haben. Es ist davon auszugehen, dass durch die Konzentration des Seltenen zukünftig weniger Kapazitäten von Intensivpflegestationen in der Peripherie benötigt werden. Ein Lösungsansatz besteht in der Schaffung von Intensivstationen mit unterschiedlichen Kompetenzen, die in einem Netzwerk zusammenarbeiten. Es ist geplant, gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) innovative Lösungen in diesem Bereich zu suchen und umzusetzen.

In der Umsetzung der Strategie der Gesundheitsdirektion wurde bisher der Fokus vor allem auf die seltene Medizin gelegt. Aus diesem Grund wird neu ein Augenmerk auf die Stärkung der häufigen Medizin in der Peripherie gelegt. Eine Möglichkeit besteht darin, dass gewisse Leistungen in Zukunft nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt an Spitälern mit einer Endversorgerfunktion erlaubt werden.

Zur Beurteilung der Qualität und zur Etablierung eines Benchmarkings sind Register anzustreben. Dabei wird auf Bereiche geachtet, in denen die Gefahr der Mengenausweitung besteht oder in denen es Hinweise für eine mangelhafte Indikationsqualität gibt. Register sollen wo möglich auf bestehenden Daten aufgebaut und national koordiniert werden. Der Fokus für den Kanton Zürich steht momentan im Aufbau qualitativ hochstehender Register und der Definition einheitlicher Registerkriterien. Dabei geht es nicht nur um die Teilnahme an Registern, sondern auch um strukturierte Peer-Reviews und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Das Qualitätsprogramm der Gesellschaft der Chirurgen des Kantons Zürich (CGZH) im Bereich der Kolonchirurgie und die Etablierung eines schweizerischen Zertifikates im Bereich der gynäkologischen Tumore sind dabei zwei Pilotprojekte, deren Umsetzung bereits angestoßen wurde. In den kommenden zehn Jahren wird schrittweise und selektiv eine Registerpflicht bei zusätzlichen Leistungsaufträgen eingeführt werden. Im Fokus stehen dabei die Wirbelsäulenchirurgie, die Kardiologie und die Viszeralchirurgie.

Alternativ oder ergänzend zu Registern behält sich die Gesundheitsdirektion vor, in Bereichen mit drohender Überversorgung oder Mengenausweitung Indikationsboards vorzuschreiben.

Im Bereich der Routinedaten wird im kommenden Planungshorizont ein Schwerpunkt liegen. Besonders interessieren hierbei Mortalitätsraten drei oder sechs Monate nach Spitalaufenthalt. Daneben gibt es eine Vielzahl von Parametern, die zusätzlich berücksichtigt werden können und einen Rückschluss auf die Qualität zulassen. Unterschieden werden dabei allgemeine Parameter (z. B. Anzahl Stürze im Spital) und leistungsspezifische Parameter (z. B. die Mortalität 1, 3 und 6 nach einem bestimmten Eingriff).

Die generellen Anforderungen an die Leistungserbringer und deren Einhaltung werden mit der Vergabe der Leistungsaufträge überprüft. Für den kommenden Planungszeitraum sieht die Gesundheitsdirektion vor, die Einhaltung dieser Vorgaben und auch die leistungsspezifischen Anforderungen mittels Audits zu überprüfen. Dazu wird ein Prozess erarbeitet werden.

Im Bereich der Akutgeriatrie gibt es aktuell viele Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag GER «Akutgeriatrie Kompetenzzentrum». Aufgrund der unter Kapitel C 1.4.1 dargelegten Überlegungen ist derzeit eine Bedarfsprognose in diesem Bereich schwierig zu erstellen. Die Gesundheitsdirektion plant, die Anforderungen dieses Leistungsauftrages anzupassen, sobald bessere Mittel zur Verfügung stehen, um die Patientengruppe, die sich für eine akutgeriatrische Komplexbehandlung qualifizieren, besser abzubilden. Es ist davon auszugehen, dass dadurch eine Konzentration auf spezialisierte Leistungserbringer erfolgen wird. Dabei ist noch offen, ob für die Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in peripheren Spitälern ein spezifischer Leistungsauftrag vergeben oder ob diese Leistung im Rahmen des Basispaketes erbracht werden soll (z.B. Verpflichtung zur Anstellung von Fachärztinnen und Fachärzte für Geriatrie).

Psychiatrie

Für die psychiatrische Versorgung der Zürcherinnen und Zürcher wurden neben der Optimierung der Versorgungsstrukturen auch die Erhöhung der Behandlungsqualität als strategisches Ziel formuliert. Bis 2025 wird die Gesundheitsdirektion ein einheitliches Qualitätscontrolling etablieren, damit die Behandlungsqualität bis spätestens 2030 überprüfbar erhöht werden kann.

Rehabilitation

In einer früheren Version des Leistungsgruppenmodells Rehabilitation war geplant, den Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» in zwei Stufen anzubieten. Die erste Stufe entspricht der bereits heute praktizierten überwachungspflichtigen Rehabilitation und ist im Leistungsgruppenmodell gemäss vorliegendem Versorgungsbericht als Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation» abgebildet. Die zweite Stufe war für kritisch-krankte multimorbide Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern geplant. Ihre primäre Diagnostik ist abgeschlossen. Aufgrund ihres bestehenden akutmedizinischen Behandlungsbedarfs benötigen sie jedoch weiterhin die Fachkompetenzen und die Infrastruktur eines akutsomatischen Spitals. Zugleich besteht bei ihnen ein dringender intensiver rehabilitativer Interventionsbedarf einschliesslich therapeutischer Pflege, um die Basisfunktionen wiederherzustellen und eine drohende bleibende Beeinträchtigung der Partizipation zu vermeiden.

Die Gesundheitsdirektion erachtet eine adäquate Versorgung der Patientengruppe der zweiten Stufe als wichtig. Die Versorgung soll allerdings durch die akutsomatischen Spitäler erfolgen, weshalb auf eine Abbildung in den Leistungsgruppen der Rehabilitation verzichtet wird. Die Gesundheitsdirektion wird deshalb die Umsetzung der Versorgung der Patientengruppe in der Spitalliste Akutsomatik prüfen und wo notwendig mit entsprechenden Massnahmen sicherstellen.

Die Gesundheitsdirektion plant, bis 2023/2024 eine Buchungsplattform aufzubauen. Auf dieser werden die freien Betten pro Rehabilitationsstandort und Leistungsgruppe der Zürcher Listenspitäler Rehabilitation transparent und tagesaktuell ausgewiesen, damit diese von den Zürcher Listenspitälern Akutsomatik gebucht werden können. Die Buchungsplattform ermöglicht eine Verbesserung der Versorgungsqualität, da sowohl effizientere Überweisungen möglich sein werden als auch gezielt und rasch auf Unterversorgung reagiert werden kann. Die Buchungsplattform wird vorerst als Pilotprojekt entwickelt. Der Fokus liegt dabei auf einer sorgfältigen Definition der Rechte und Pflichten der Benutzenden der Buchungsplattform.

H

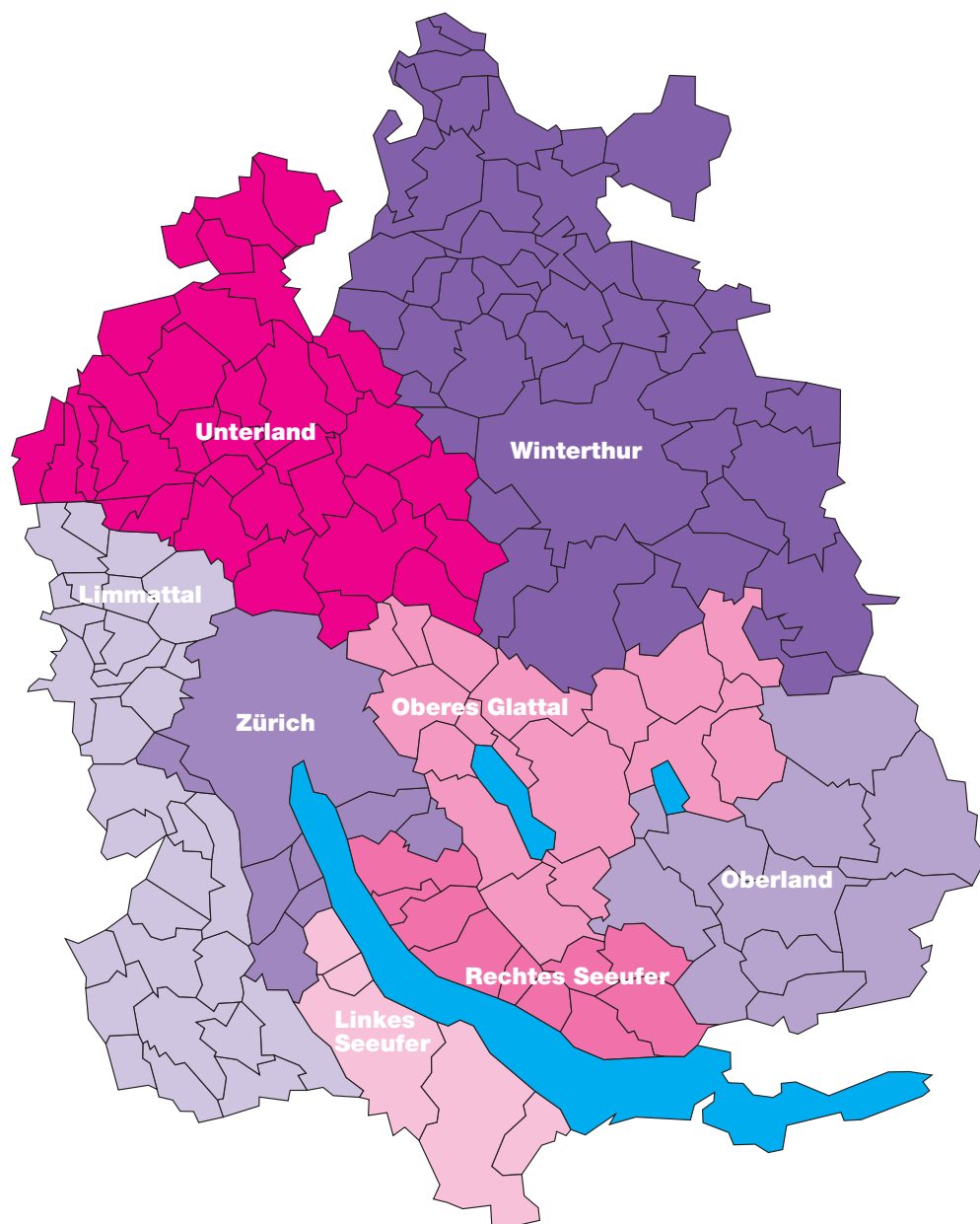
Anhang

- 1 Zuteilung zu den Wohnregionen**
- 2 Glossar und Verzeichnisse**

1. Zuteilung zu den Wohnregionen

Nachfolgende Abbildungen zeigen, welche Gemeinden welcher Wohnregion zugeteilt werden.

Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Akutsomatik und Rehabilitation



Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Psychiatrie

2. Glossar und Verzeichnisse

2.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Abs.	Absatz
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen
Allokativer Fehlentscheid	ungerechtfertigte Entscheidung (z. B. Vergabe eines Leistungsauftrages) auf Grund falscher, fehlerhafter oder unvollständiger Annahmen.
AOP-Liste	Ambulantes Operieren; dieser Katalog enthält alle ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzende Eingriffe in deutschen Krankenhäusern.
Art.	Artikel
Assessment	Umfassende Bestimmung über die Situation und Rehabilitationspotenzial/-prognose der Patientin oder des Patienten mit Verwendung spezifischer standardisierter Testverfahren. Durch ein interdisziplinäres Team wird eine vollständige Abklärung der körperlichen, psychischen, sozialen, ökonomischen und funktionellen Ressourcen vorgenommen und ein Plan für die Therapie und Nachbetreuung der Patientin oder des Patienten erstellt.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer beschreibt die Dauer zwischen Ein- und Austritt einer Patientin / eines Patienten in eine stationäre Einrichtung. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer im vorliegenden Bericht basiert auf der Definition von SwissDRG und wird wie folgt berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
AvS-Liste	Ambulant vor Stationär; heisst, dass bestimmte Eingriffe in der Regel ambulant zu erbringen sind und eine stationäre Behandlung nur beim Vorliegen von spezifizierten Ausnahmegründen vergütet wird. Die im Kanton Zürich geltende Liste der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen ist abgestimmt mit dem BAG und den anderen Kantonen.
AVV	Akut- und Vollversorgung
BBi	Bundesblatt
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Bundesgerichtsentscheid
Bst.	Buchstabe(n)
bzw.	beziehungsweise
CGZH	Gesellschaft der Chirurgen des Kantons Zürich
CHOP	Schweizerischer Operationsklassifikation, welche zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet wird.
Case Mix (Index) (CMI)	Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals nach SwissDRG. Dieser ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Wird der Case Mix durch die Anzahl Fälle dividiert, erhält man den Case Mix Index, d. h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals.
CRT	Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz; beruht auf der gleichzeitigen Simulation der linken und rechten unteren Herzkammer.
DMI	Der Day Mix Index wird berechnet, indem die Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals nach TARPSY durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle dividiert wird. Er entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht pro Tag und kann einen Anhaltspunkt zum durchschnittlichen Schweregrad der Fälle in einem gegebenen Spital geben.
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basiertes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die Länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG). Jede Hospitalisierung wird aufgrund medizinischer und weiterer Kriterien (z. B. Alter) einer solchen Fallgruppe (DRG) zugeordnet. Diese Fallgruppen sind schweizweit identisch.
d. h.	das heisst
EBPI Zürich	Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention; Universität Zürich
EBITDAR-Marge	Umschreibt das Verhältnis der Kennziffer EBITDAR zum Umsatz eines Unternehmens und ist als Kennzahl zur Unternehmensbewertung zu verstehen.

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
EBITDAR	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent, d.h. Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen, Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mietaufwand
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen, sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
f.	folgend(e)
ff.	fortfolgend(e)
(Stationärer) Fall	Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen. Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern eine Patientin oder ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird in der Regel pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als «Patientinnen und Patienten» und «Behandlungen» bezeichnet.
Fallgewicht	Jede DRG hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
GesG	Gesundheitsgesetz vom 02.04.2007 (810.1)
gem.	gemäss
GIS	Geografisches Informationssystem
Grouper	Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigen Fallgewicht zuweist. Der Klassifizierungsalgorithmus basiert auf den medizinisch-administrativen Falldaten. Der Text verweist auf einen SPLG-Grouper. Dieser wurde von der Gesundheitsdirektion auf Basis der Zürcher Leistungsgruppensystematik entwickelt und gruppiert Fälle anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren in eine der Leistungsgruppen des Zürcher Modells.
Hauptszenario (Hauptsz.)	Hauptszenario, das heisst das Szenario mit der wahrscheinlichsten Entwicklung. Es ist der wahrscheinlichste Effekt der einzelnen Einflussfaktoren.
HERMES	HERMES ist eine Projektmanagement-Methode für Projekte im Bereich der Informatik sowie der Entwicklung von Dienstleistungen und Produkten. HERMES unterstützt die Steuerung, Führung wie auch die Ausführung von Projekten. Ihre Methodenstruktur ist klar und einfach verständlich.
HGGh	Hebammengeleitete Geburtshilfe
Hospitalisierungsrate	Hospitalisierungsrate zeigt die Inanspruchnahme von Ressourcen der stationären Akutversorgung. Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Diese Rate ist eine Grundlage für die Spitalplanung.
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HTP (1 oder 2)	High Trim Point (1 oder 2) steht für obere Grenzverweildauer (oGVWD), welche pro DRG statistisch im jeweiligen länderspezifischen Grouper festgelegt/definiert wird.
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
ICD-10 / ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, welche für die Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt wird. ICD-10- und ICD-11-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Sie dient zur Klassifizierung der Folgeerscheinungen von Behandlungen und beschreibt Phänomene wie «Funktionsfähigkeit und Behinderung». Das ICF-Modell bietet die Möglichkeit, deren verschiedene Dimensionen und Bereiche sowie ihre Zusammenhänge abzubilden. So werden «Funktionsfähigkeit und Behinderung» als eine komplexe Beziehung zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ID Suisse AG	Die ID Suisse AG stellt Software für das Codieren von Diagnosen und Prozeduren in den verschiedensten Klassifikationen, Grouper für Entgeltermittlung in fallpauschalenbasierten Abrechnungssystemen sowie Systeme zur Leistungsanalyse und Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung.
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für die Patientin oder den Patienten) sinnvoll ist
Integrierte Versorgung	Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis; es ist die jeweils aktualisierte Ermittlungsmethode, mit der sich die tarifrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
k. A.	Keine Angabe(n)
Kispi Zürich	Kinderspital Zürich
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.09.1995 (Stand 01.01.2020) (Systematische Sammlung des Bundes (SR) 832.112.31)
KR	Kantonsrat
KOREK	Das Kostenreporting des Kantons Zürich basiert auf dem Integrierten Tarifmodell Kostenrechnung (ITAR_K Version 8.0) von H+ Die Spitäler Schweiz und Ergänzungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Es dient einerseits als Reporting-Tool für Kostendaten gegenüber der Gesundheitsdirektion und kann gleichzeitig den nationalen Standard ITAR_K® produzieren.
Kostengewicht	Das Kostengewicht einer Fallgruppe reflektiert den relativen – d. h. im Vergleich zu den anderen in der Tarifstruktur abgebildeten Fallgruppen – durchschnittlichen Behandlungsaufwand. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler durch die SwissDRG AG ermittelt.
Kostenträgerrechnung (KTR)	Diese unterscheidet zwischen fallabhängigen (administrative Fälle) und fallunabhängigen (Aufträge) Leistungen. Als Unterscheidungskriterium gilt dabei, ob eine Leistung, welche entsprechende Kosten erzeugt hat, für eine Patientin oder einen Patienten, sprich einen administrativen Fall oder aber im Auftrag eines Dritten (z. B. Spital, Hausarzt) erfolgte.
KSW	Kantonsspital Winterthur
Kt.	Kanton
Kurzlager	Fälle wurden als Kurzlager definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.10)
nKVG	Revision des Bundesgesetzes vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung
nKVV	Revision der Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.102)
Langlieger	Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP. Häufig werden solche Patientinnen und Patienten auch als Outlier bezeichnet.
Liegeklasse	Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht).
lit.	litera
Maximalszenario (Max.)	Für jeden Faktor wird der zur höchsten Zahl an Fällen führende, plausible Effekt verwendet. Im Maximalszenario wurden somit diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf im Jahr 2032 führen bzw. zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist.
MDC	Major Diagnostic Category, die Hauptdiagnosekategorie im DRG-System. Diese bildet eine erste Ebene zur Beschreibung der verschiedenen Behandlungsgruppen in DRG-Systemen.

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
MFZ	Mindestfallzahl(en)
Minimalszenario (Min.)	Für jeden Faktor wird der zur tiefsten Zahl an Fällen führende, plausible Effekt verwendet. Im Minimalszenario werden diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem niedrigen bzw. minimalen Leistungsbedarf im Jahr 2032 führen bzw. zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist.
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Die MAHD beschreibt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten und berechnet sich aus allen Pflgetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/ Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb zwölf Stunden unabdingbar sind.
Nr.	Nummer
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Palliative Care	Die Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
PCCL-Wert	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad: ist die Masszahl für den kumulativen Effekt der CCs (Komplikation und/oder Komorbidität) je Behandlungsperiode.
Perzentil (prc)	Während bei einem Durchschnittswert alle Werte berücksichtigt werden und somit wenige Extremwerte den Durchschnitt erheblich anheben können, wird bei Perzentilen die Verteilung in 100 gleich grosse Teile unterteilt. Das 25. Perzentil gibt an, dass 25 Prozent aller Fälle der Verteilung unterhalb dieses Wertes liegen.
Pflegetage	Die Pflegetage beziehen sich auf die erbrachten bzw. beanspruchten Pflgetage innerhalb eines Datenjahres, ungeachtet des Ein- und Austritts der Patientin oder des Patienten.
Planbetten	Anzahl der in der Spitalplanung für den Betrieb vorgesehenen Betten.
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.
Rehabilitationspotenzial	Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolgversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die Patientin oder der Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.
REKOLE	Der Begriff steht für Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung. REKOLE gilt als schweizweit einheitlicher und anerkannter Standard für das betriebliche Rechnungswesen von Spitälern und Kliniken.
Reliabilitätsprüfung	Die Reliabilität beschreibt die Genauigkeit oder Zuverlässigkeit einer (wissenschaftlichen) Messung. Daten oder Testergebnisse bestehen eine Reliabilitätsprüfung, wenn die Wiederholung einer Messung/eines Tests unter gleichen Bedingungen das gleiche Ergebnis liefert.
RRB	Regierungsratsbeschluss
S.	Seite, Seiten
s.	siehe
SARS-CoV2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; umgangssprachlich Coronavirus
SGAR	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
SGKA	Schweizerische Gesellschaft für Kinderanästhesie
SOMOSA	Der Name SOMOSA ist eine Abkürzung und bedeutet sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen.
SPFG	Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 02.05.2011 (813.20)
nSPFG	Revisionsentwurf des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 02.05.2011
SPLB	Spitalplanungsleistungsbereiche: Einzelne SPLG können zu SPLB zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des medizinischen Leistungsprofils eines Spitals.

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppe: Jede SPLG ist anhand von spezifischen Diagnose- und Behandlungs-Codes eindeutig definiert. Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgt anhand des schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD).
SPV	Spezialversorgung
stat. Amt	Statistisches Amt
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres.
STPH Basel	Schweizerisches Tropen und Public Health Institut, Basel
ST Reha	Stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation, deren Einführung auf den 01.01.2022 erwartet wird
SwissDRG	SwissDRG ist ein Patientenklassifikationssystem, das Patientinnen und Patienten anhand von Kriterien wie u.a. Diagnosen, Behandlungen und Alter, in möglichst homogene Gruppen einteilen. Diese Gruppen entsprechen im SwissDRG-System den «Diagnosis Related Groups» (DRG).
SWOT-Analyse	Die SWOT-Analyse [Strenghts (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)] ist ein Instrument der strategischen Planung und wird häufig verwendet, um das Potenzial einer Institution zu analysieren.
TARMED	Die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen oder Spitälern mit einem Einzelleistungstarif.
TARPSY	TARPSY ist ein Patientenklassifikationssystem in der Psychiatrie, das Patientinnen und Patienten anhand von Kriterien wie u. a. Diagnosen, Behandlungen und Alter, in möglichst homogene Gruppen einteilen. Im TARPSY-System werden die Patienten den unterschiedlichen «Psychiatric Cost Groups» (PCG) zugeteilt.
Unterversorgung	Unterlassene, zu spät erfolgte oder nicht verfügbare Versorgung
Überlieger	Noch nicht ausgetretene Fälle innerhalb eines Kalenderjahres. Somit Patientinnen und Patienten, welche über den Jahreswechsel stationär behandelt werden.
Überversorgung	Behandlungen, welche aus medizinischen Gründen nicht notwendig sind bzw. deren Nutzen nicht hinreichend gesichert ist.
usw.	und so weiter
USZ	Universitätsspital Zürich
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG. Das Spital steht somit nicht auf der Spitalliste.
vgl.	vergleiche
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 03.07.2002 (Stand 01.01.2009) (SR 832.104).
VZK	Verein Zürcher Krankenhäuser
WHO	World Health Organization beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Wohnregion	Die Zürcher Gesamtbevölkerung wird nach ihrem zivilrechtlichen Wohnsitz in acht Wohnregionen eingeteilt. Die Einteilung dient der Abbildung des regionalen Versorgungsbedarfs.
z. B.	zum Beispiel
ZG	Zug
ZH	Zürich
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
ZU	Zürcher Unterland
Zürcher Wohnbevölkerung	Der Begriff «Zürcher Wohnbevölkerung» steht dafür, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb des Kantons Zürich berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohnerinnen und Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort im Kanton Zürich ist, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonale) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Kanton Zürich behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten berücksichtigt dieser Begriff nicht.

2.2 Abkürzungen und Symbole in Abbildungen

Zeichen	Bedeutung
A	Akutsomatik
AG	Aargau
>	grösser als ...
Haupt.	Hauptszenario
–	keine Angabe(n)
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
x	Multipliziert
§	Paragraph
%	Prozent
P	Psychiatrie
R	Rehabilitation
SG	St. Gallen
SH	Schaffhausen
SZ	Schwyz
TG	Thurgau
ZG	Zug
ZH	Zürich
ZU	Zürcher Unterland

2.3 Abbildungsverzeichnis

		Seite
Abbildung B1	Teilschritte der Spitalplanung 2023	21
Abbildung B2	Etappen der Spitalplanung 2023 nach HERMES	24
Abbildung B3	Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023	26
Abbildung B4	Prozessuales Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge	28
Abbildung C1	Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019	32
Abbildung C2	Subsidiäre Fallzuteilungslogik	33
Abbildung C3	Wohnregionen Akutsomatik / Rehabilitation und Psychiatrie	34
Abbildung C4	Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage	38
Abbildung C5	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	38
Abbildung C6	Prognosemodell der Akutsomatik	39
Abbildung C7	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032	40
Abbildung C8	Bevölkerung nach Altersgruppen, 2019 und 2032	41
Abbildung C9	Bevölkerung nach Alter, 2019 und 2032	41
Abbildung C10	Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032	42
Abbildung C11	Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 und 2032	42
Abbildung C12	Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	52
Abbildung C13	Beispielhafte Spitalliste Psychiatrie	53
Abbildung C14	Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation	61
Abbildung C15	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	64
Abbildung C16	Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation	65
Abbildung D1	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	76
Abbildung D2	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2019	77
Abbildung D3	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	78
Abbildung D4	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	78
Abbildung D5	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	79

		Seite
Abbildung D6	Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019	80
Abbildung D7	Nettomigration im Kanton Zürich (>1000 Austritte) 2019	80
Abbildung D8	Drei Schritte zur Bestimmung des ambulanten Potenzials	82
Abbildung D9	Verwendung der Einflussfaktoren Akutsomatik je Szenario	84
Abbildung D10	Effekt der demografischen Entwicklung	85
Abbildung D11	Effekt der medizintechnischen Entwicklung	85
Abbildung D12	Effekt der Korrektur für kantonale Überversorgung	86
Abbildung D13	Effekt der Substitution stationär durch ambulant	87
Abbildung D14	Szenario starke Substitution stationär durch ambulant	88
Abbildung D15	Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	89
Abbildung D16	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	90
Abbildung D17	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	91
Abbildung D18	Prognoseergebnis nach SPLB und Szenario	92
Abbildung D19	Prognoseergebnis nach Altersgruppe	92
Abbildung D20	Prognoseergebnis nach Wohnregion	93
Abbildung D21	Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019 (ausserkantonale: 2018)	94
Abbildung D22	Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	95
Abbildung D23	Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2020	97
Abbildung D24	Austritte der Zürcher Spitäler 2019 (ausserkantonale: 2018)	98
Abbildung D25	Marktanteil Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	99
Abbildung D26	Erreichbarkeit der akutsomatischen Notfallversorgung	100
Abbildung D27	Erreichbarkeit von allen Akutspitalern mit Notfallversorgung im Kanton Zürich	100
Abbildung E1	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	102
Abbildung E2	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2019	103
Abbildung E3	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	104
Abbildung E4	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	104
Abbildung E5	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	105
Abbildung E6	Interkantonale Nettomigration 2019	105
Abbildung E7	Einflussfaktor Inanspruchnahme	107
Abbildung E8	Verwendung der Einflussfaktoren Psychiatrie je Szenario	107
Abbildung E9	Effekt der demografischen Entwicklung	108
Abbildung E10	Effekt der Substitution stationär durch ambulant	109
Abbildung E11	Effekt der steigenden Inanspruchnahme	110
Abbildung E12	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	111
Abbildung E13	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	112
Abbildung E14	Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)	112
Abbildung E15	Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032	113
Abbildung E16	Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)	113
Abbildung E17	Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019 (ausserkantonale: 2018)	114
Abbildung E18	Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	115
Abbildung E19	Standorte Psychiatriekliniken 2020	117
Abbildung E20	Austritte der Zürcher Spitäler 2019 (ausserkantonale: 2018)	118
Abbildung E21	Marktanteile Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	119
Abbildung E22	Erreichbarkeit der psychiatrischen Notfallversorgung	119
Abbildung E23	Erreichbarkeit von allen psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich	120
Abbildung F1	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	122
Abbildung F2	Entwicklung Austritte 2012 bis 2019	123
Abbildung F3	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	124
Abbildung F4	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	124

	Seite
Abbildung F5 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	125
Abbildung F6 Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario	126
Abbildung F7 Effekt der demografischen Entwicklung	127
Abbildung F8 Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik auf die Rehabilitation	127
Abbildung F9 Effekt der Zunahme der geriatrischen Rehabilitation	128
Abbildung F10 Effekt der Substitution stationär durch ambulant	128
Abbildung F11 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	129
Abbildung F12 Prognoseergebnis nach SPLB	130
Abbildung F13 Prognoseergebnis nach Altersgruppen	131
Abbildung F14 Prognoseergebnis nach Wohnregionen	131
Abbildung F15 Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019 (ausserkantonale: 2018)	132
Abbildung F16 Interkantonale Patientenmigration 2019 (ausserkantonale: 2018)	132
Abbildung F17 Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	133
Abbildung F18 Standorte Rehabilitationskliniken 2020	134
Abbildung F19 Austritte der Zürcher Spitäler 2019 (ausserkantonale: 2018)	135
Abbildung F20 Marktanteile Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	136

