



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Zürcher Spitalplanung 2023

Versorgungsbericht

Juni 2021

Herausgeber

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

Juni 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 Spitalisten 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. Zum Entwurf des Versorgungsberichtes wurde eine breite Vernehmlassung durchgeführt, aus der zahlreiche positive Stellungnahmen und verschiedene Anregungen hervorgingen. Diese haben dazu beigetragen, den vorliegenden Versorgungsbericht zu optimieren. Detailliertere Ausführungen zur Vernehmlassung entnehmen Sie dem Ergebnisbericht zur Vernehmlassung, welcher auf unserer Webseite veröffentlicht wurde. Im Juli 2021 wird nun 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 Spitalisten 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	3
A. Zusammenfassung	9
B. Einleitung	13
1. Zürcher Spitalplanung	14
2. Rahmenbedingungen	16
2.1 Gesetzliche Grundlagen	16
2.1.1 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)	16
2.1.2 Stossrichtung der geplanten KVV-Revision	17
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	26
3.4.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	26
3.4.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit	26
3.5 Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023	27
3.5.1 Bewerbungsverfahren	27
3.5.2 Evaluationsverfahren	28
4. Koordination mit anderen Kantonen	31
5. Struktur des Versorgungsberichtes	31
C. Methodik	33
1. Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen	34
1.1 Datenquellen	34
1.2 Generierung der Datensätze	34
1.3 Darstellungsebenen	36
1.4 Datenqualität und Datenkonsistenz	37
1.5 Grundsätze der Bedarfsprognose	38
1.5.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum	38
1.5.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren	39
2. Methodik Akutsomatik	49
2.1 Leistungsgruppensystematik Akutsomatik	49
2.1.1 Leistungsgruppenmodell Akutsomatik	49
2.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik	51
2.2 Evaluationskriterien	51
2.2.1 Qualität	51
2.2.2 Wirtschaftlichkeit	52
2.2.3 Zugänglichkeit	54
3. Methodik Psychiatrie	54
3.1 Leistungsgruppensystematik Psychiatrie	54
3.1.1 Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	55
3.1.1.1 Auftragstypen	56
3.1.1.2 Leistungsbereiche und -gruppen	57
3.1.1.3 Altersbereiche	60
3.1.2 Leistungsspezifische Anforderungen Psychiatrie	61
3.1.2.1 Auftragstypen	61
3.1.2.2 Leistungsgruppen	61
3.1.2.3 Altersbereiche	61

3.2	Evaluationskriterien	61
3.2.1	Qualität	61
3.2.2	Wirtschaftlichkeit	62
3.2.3	Zugänglichkeit	64
4.	Methodik Rehabilitation	65
4.1	Leistungsgruppensystematik Rehabilitation	67
4.1.1	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	68
4.1.1.1	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation im Überblick	68
4.1.1.2	Leistungsbereiche und -gruppen	70
4.1.1.3	Querschnittsbereiche	73
4.1.1.4	Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells	74
4.1.2	Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation	74
4.2	Evaluationskriterien	75
4.2.1	Qualität	75
4.2.2	Wirtschaftlichkeit	75
4.2.3	Zugänglichkeit	77

D. Akutsomatik **79**

1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	80
1.1	Bisherige Nachfrage	80
1.2	Nachfragestruktur 2019	81
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	81
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	82
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	83
1.3	Prognose Akutsomatik	85
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	85
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	89
1.3.2.1	Demografie	89
1.3.2.2	Medizintechnik	90
1.3.2.3	Epidemiologie	90
1.3.2.4	Korrektur für kantonale Überversorgung	90
1.3.2.5	Substitution stationär durch ambulant	91
1.3.2.6	Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	94
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	95
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	95
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	95
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	97
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	98
1.4	Bedarf Spezialbereiche	98
1.4.1	Akutgeriatrie	98
1.4.2	Palliativmedizin	98
1.4.3	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	98
2.	Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich	99
3.	Leistungsangebot der Zürcher Spitäler	101

E. Psychiatrie **107**

1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	108
1.1	Bisherige Nachfrage	108
1.2	Nachfragestruktur 2019	109
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	109
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	110
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	111

1.3	Prognose Psychiatrie	112
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	112
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	114
1.3.2.1	Demografie	114
1.3.2.2	Medizintechnik	115
1.3.2.3	Epidemiologie	115
1.3.2.4	Substitution stationär durch ambulant	115
1.3.2.5	Steigende Inanspruchnahme	116
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	117
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	117
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	118
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	120
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	121
2.	Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich	122
3.	Leistungsangebot der Zürcher Kliniken	124
F.	Rehabilitation	129
1.	Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung	130
1.1	Bisherige Nachfrage	130
1.2	Nachfragestruktur 2019	131
1.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	131
1.2.2	Analyse nach Altersgruppen	132
1.2.3	Analyse nach Wohnregionen	132
1.3	Prognose Rehabilitation	133
1.3.1	Prognosemodell und Einflussfaktoren	133
1.3.2	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2032	135
1.3.2.1	Demografie	135
1.3.2.2	Medizintechnik	135
1.3.2.3	Epidemiologie	135
1.3.2.4	Medizintechnik Akutsomatik	135
1.3.2.5	Geriatrische Rehabilitation	136
1.3.2.6	Substitution stationär durch ambulant	136
1.3.3	Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)	137
1.3.3.1	Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung	137
1.3.3.2	Prognoseergebnis nach Leistungsbereichen	138
1.3.3.3	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	139
1.3.3.4	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	139
2.	Zu- und Abwanderungen Kanton Zürich	140
3.	Leistungsangebot der Zürcher Kliniken	142
G.	Ausblick	145
1.	Umsetzungsstand	146
2.	Weiteres Vorgehen	147
H.	Anhang	149
11.	Zuteilung zu den Wohnregionen	150
2.	Glossar und Verzeichnisse	152
2.1	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	152
2.2	Abkürzungen und Symbole in Abbildungen	157
2.3	Abbildungsverzeichnis	157

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.

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. Im Rahmen einer breiten Vernehmlassung waren sämtliche Interessengruppen eingeladen, zu den Ausführungen Stellung zu nehmen. Nach umfassender Prüfung aller eingereichten Anträge durch die Fachexperten der Gesundheitsdirektion wurden einzelne Aspekte des Versorgungsberichtes ergänzt oder präzisiert. Details zu den Rückmeldungen sowie deren Berücksichtigung können dem Ergebnisbericht zur Vernehmlassung entnommen werden.

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 15,6 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 24 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 12,6 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 23 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 23,9 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 14.02.2022 in die Vernehmlassung gegeben. Die 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 Kantonseinschwohnerinnen 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 Denn eine Anpassung der Spitallisten ist grundsätzlich auch während des Planungsintervalls möglich, wenn die aktuelle Versorgungssituation dies verlangt (vgl. § 8 nSPFG). 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 Tariflandschaft 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).

¹ RRB Nrn. 799/2014 und 746/2017

² RRB Nr. 338/2018

³ RRB Nr. 695/2019

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 sind kürzlich Gesetzesrevisionen erfolgt, die sich auf die Spitalplanung wesentlich auswirken.

2.1.1 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)

Nach 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 einheitliche Planungskriterien zu erlassen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Diesem Auftrag ist der Bundesrat mit Erlass der Art. 58a-58e KVV nachgekommen. Danach haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen, ferner den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Art. 58b Abs. 4 KVV). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität sowie – im Spitalbereich – die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien beachten (Art. 58b Abs. 5 KVV). Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zudem die Vorgaben der VKL betreffend einheitliche Ermittlung der Kosten und Leistungen der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Die Nennung der zentralen Planungskriterien der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit führt zu einem Rückverweis auf das KVG. Die dort genannten Verpflichtungen der Leistungserbringer – letztlich allesamt Voraussetzungen für die Möglichkeit zur Abrechnung gegenüber den Krankenversicherern – dürfen und müssen die Kantone auch bei der Spitalplanung berücksichtigen. Die Gewährleistung ausreichender ärztlicher Betreuung (Art. 39 Abs. 1 Bst. a KVG) – ein Qualitätsaspekt – ist Voraussetzung für die Zulassung einer stationären Einrichtung zur Abrechnung gegenüber den Krankenversicherern, aber auch planungsrechtliche Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrages. Gleiches gilt für die Voraussetzungen, wonach eine Einrichtung über das erforderliche Fachpersonal und eine zweckentsprechende Infrastruktur verfügen muss (Art. 39 Abs. 1 Bst. b und c KVG). Vergüteten die Krankenversicherer nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG), so ist planungsrechtlich nur den Einrichtungen ein Leistungsauftrag zu erteilen, die in dieser Weise zu leisten im Stande sind. Besteht für Listenspitäler eine Aufnahmespflicht für versicherte Personen mit Wohnsitz im Standortkanton (vgl. Art. 41a Abs. 1 KVG), so ist nur solchen Spitälern ein Leistungsauftrag zu erteilen, bei denen die Aufnahmebereitschaft erwiesen ist. In diesem Sinne sind insbesondere folgende weiteren materiellen Vorgaben auch bei der Spitalplanung zu beachten: Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente (Art. 49 Abs. 7 KVG); die Spitäler liefern die Unterlagen, die schweizweite Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität ermöglichen (Art. 49 Abs. 8 KVG); der Leistungserbringer beschränkt sich in seinen Leistungen auf das Mass, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG); die Leistungserbringer beachten die Inhalte der mit den Versicherern abgeschlossenen Qualitätsverträge (Art. 58a KVG). In gleicher Weise sind die materiellen Vorgaben des Ausführungsrechts zum KVG, insbesondere der KVV, auch im Rahmen der Spitalplanung zu beachten.

Die materiellen Vorgaben des Bundesrechts zu den Planungskriterien der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit sind nicht abschliessend. Die Kantone sind frei, die Vorgaben zu konkretisieren und zu erweitern (vgl. BSK-KVG, Bernhard Rüttsche, Art. 39 N. 20). Das gilt auch für die von den Tarifpartnern gemäss Art. 58a KVG abzuschliessenden Qualitätsverträge sowie hinsichtlich der Übernahme und allfälligen Erweiterung der von der Qualitätskommission gemäss Art. 58c Abs. 1 Bst. b KVG erarbeiteten Empfehlungen.

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

Der Bundesrat erliess in der KVV nicht nur Kriterien zur Spitalplanung, sondern auch Vorgaben zum Verfahren. Nach Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf nach stationären Leistungen 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 ihrer Spitalliste aufgeführt sind (Abs. 2). Sodann bestimmen sie das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem gemäss Abs. 1 festgestellten Versorgungsbedarf abzüglich des gemäss Abs. 2 KVV ermittelten Angebotes (Abs. 3). 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). Bei der Planung sind interkantonale Patientenströme zu berücksichtigen und die Planung ist mit anderen Kantonen zu koordinieren (Art. 58d KVV). Die Kantone führen auf den Spitallisten die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 bestimmte Angebot sicherzustellen (Art. 58e Abs. 1 KVV). Auf den Spitallisten wird für jedes Spital das Leistungsspektrum aufgeführt, das dem Leistungsauftrag entspricht (Abs. 2). Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Spitalliste einen Leistungsauftrag. Dieser kann die Pflicht zum Notfalldienst umfassen (Abs. 3).

Bestandteil der Planung ist das Bewerbungsverfahren, bei dem alle interessierten Leistungserbringer miteinbezogen werden (vgl. GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung, Stand 25.05.2018, S. 5 f.). 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 geplanten KVV-Revision

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.⁶ Bezüglich Tarifiermittlung ist vorgesehen, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser aufgrund der schweizweit vereinbarten Kosten zu erfolgen hat und ein Benchmarkwert auf dem 25. Perzentil festgesetzt wird. Die detaillierten Änderungen können dem erläuternden Bericht zur Änderung der KVV entnommen werden.⁷ Für die Anpassung der Listen der akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser ist eine Übergangsfrist von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung 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. Es 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 vorgenommen wurden (vgl. Vorlage 5637)⁸. Die Vorlage ist zurzeit beim Kantonsrat in Beratung (1. Lesung am 17. Mai 2021, 14. Juni 2021 und 21. Juni 2021, 2. Lesung voraussichtlich am 5. Juli 2021); die Verabschiedung der Revisionsvorlage wird im Sommer 2021 erwartet.

Gemäss dem Antrag der vorberatenden Kommission (Vorlage 5637a) gelten folgende Regelungen: Spitäler und Geburtshäuser, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, müssen die Anforderungen gemäss § 5 SPFG erfüllen. Unter den Spitälern und Geburtshäusern, welche die Anforderungen erfüllen, werden die Leistungsaufträge denjenigen erteilt, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und welche die Zielsetzungen der Spitalpla-

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

⁶ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherungsrevisionsprojekte/aenderungder-kvv-weiterentwicklungderplanungskriteriensowieergaenzungdergrundsatzezurtarifiermittlung.html>

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

⁸ ABI 2020-07-17

nung sowie die Anforderungen gemäss § 5 bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Planungsziele ergeben sich aus § 4 Abs. 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 Abs. 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 über ausgebildetes Personal verfügen, 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 einschliesslich Sozialberatung verfügen, genügend Gesundheitspersonal ausbilden, eine sachgerechte Kostenrechnung führen und die wirtschaftliche Stabilität für die Dauer des Leistungsauftrages nachweisen. 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. 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 Abs. 1 SPFG). Die Gesundheitsdirektion kann die vom Regierungsrat festgelegten Anforderungen weiter ausführen (Abs. 2 lit. b).

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 Beitrag 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.⁹ Die erarbeiteten Empfehlungen werden auch vom Kanton Zürich für die Spitalplanung 2023 berücksichtigt, wobei diese im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben umgesetzt und für die konkrete Ausgestaltung sowie zur Durchsetzung die kantonalen Vorgaben beigezogen werden.

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.

⁹ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>.

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 und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden, ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten. Eines der Kriterien für die Vergabe eines Leistungsauftrages 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.

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 einen befristeten Leistungsauftrag.

Weitere Empfehlungen

Neben den ausgeführten Empfehlungen erarbeitete die GDK weitere Empfehlungen, die im Rahmen einer kantonalen Spitalplanung berücksichtigt werden können:

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 Listenspitälern 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 Akutsumatik, 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-CoV-2-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.

Der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist bewusst, welche Ausnahmesituation die SARS-CoV-2-Pandemie für die Spitäler und Kliniken darstellt. Das Leistungsgeschehen in diesem Jahr war aussergewöhnlich und sollte damit nicht als Basis für die Prognose verwendet werden. So fusst der prognostizierte Bedarf bis in das Jahr 2032 auf Daten des Kalenderjahres 2019. Leistungsdaten des Jahres 2020 werden auf Grund des pandemischen Geschehens nicht berücksichtigt, da dies eine Ausnahmesituation darstellt. In der Prognose können zudem nur vorhersehbare epidemiologische Entwicklungen berücksichtigt werden, deren Effekt auf die zukünftige Anzahl Fälle bestimmt werden kann. Die Vorhersage des Beginns, geschweige denn des Effekts einer künftigen Pandemie ist nicht möglich. Die Spitalplanung und ihr elementarer Bestandteil der Bedarfsprognose sind unbedingt auf den Normalfall auszurichten. Somit wird trotz der Covid-19-Pandemie an der Umsetzung der neuen Spitalplanung auf den 01.01.2023 festgehalten. Auf den 01.03.2021 wurde 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 14.02.2022 in die öffentliche Vernehmlassung gehen wird. Der Strukturbericht umfasst die vorläufigen Spitallisten. Auf den 01.01.2023 erfolgt die Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 Akutsumatik, 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	14.02.2022	13.04.2022
Auswertung Strukturbericht	14.04.2022	31.07.2022
Festsetzung Spitallisten 2023 durch Regierungsratsbeschluss		August 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 zu den 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.¹⁰

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).

3.2 Vision und Strategie

Das Projekt Spitalplanung 2023 wird im Auftrag des Regierungsrates durchgeführt, geht einher mit der Zielsetzung des Regierungsrates und unterstützt die Umsetzung des nachfolgend zitierten Legislaturziels zur Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung (vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2019–2023):¹¹

«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 langfristigen 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.

Die folgenden 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 Vergabe der Leistungsaufträge und die Festsetzung der Spitalliste wird der Regierungsrat auf der Basis der dann bestehenden Rechtsgrundlagen entscheiden, bis dahin können einzelne Bewerberinnen oder Bewerber für die Spitallisten 2023 keine Rechte aus 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. Die Ergebnisse wurden nach jedem Teilabschluss mit externen Expertinnen und Experten aus der Politik und dem Gesundheitswesen gespiegelt. Deren Rückmeldungen flossen ergänzend in die weitere Bearbeitung ein.

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

¹¹ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/organisation/regierungsrat/publikationen/richtlinien_der_regierungspolitik_2019_2023.pdf

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 zunehmender 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.

Rehabilitation

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

Auf Grund dieser 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 drei Bestandteile auf: 1. Schaffung einer bedarfsgerechten, integrierten und wirtschaftlichen Versorgung 2. Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik – Rehabilitation 3. Erhöhung der Qualitätstransparenz mithilfe 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 dem 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 (z. B. Home Treatment). 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 ein erhöhter Bedarf an wohnorts- und akutspitalnahen Versorgungsstrukturen der Rehabilitation. Um die integrierte Versorgung zu verbessern, sollen für die Zürcher Bevölkerung vermehrt Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich zur Verfügung stehen, die sich auf dem Gelände eines Spitals mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik mit intensivmedizinischem Angebot (mindestens Level I) befinden. Zwischen diesen beiden Versorgern besteht eine enge medizinische Zusammenarbeit.

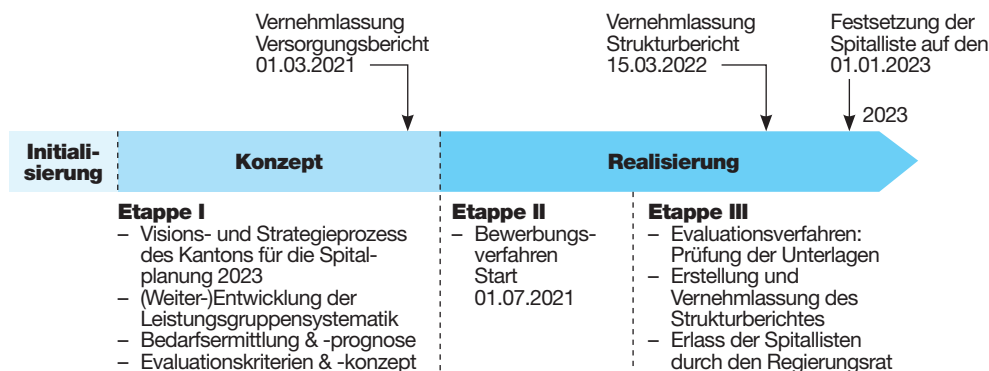
Es ist hingegen nicht vorgesehen, Leistungserbringern ausschliesslich Leistungsaufträge entweder der Grundversorgung oder der spezialisierten Versorgung zu erteilen. Es kann – sofern versorgungspolitisch sinnvoll und den Bedarf deckend – durchaus auch Kombinationen dieser beiden Klassifizierungen an einem Standort geben.

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 folgten die Vorbereitungen für den Versorgungsbericht, das Bewerbungs- sowie Evaluationsverfahren und den Strukturbericht. Diese Teilprojekte mündeten in der Festsetzung der Spitalliste auf den 01.01.2023.

3.3 Umsetzungsetappen

Um ein möglichst transparentes Vorgehen 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 sowie in der Beilage zum Versorgungsbericht zusammengefasst. Diese Dokumente wurden Anfang 2021 in eine breite Vernehmlassung gegeben. Ergänzungen auf Basis der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung flossen in die nun vorliegende Version ein. Weitere Informationen zu den eingegangenen Rückmeldungen sind im Ergebnisbericht zur Vernehmlassung publiziert.
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 Spitalisten 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 Spitalisten werden in eine breite Vernehmlassung gegeben. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Vernehmlassung werden die neuen Spitalisten 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. Eine Festlegung der Zielgrößen oder Schwellenwerte vor Kenntnis der Grundgesamtheit aller Bewerber um einen Listenplatz ist nicht zielführend. Mit der Definition von Zielgrößen oder Schwellenwerte bestünde die Gefahr, das Angebot im Voraus einzuschränken. Der Regierungsrat ist gesetzlich verpflichtet, die Vergabe von Leistungsaufträgen auf den Bedarf auszurichten.

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 per 01.01.2023 erfüllen. Bewerbern, die aufgrund besonderer Umstände nicht in der Lage sind, sämtliche an einen Leistungsauftrag gestellten Anforderungen per 01.01.2023 zu erfüllen, kann eine Übergangsfrist gewährt werden. Die fraglichen Bewerber haben im Zuge ihrer Bewerbung darzulegen, welche Anforderungen sie weshalb nicht per 01.01.2023 erfüllen und wie und inwieweit welcher Frist sie die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen sicherstellen können. 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). 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 weitere 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. 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 eine langfristige Liquiditätsplanung (Geldflussrechnung) Erkenntnisse zur finanziellen Stabilität der Bewerberinnen und 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 Selbsteinweisungen, 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 Spitalliste 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 Listenplatzes 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. Pro Spitalstandort wird somit ein eigenes Profil erstellt. Die eindeutige Zuordnung erfolgt über die E-Mail-Adresse, weshalb Spitäler und Kliniken mit mehreren Standorten eine bereits registrierte E-Mail-Adresse nicht wiederholt verwenden können. Empfohlen wird die Erstellung von standortspezifischen E-Mail-Adressen. Die anschließende manuelle 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. Die Angaben innerhalb der Bewerbungsplattform erfolgen teilweise auf Basis einer Selbstdeklaration. Auf Nachfrage seitens der Gesundheitsdirektion müssen diese aber belegt werden können. Dies gilt bereits im Zeitraum des Evaluationsverfahrens, aber auch nach allfälliger Erteilung eines Leistungsauftrages (z.B. mittels Audits).

1. Generelle Anforderungen: Hierbei deklarieren und kommentieren die Bewerberinnen und Bewerber, ob sie die gestellten generellen Anforderungen bereits heute erfüllen, ab dem Jahr 2023 (oder später) 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 (oder später) erfüllen werden oder nicht erfüllen.
3. Weitere Anforderungen: Die Bewerberinnen und Bewerber deklarieren, dass sie die weiteren Anforderungen gemäss § 5 Abs. 1 SPFG bereits heute erfüllen, ab dem Jahr 2023 (oder später) erfüllen werden oder nicht 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.

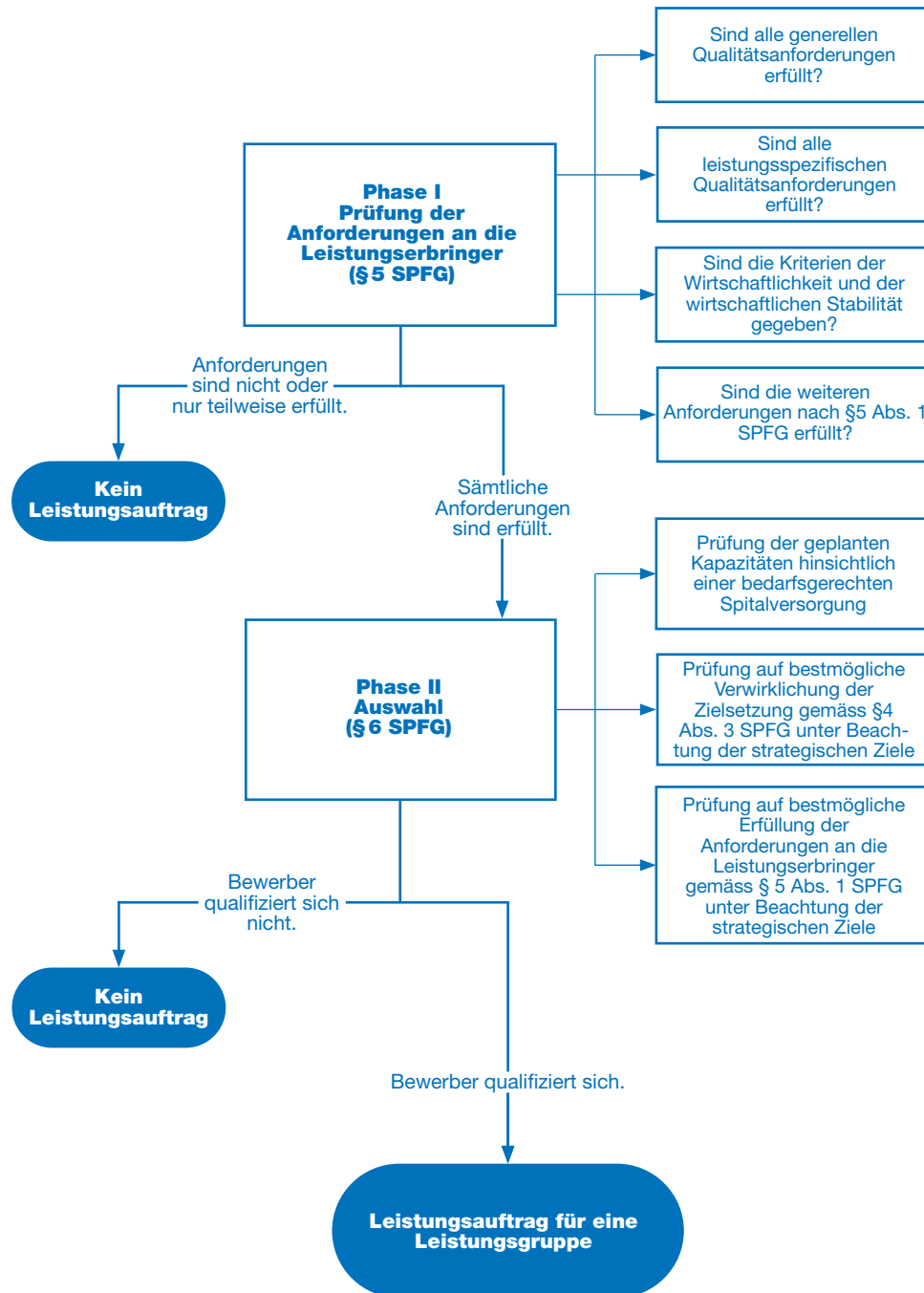
Abschliessend bestätigen die Leistungserbringer, die Bewerbung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Dafür müssen sämtliche Bewerberinnen und Bewerber die automatisch generierte Zusammenfassung prüfen und in einer von der Spitalleitung unterschriebenen Version hochladen. Erst danach kann 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 kantonalen 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 revidiertem SPFG. 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). Dabei erteilt der Regierungsrat grundsätzlich Leistungsaufträge, die auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet sind und die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden können. In bestimmten Fällen können Leistungsaufträge mit einer kürzeren Geltungsdauer erteilt werden (vgl. Kapitel B 3.4.1).

Phase I

Es steht allen Leistungserbringern in der ganzen Schweiz offen, sich um einen Spitallistenplatz zu bewerben. In Phase I wird geprüft, ob die Leistungserbringer die in § 5 Abs. 1 SPFG genannten Voraussetzungen auf Betriebsebene und Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten.

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 für die betreffende SPLG. 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

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. Die Auswahl der bestmöglichen Bewerber liegt, sofern mehrere potenzielle Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen, im Ermessen der Behörden.¹²

Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen. Auf Basis der eingegangenen Bewerbungen behält sich die Gesundheitsdirektion erneut vor, Gespräch 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 14.02.2022 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.

¹² BVGE C-5575/2021, E 12.8

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 und den Gesundheitsdirektionen und -departementen aller Kantone zugestellt.

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 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 zu den 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 2021 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 grundsätzlich die neuesten verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik. Das Abstützen auf die aktuellsten Daten entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.³ Abweichend von diesem Grundsatz werden jedoch die bereits vorliegenden Daten der Zürcher Spitäler des Jahres 2020 nicht verwendet. Die spezielle Situation aufgrund der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 führt dazu, dass die Daten dieses Jahres als Grundlage für eine langfristige Prognose nicht geeignet sind. Grundlage zur Berechnung der Prognose sind deshalb die Daten des Jahres 2019. Es werden für die Bedarfsprognose nur die stationären Fälle berücksichtigt.

Die Zuteilung der Fälle zu den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wird 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, wurden diese für das Jahr 2019 obligatorisch, weshalb sich die Gesundheitsdirektion bei der Zuteilung der Fälle 2019 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 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

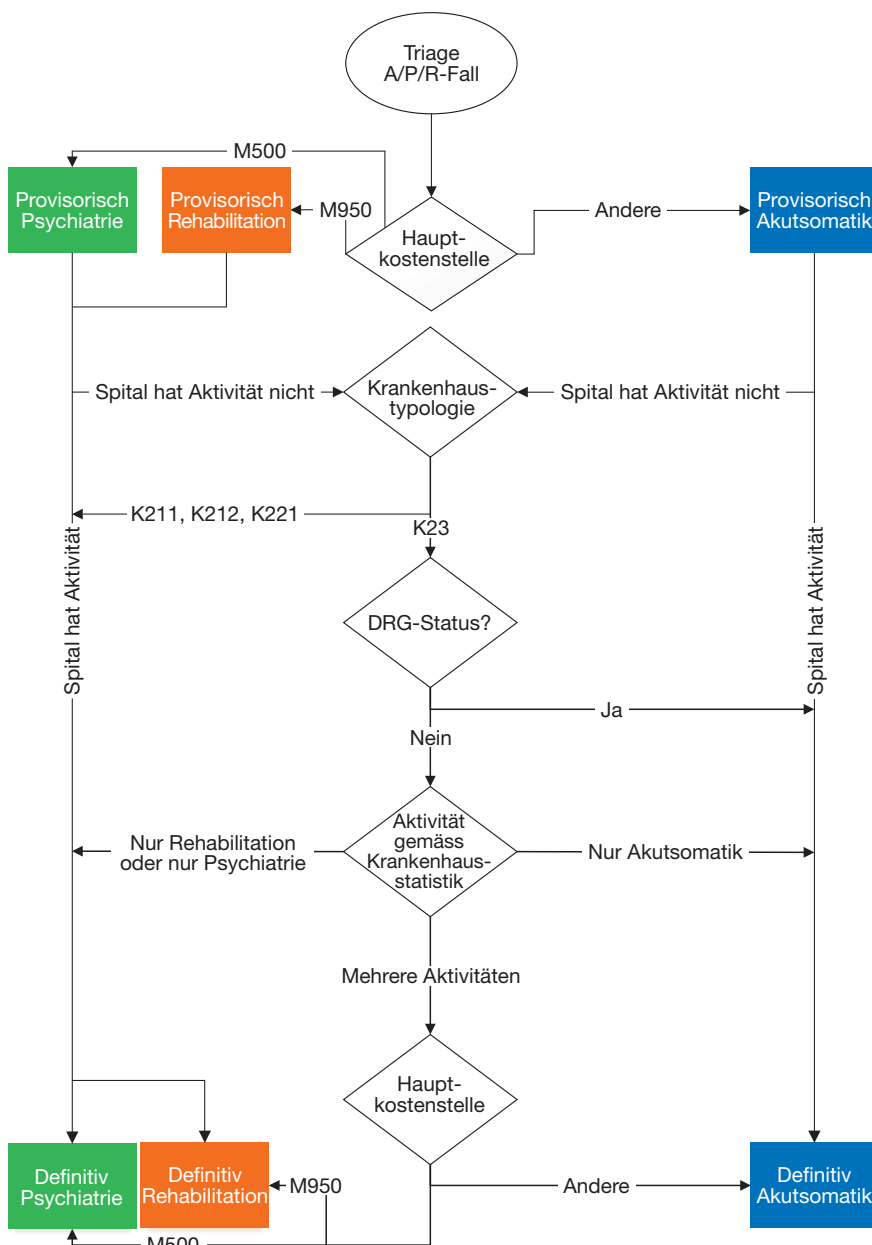
² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

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 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 in der Variable 1.1.V04 bestimmt. Die Zuteilung der Fälle auf die Wohnregionen innerhalb des Kantons Zürich wird ebenfalls anhand der Variable 1.1.V04 «Wohnort» der Medizinischen Statistik gemacht. Fälle, die nicht eindeutig einer Wohnregion zugeteilt werden können, werden ausgeschlossen. 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 wird pro Altersjahr (1-Jahres-Gruppen) berechnet. Analysen der Gesundheitsdirektion haben gezeigt, dass eine Berechnung der Prognose auf dem exakten Alter eine genauere Schätzung liefert als eine Berechnung basierend auf Altersgruppen. Die Resultate der Prognose werden aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nur pro Altersgruppe ausgewiesen, wobei für jeden Versorgungsbereich eine spezifische 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- und 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.

Die Gesundheitsdirektion hat im Jahr 2017 die Genauigkeit der Bedarfsprognose Akutsomatik zur Spitalplanung 2012 evaluiert. Die Resultate der Evaluation wurden im Bericht zur Prognose Akutsomatik 2015–2025 veröffentlicht.⁴

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 Pflgetage prognostiziert. Zur Berechnung der Pflgetage werden die Aufenthaltsdauern der Austritte addiert. Üblicherweise werden die Pflgetage nach Zeitrechnung ausgewiesen. Es werden somit alle Pflgetage 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 Pflgetage deshalb immer die kumulierte Aufenthaltsdauer der Austritte. Die Pflgetage 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 (Pflgetage) vorgenommen.

Das Prognosemodell geht von den folgenden zentralen Annahmen aus:

Alters-, leistungsgruppen-, wohnregions-, und geschlechtsspezifische Hospitalisierungsraten

Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern hängen neben dem Alter und der Leistungsgruppe auch von der Wohnregion und dem Geschlecht ab. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden deshalb alters-, wohnregions-, geschlechts- und leistungsgruppen-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 Wohnregion und Geschlecht unterschieden und es werden Altersgruppen statt dem genauen Alter verwendet (vgl. Kapitel D 1.3.2). Damit wird verhindert, dass die Stärke der Angleichung an Schweizer Durchschnitte basierend auf sehr kleinen Fallzahlen berechnet wird.

Überversorgung und Unterversorgung

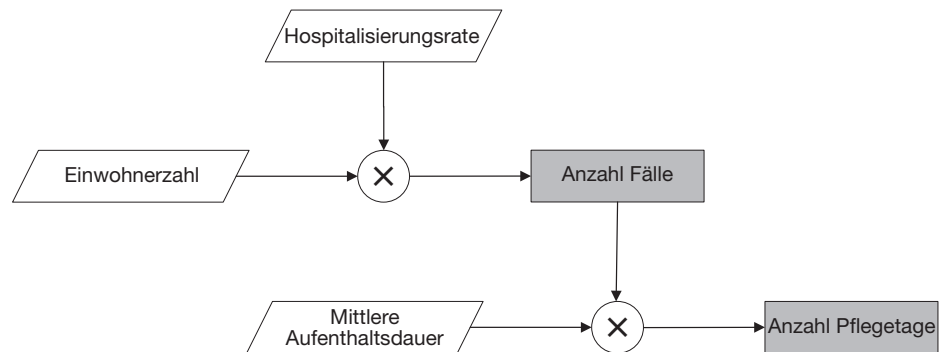
In der Akutsomatik enthält die Prognose die Annahme, dass es im Kanton Zürich eine Überversorgung geben kann, aber keine Unterversorgung. Die Gründe für diese Annahmen werden im Kapitel D 1.3.1 ausgeführt. Deshalb wird in der Akutsomatik der Bedarf nicht mit der beobachteten Nachfrage gleichgesetzt, sondern in der Prognose für gewisse Leistungsgruppen nach unten korrigiert.

⁴ Verfügbar auf der Webseite der Gesundheitsdirektion Zürich unter: [https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/bericht_bedarfsprognose_2015_2025.pdf](https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/bericht_bedarfsprognose_2015_2025.pdf)

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

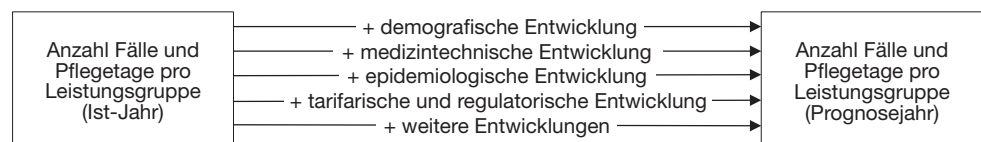


Quelle: Eigene Darstellung

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 2021 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst (vgl. Abbildung C5):

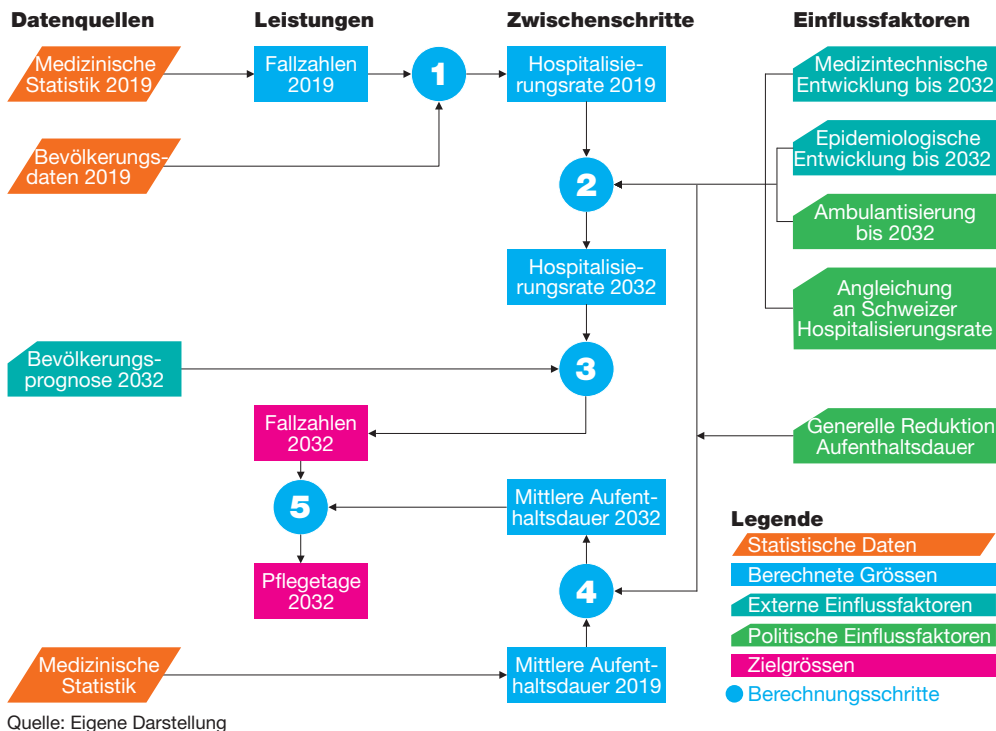
- Die Hospitalisierungsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Anreize und regulatorische Vorgaben eine Rolle. Ob beispielsweise eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, wird auch 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

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

1. Die Hospitalisierungsraten der Zürcher Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 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. Ebenso hat bei gewissen Eingriffen das Geschlecht einen starken Effekt auf die Hospitalisierungsraten. Die Hospitalisierungsraten werden deshalb für die Prognose pro Alter und Geschlecht berechnet. Zudem werden die Hospitalisierungsraten auch pro Wohnregion berechnet.
2. Basierend auf diesen SPLG-, alters-, geschlechts- 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, Geschlecht, 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:

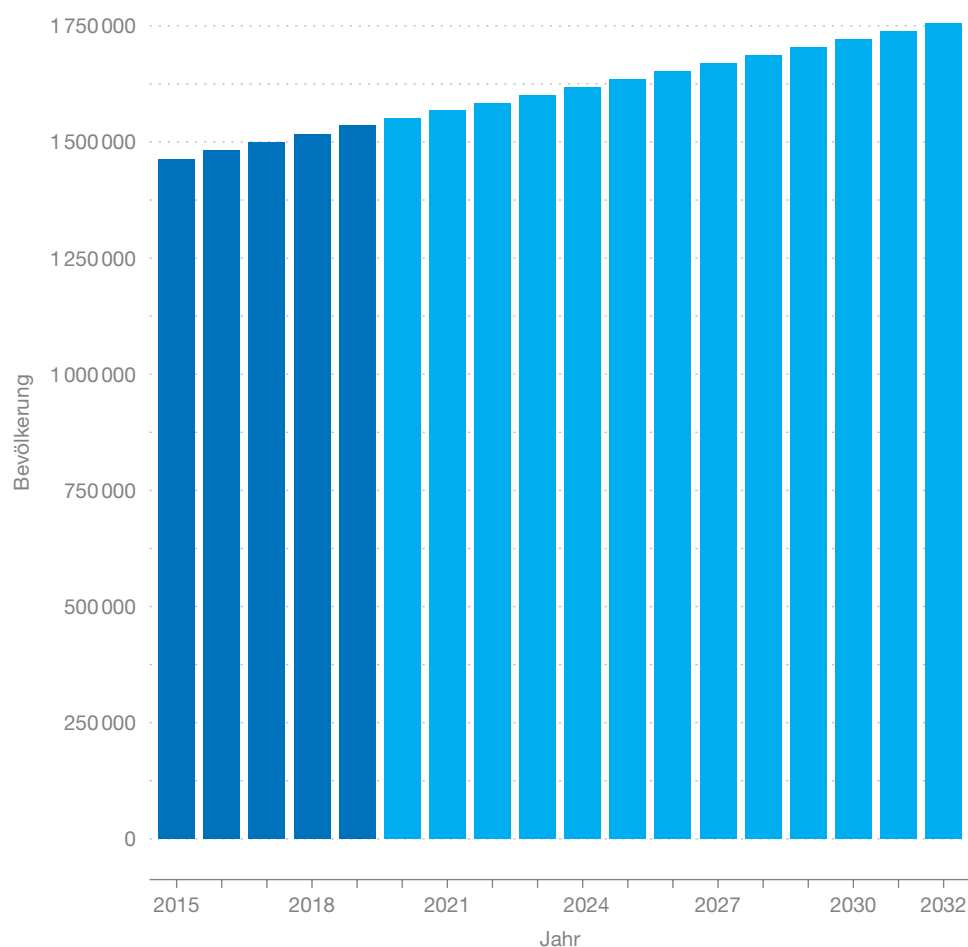
1. Die Entwicklung eines Faktors bis 2032 muss (möglichst genau) geschätzt werden können.
 2. Der Effekt dieser Entwicklung auf die stationären Fallzahlen muss quantifizierbar sein.
- Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil C-325/2010 vom 07.06.2012 in Ziffer 5.2.1 festgehalten, dass Prognosen 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 2021» des Statistischen Amtes verwendet. Die Bevölkerungsprognose 2021 basiert auf den Bevölkerungsdaten des Jahres 2020. Das Bevölkerungsprognosemodell des Statistischen Amtes ist ein Modell, das ausgehend von einem Ausgangsbestand (Bevölkerungszahl Ende 2020) aufgrund der natürlichen Bewegungen (Geburten, Sterbefälle) und Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) Jahr für Jahr die Bevölkerung fortschreibt.

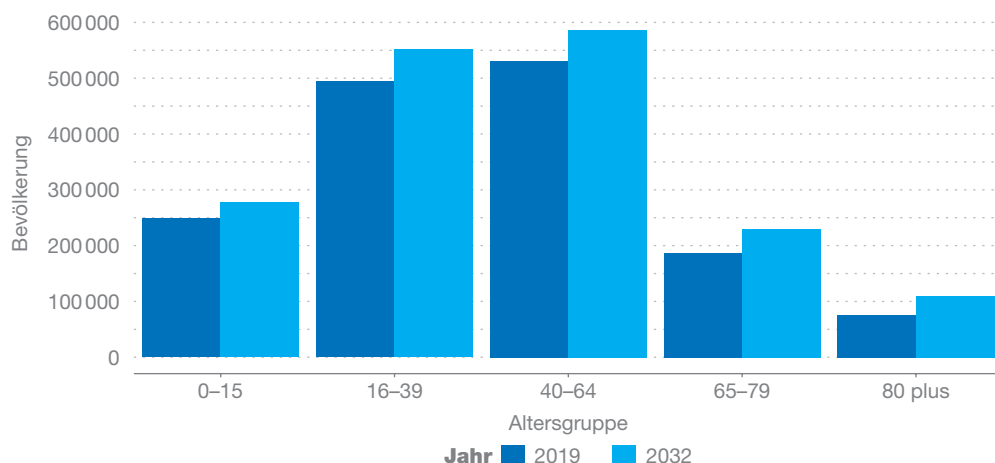
Die Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die Zürcher Bevölkerung weiterwächst. Da die Bedarfsprognose auf den Daten 2019 beruht, wird hier ebenfalls die Entwicklung 2019 bis 2032 beschrieben, auch wenn für die neuste Bevölkerungsprognose die Daten 2020 als Ausgangspunkt dienen. Ende 2019 umfasste die Zürcher Bevölkerung 1 536 406 Personen. Im Jahr 2032 werden gemäss Prognose 1 755 084 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



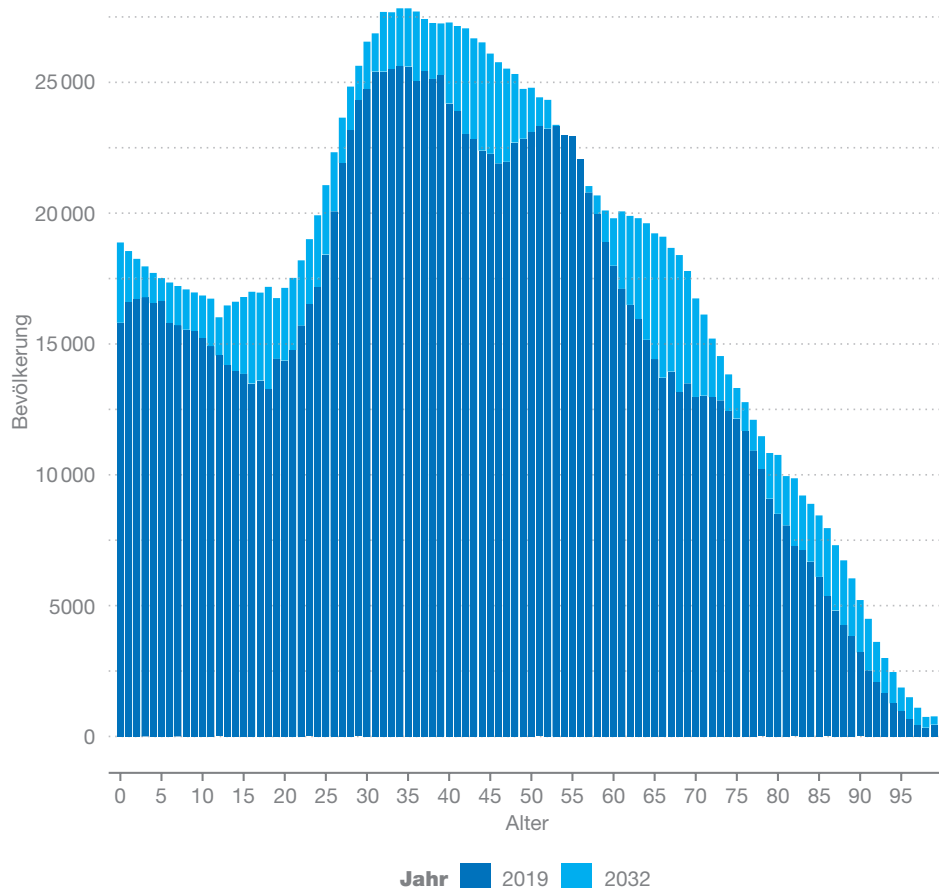
Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

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 (+12%), 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

Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

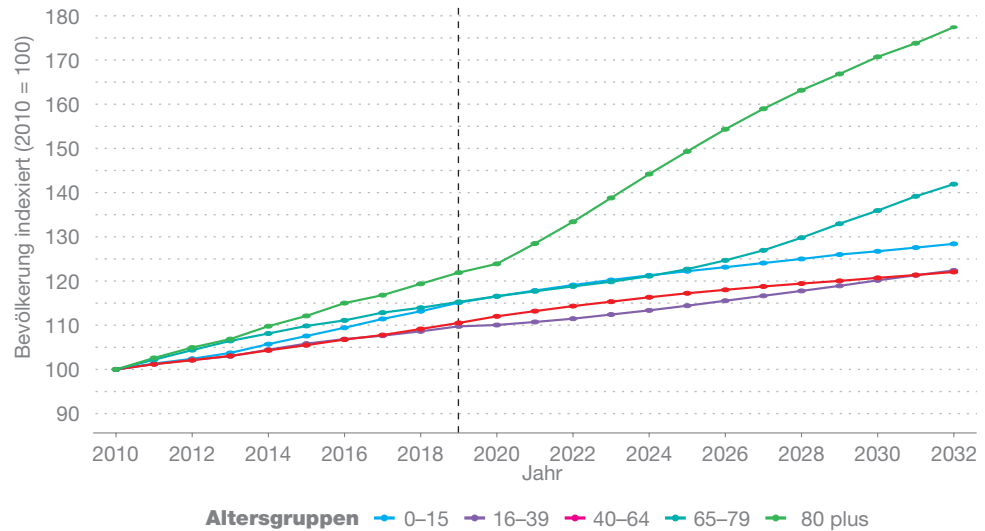
Abbildung C9 zeigt die Bevölkerung des Kantons Zürich nach Alter für die Jahre 2019 und 2032. Die dunkelblauen Balken zeigen die Bevölkerung 2019, die hellblauen Balken die prognostizierte Bevölkerung 2032. Es ist deutlich sichtbar, dass sich die Altersverteilung nach rechts verschiebt, da die Zahl der 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

Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

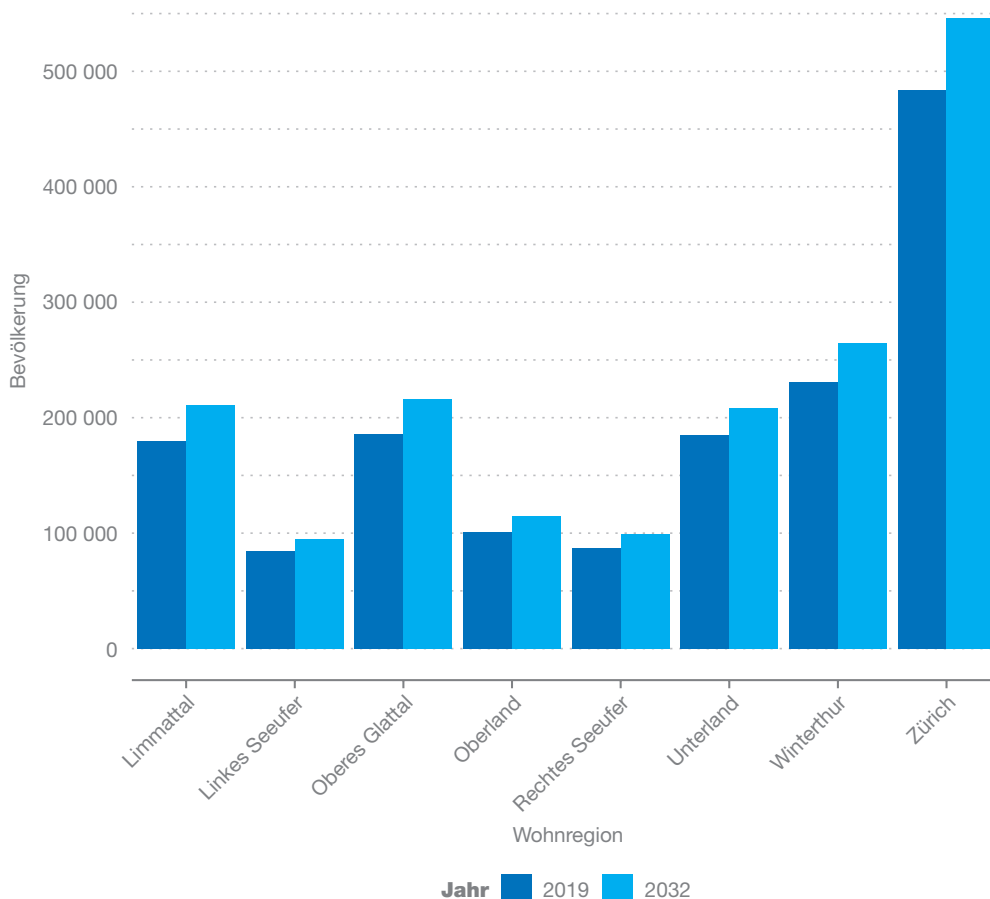
Noch deutlicher sichtbar ist das Wachstum der älteren Altersgruppen in der Abbildung C10. Die Abbildung enthält die indexierte Entwicklung der Bevölkerung unterteilt in fünf Altersgruppen, wobei das Jahr 2010 dem Wert 100 entspricht. Von 2010 bis 2019 hat die Altersgruppe der über 80-Jährigen um rund 22 Prozent zugenommen. Bis ins Jahr 2032 wird diese Altersgruppe gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt um 77 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



Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

Die Bevölkerungsprognose kann auch auf Ebene der Wohnregionen betrachtet werden (vgl. Abbildung C11). Das Wachstum liegt in allen Wohnregionen zwischen 13 und 18 Prozent. Am stärksten ist das relative Bevölkerungswachstum in den Regionen Limmattal (+18%) 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

Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

Betrachtet man die Entwicklung der über 80-Jährigen in den Wohnregionen, zeigen sich sehr starke Differenzen. Im Unterland wächst diese Altersgruppe um 73 Prozent und im Oberland um 71 Prozent. In der Stadt Zürich nimmt diese Altersgruppe hingegen nur um 18 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 im Gutachten von 2019 zur Psychiatrie und Rehabilitation zum Schluss, dass die aus der vorhergehenden Studie für die Akutsomatik gewonnenen Erkenntnisse 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 Kunstherzen (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 Akutsummatik 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 vorhersehbar 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.

Die Erfahrungen mit der SARS-CoV-2-Pandemie ändern diese Einschätzung nicht. Sie ist vielmehr ein Beispiel für eine Entwicklung, die wegen ihrer Unvorhersehbarkeit nicht in die Prognose einfließen kann. Das gilt auch für allfällige Langzeitfolgen aufgrund einer COVID-Erkrankung. Dazu ist ebenfalls noch zu wenig bekannt, um das in der Prognose berücksichtigen zu können.

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 Pflage tage 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 und 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. Die Benennung der Leistungsgruppen wird aufgrund der Aufhebung der Leistungsgruppe 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. Es war angedacht, bereits ab Januar 2023 in allen Leistungsgruppen Mindestfallzahlen pro Spital und selektiv auch Mindestfallzahlen pro Operateurin und Operateur einzuführen. Damit sollten Gelegenheitseingriffe vermieden und die Qualität verbessert werden. Bei der Bestimmung der Mindestfallzahlen gab es jedoch bis zur Finalisierung des Versorgungsberichtes noch keinen Konsens. Die Gesundheitsdirektion hat daher entschieden, das Einführen der Mindestfallzahlen noch zu vertagen, bis eine Einigung bezüglich der exakten Zahlen möglich ist. Ebenfalls zur Qualitätssicherung soll mittelfristig ein nationales Qualitätsprogramm in der Kardiologie etabliert werden. Die Gesundheitsdirektion steht dazu im Austausch mit der Fachgesellschaft.

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-Schwerpunkttitel Wirbelsäulenchirurgie Rechnung getragen, der neu als Voraussetzung für eine Leistungserbringung in diesem Bereich gelten wird (mit einer Übergangsfrist von 3 Jahren). Ebenso wird für die spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie eine Intensivstation im Spital vorausgesetzt. Auch hierfür gilt eine Übergangsfrist von 3 Jahren. Durch ein 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 gefördert 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.

Viszeralchirurgie

Gemeinsam mit der Gesellschaft der Chirurgen des Kantons Zürich (CGZH) und dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) wird aktuell ein Programm zur Qualitätssicherung in der Kolonchirurgie erarbeitet. Das Qualitätsprogramm stellt die transparente Überwachung von Qualitätsparametern wie der Indikations-, der Interventions- und der Ergebnisqualität sicher. Die Teilnahme der Spitäler am Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» 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, entspricht die aktuelle Leistungsgruppensystematik nicht mehr der technischen Entwicklung der letzten Jahre. 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 zu erreichen. 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 das Erlangen von Zertifikaten erfüllt werden, wie bei der Palliative Care oder dem Q-Label für zertifizierte Brustzentren.

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 aktuell noch auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da das Risiko allokativer Fehlentscheide besteht. Ergebnisqualitätsindikatoren wie beispielsweise Mortalitätsraten geben lediglich einen eingeschränkten und je nach Fachbereich sogar verzerrten Eindruck der effektiven Qualität wieder.

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 Selbstdokumentation durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft. Längerfristig strebt die Gesundheitsdirektion Zürich jedoch eine Evaluation via Ergebnisqualitätsindikatoren an. Durch den Aufbau und die Nutzung spezifischer, auf die jeweiligen Fachbereiche zugeschnittener Indikatoren wird eine Lenkung via Mindestfallzahlen potentiell an Relevanz verlieren.

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 E. 6.4). 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 Kostennormierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Bewerbern. In der Akutsomatik werden CMI-bereinigte Fallkosten berechnet. In der Psychiatrie sind zwei Kennzahlen massgebend: die DMI-bereinigte Tageskosten und die normierten Fallkosten (DMI-bereinigte Tageskosten multipliziert mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik). Da in der Rehabilitation aufgrund des Fehlens eines schweizweit einheitlichen Tarifsystems 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 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 beurteilt. Der Mehrjahresvergleich wird ausschliesslich auf Ebene Gesamtbetrieb und nicht auf tieferer Ebene (SPLG oder SPLB) ausgeführt. Es werden hierfür die jährlichen Fall- bzw. Tageskosten herangezogen und einem Referenzwert gegenübergestellt.

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. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Im Rahmen des Mehrjahresvergleichs werden die Daten 2019 mit Vorjahresdaten verglichen, um die Kostendaten in einen mehrjährigen Kontext zu bringen. Es werden ausschliesslich Datenjahre berücksichtigt, welche anhand des REKOLE Kostenträgerausweises erhoben worden sind. Es wird in erster Linie auf bereits erhobene Daten abgestützt. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden, wo nötig, auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet. Im Datenpool der GDK werden die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke zur Verfügung gestellt.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der potenzielle Leistungserbringer finanzielle Stabilität nachweisen kann. Liquiditätssengpässe 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 längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität insgesamt erfolgt auf Ebene jener (rechtlichen) Körperschaft, die sich für den Leistungsauftrag bewirbt und mit der eine allfällige Leistungsvereinbarung unterzeichnet wird.

Langfristige Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll die Geldflussrechnung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Es gilt, künftige Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Erhebung der Mittelzu- und Mittelabflüsse verschafft einen Überblick, mit welcher Liquiditätsentwicklung die Bewerberinnen und Bewerber kurz-, mittel- und langfristig rechnen. Jede Planperiode entspricht dabei einem Kalenderjahr. Die zentralen Ergebnisse dieser langfristigen Entwicklungsplanung sind die am Ende jedes Jahres vorliegenden Liquiditätsbestände über den gesamten Planungshorizont (2023–2032).

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie die Bewerberinnen und Bewerber ihre Liquiditätsbestände über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 einschätzen. Auffällige Entwicklungen wie grössere Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären (beispielsweise aufgrund der geplanten Investitionstätigkeit).

Neubewerber

Bisherige Leistungserbringer oder Neubewerber ohne Spital, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag bewerben, 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 Pflegetage) 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 Bewerberinnen und 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 geeignete Leistungserbringer identifiziert, wird die Kosteneffizienz der Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

Bewerber mit Ist-Daten (bisherige Leistungserbringer) und Bewerber mit Plankosten werden nicht miteinander verglichen, da die Datenbasis nicht dieselbe ist. Während die Plandaten auf Schätzungen basieren, entsprechen die Ist-Kosten effektiv angefallenen Kosten. Deshalb werden Bewerber mit Ist-Kosten und Bewerber mit Plandaten im Rahmen des Evaluationskriteriums Wirtschaftlichkeit separat beurteilt.

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 Grundversorgung. Sie stellt sicher, dass sich Personen rasch in Behandlung begeben können. Der Fokus bei der Ermittlung der Erreichbarkeit liegt daher auf Spitälern mit Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin». 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. Die Gesundheitsdirektion behält sich vor, die Zugänglichkeit als Evaluationskriterium bei Bedarf auch bei Bewerbern um einen spezialisierten Leistungsauftrag über die Grundversorgung hinaus zu berücksichtigen.

Für den Nachweis der angemessenen Zugänglichkeit zur Grundversorgung wurden für die vorliegenden Analysen 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 spezifiziertes 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. Für die Analysen zur Zugänglichkeit im Rahmen des Evaluationsverfahrens, welche im Strukturbericht veröffentlicht werden wird, mit einem externen Büro zusammengearbeitet. Die zugrundeliegende Methodik bleibt unverändert.

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 Patienten Gruppen 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 Leistungsbereichen 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 für Erwachsene in der Regel höchstens sieben Tage, für Kinder und Jugendliche in der Regel höchstens 28 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 Abhängigkeitserkrankungen: 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 Abhängigkeitserkrankungen: 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 Abhängigkeitserkrankungen: 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 wahnhaft 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, Albträume, 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 Sozialverhaltens	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 Verbindung 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 zuzugehören, 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-Behandlungen	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 Akutsomatik 2012 fest (C-6088/2011 E. 6.4). 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 Akutsomatik werden CMI-bereinigte Fallkosten berechnet. 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). Da in der Rehabilitation aufgrund des Fehlens eines schweizweit einheitlichen Tarifsystems 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 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 beurteilt. Der Mehrjahresvergleich wird ausschliesslich auf Ebene Gesamtbetrieb und nicht auf tieferer Ebene (SPLG oder SPLB) ausgeführt. Es werden hierfür die jährlichen Fall- bzw. Tageskosten herangezogen und einem Referenzwert gegenübergestellt.

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. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Im Rahmen des Mehrjahresvergleichs werden die Daten 2019 mit Vorjahresdaten verglichen, um die Kostendaten in einen mehrjährigen Kontext zu bringen. Es werden ausschliesslich Datenjahre berücksichtigt, welche anhand des REKOLE Kostenträgerausweises erhoben worden sind. Es wird in erster Linie auf bereits erhobene Daten abgestützt. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden, wo nötig, auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet. Im Datenpool der GDK werden die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke zur Verfügung gestellt.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass der potenzielle Leistungserbringer finanzielle Stabilität nachweisen kann. Liquiditätssengpässe 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 längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität insgesamt erfolgt auf Ebene jener (rechtlichen) Körperschaft, die sich für den Leistungsauftrag bewirbt und mit der eine allfällige Leistungsvereinbarung unterzeichnet wird.

Langfristige Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll die Geldflussrechnung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Es gilt, künftige Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Erhebung der Mittelzu- und Mittelabflüsse verschafft einen Überblick, mit welcher Liquiditätsentwicklung die Bewerberinnen und Bewerber kurz-, mittel- und langfristig rechnen. Jede Planperiode entspricht dabei einem Kalenderjahr. Die zentralen Ergebnisse dieser langfristigen Entwicklungsplanung sind die am Ende jedes Jahres vorliegenden Liquiditätsbestände über den gesamten Planungshorizont (2023–2032).

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie die Bewerberinnen und Bewerber ihre Liquiditätsbestände über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 einschätzen. Auffällige Entwicklungen wie grössere Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären (beispielsweise aufgrund der geplanten Investitionstätigkeit).

Neubewerber

Bisherige Leistungserbringer oder Neubewerber ohne Spital, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag bewerben, 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 Pflegetage) 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 Bewerberinnen und 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 geeignete Leistungserbringer identifiziert, wird die Kosteneffizienz der Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

Bewerber mit Ist-Daten (bisherige Leistungserbringer) und Bewerber mit Plankosten werden nicht miteinander verglichen, da die Datenbasis nicht dieselbe ist. Während die Plandaten auf Schätzungen basieren, entsprechen die Ist-Kosten effektiv angefallenen Kosten. Deshalb werden Bewerber mit Ist-Kosten und Bewerber mit Plandaten im Rahmen des Evaluationskriteriums Wirtschaftlichkeit separat beurteilt.

3.2.3 Zugänglichkeit

Auch im Fachbereich Psychiatrie muss die zeitgerecht zugängliche Grundversorgung sichergestellt sein. Für die Ermittlung der Fahrzeiten wurde daher ein mit Blick auf die Akutsomatik 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 wurden für die vorliegenden Analysen 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 Grundversorgung 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 Grundversorgung anbieten. Die Gesundheitsdirektion behält sich vor, die Zugänglichkeit als Evaluationskriterium bei Bedarf auch bei Kliniken der Spezialversorgung zu berücksichtigen. Für die Analysen zur Zugänglichkeit im Rahmen des Evaluationsverfahrens, welche im Strukturbericht veröffentlicht werden, wird mit einem externen Büro zusammengearbeitet. Die zugrundeliegende Methodik bleibt unverändert.

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 Akutsummatik

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
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 Rehabilitationsbedürftigkeit⁵, die Rehabilitationsfähigkeit⁶ und das Rehabilitationspotenzial⁷.

⁵ 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.

⁶ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

⁷ 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.

Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

Die stationäre medizinische Rehabilitation ist von anderen Leistungsangeboten, insbesondere von der ambulanten Rehabilitation, der Akut- und Übergangspflege, der Kurbehandlung sowie der Palliative Care, zu unterscheiden.

Akutsomatik: Die grundsätzliche Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zur kurativen Medizin wurde bereits im vorherigem Abschnitt erläutert. In medizinisch unklaren oder komplexen Fällen trifft ein Team von Akut- und Rehabilitationsmedizinerinnen und -medizinern gemeinsam den Entscheid über den Zeitpunkt des Übertritts einer Patientin oder eines Patienten von der Akutsomatik in die Rehabilitation. Da die Situation an der Schnittstelle Akutsomatik/Rehabilitation Abgrenzungsprobleme bieten kann, ist die Überweisung einer Patientin oder eines Patienten aus einem akutsomatischen Spital an eine stationäre Rehabilitationsklinik ausgeschlossen, falls eines der nachfolgend aufgezählten medizinischen Kriterien zutrifft:

- Zu erwartende oder bereits eingetretene klinische Instabilität, wie z.B. drohende Infektion mit potenziell vitaler Bedrohung oder Infektion ausser Kontrolle, kurzfristig anstehende Operation, Abhängigkeit vom Ventilator (Ausnahme: etablierter Heimrespirator), vital bedrohende Therapien, akute hämatologische Probleme, nicht abschliessend untersuchte vital bedrohende Symptome, Organversagen während den letzten 48 Stunden (ausser chronisches Nierenversagen), schwere metabolische Störungen, nicht erklärte Bewusstseinschwankungen.
- Instabile Vitalparameter, wie z.B. arterielles Blutgas (ABG), Sauerstoffsättigung unter 92% bei sechs Liter Sauerstoff pro Minute, Blutdruckschwankungen, Herzrhythmusstörungen (ausser definiert, z.B. Vorhofflimmern).
- Biopsie eines inneren Organes oder chirurgischer Eingriff, die eine Nachsorge im akutsomatischen Spital benötigen.

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. Die Akut- und Übergangspflege gehört zum Pflegebereich und ist deshalb nicht Gegenstand der stationären Rehabilitationsplanung.

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 schwerwiegend 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.

4.1 Leistungsgruppensystematik Rehabilitation

Anforderungen Leistungsgruppensystematik Rehabilitation

Die Leistungsgruppensystematik Rehabilitation⁸ 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 bilden 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 sind 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. An 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.

⁸ 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 Querschnittslähmung
	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	Klinik C	...
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 Querschnittslähmung				
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.

Quelle: Eigene Darstellung

Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation

Die Rehabilitationsklinik⁹ A hat Leistungsaufträge für MSK1, MSK2, RKA1, INO1 und SOM1 für die Erwachsenenrehabilitation. Mit dem Querschnittsbereich GER ist sie berechtigt, aber auch 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 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 C hat einen Leistungsauftrag für NER1 in Kombination mit UEB für die Erwachsenenrehabilitation und behandelt auch gemäss Definition von GER geriatrische Patientinnen und Patienten dieser Leistungsgruppe.

⁹ 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 des Thorax (inkl. Atemwege, Lunge, Brustwand, Zwerchfell, Mediastinum) mit eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit; schweres Asthma bronchiale; postoperativ nach Tumorchirurgie; nach Lungenvolumenreduktionschirurgie; Empyem-Dekortikation; interstitielle Pneumopathien; Lungenembolien; Pneumonien; Tumore der Bronchien und der Lunge
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 Erkrankungen 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 Kopf-Hals-Bereichs; Tumore der Verdauungsorgane; Tumore der blutbildenden Organe; Tumore der Knochen; Tumore der urogenitalen Organe; Tumore der gynäkologischen Organe; Mammatumore; nach Stammzelltransplantation; Tumor-Fatigueerkrankung

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 Schmerzstörungen

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, d.h. bis ein Tag vor dem 18. Geburtstag. 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.

Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation»

Die überwachungspflichtige Rehabilitation umfasst die Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten, bei denen Vitalparameter rund um die Uhr überwacht werden müssen (zum Beispiel Sauerstoffsättigung, Puls, Blutdruck, Atemfrequenz). Zum Zeitpunkt des Eintritts in die Rehabilitationseinrichtung weisen sie aber keine Intensivpflichtigkeit mehr auf und ihre akutmedizinische Primärdiagnostik und -versorgung ist abgeschlossen (siehe Abgrenzung zur Akutsomatik in Einführung von Kapitel C 4). Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration.

Leistungsgruppe	Definition	Häufige Hauptdiagnosen/Indikationen der Leistungsgruppe
UEB Überwachungs- pflichtige Rehabilitation	Rehabilitation von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für eine schnelle Verschlechterung der klinischen Stabilität.	Tracheostoma, dessen Anlage vor mehr als 10 Tagen erfolgt ist; Beatmungsbedarf ohne kritische Abhängigkeit vom Ventilator; tracheale Absaugbedürftigkeit in Kombination mit Schluckstörung oder Hustenschwäche

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-Klassifikation¹⁰ 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, 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 Akutsomatik 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 Operationalisierung (Stand 01.06.2021) der einzelnen Leistungsgruppen ist in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich. Die Operationalisierung wird jährlich durch die Gesundheitsdirektion aktualisiert und bei Bedarf weiterentwickelt.

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.

¹⁰ 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.

Mindestfallzahlen sind ein bewährtes Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Die Mitglieder von SWISSREHA, die über 50% des gesamtschweizerischen Bettenbestandes im Rehabilitationsbereich abdecken, haben sich seit längerem zu Mindestfallzahlen verpflichtet. In den Kantonen Aargau und Tessin gelten bereits heute Mindestfallzahlen für Listenspitäler der Spitalliste Rehabilitation. Analysen der Gesundheitsdirektion im Versorgungsbereich Akutsomatik haben gezeigt, dass mit Mindestfallzahlen die Behandlungsqualität verbessert und die Kosten gesenkt werden können. Es ist anzunehmen, dass Mindestfallzahlen auch im Versorgungsbereich Rehabilitation einen entsprechenden Effekt haben werden. Insbesondere für spezialisierte Leistungsaufträge sind mit Blick auf die Vorhalteleistungen im räumlichen, apparativen Bereich und im personellen Bereich (ärztlicher, pflegerischer und vor allem therapeutischer Personalschlüssel) Mindestfallzahlen sinnvoll.

Die Mindestfallzahlen der Leistungsgruppen der allgemeinen Rehabilitation sollen in erster Linie gewährleisten, dass grundsätzlich ausreichend fachspezifische Versorgungskompetenz vorhanden ist. Die Mindestfallzahlen in den spezialisierten Leistungsgruppen dienen der Konzentration von selteneren Leistungen.

Die Mindestfallzahlen wurden in mehreren Schritten erarbeitet. Die Gesundheitsdirektion legte sie in einem ersten Schritt gemeinsam mit Fachexperten der Rehabilitation fest. Für die Leistungsgruppen der allgemeinen Rehabilitation (MSK1, NER1, PNR1 und RKA1) dienten die bereits von SWISSREHA definierten Mindestfallzahlen von 250 als Orientierung. Im zweiten Schritt konnten die Rehabilitationskliniken der Kantone GDK-Ost und Aargau sowie weitere Interessenvertreter im Rahmen der Fachanhörung zur Leistungsgruppensystematik Rehabilitation zu den Mindestfallzahlen Stellung nehmen. Im dritten Schritt überprüfte die Gesundheitsdirektion die Mindestfallzahlen anhand der Fallzahlen pro Leistungsgruppe sowie hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die heutige Versorgungslandschaft und definierte auf dieser Basis sinnvolle Mindestfallzahlen. Mit den tendenziell tief angesetzten Mindestfallzahlen in den spezialisierten Leistungsgruppen sollen die Rehabilitationskliniken – unabhängig von ihren aktuellen Fallzahlen – die Chance erhalten, die Fallzahlen aufzubauen und sich für einen spezialisierten Leistungsauftrag zu bewerben. Die Gesundheitsdirektion wird die Mindestfallzahlen im Rahmen einer Aktualisierung der Spitalliste Rehabilitation 2023 evaluieren und nötigenfalls anpassen.

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 Selbstdeklaration 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 Akutsomatik 2012 fest (C-6088/2011 E. 6.4). 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. In der Akutsomatik werden CMI-bereinigte Fallkosten berechnet. 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). Da in der Rehabilitation aufgrund des Fehlens eines fehlenden schweizweit einheitlichen Tarifsystems 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 beurteilt. Der Mehrjahresvergleich wird ausschliesslich auf Ebene Gesamtbetrieb und nicht auf tieferer Ebene (SPLG oder SPLB) ausgeführt. Es werden hierfür die jährlichen Fall- bzw. Tageskosten herangezogen und einem Referenzwert gegenübergestellt.

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. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Im Rahmen des Mehrjahresvergleichs werden die Daten 2019 mit Vorjahresdaten verglichen, um die Kostendaten in einen mehrjährigen Kontext zu bringen. Es werden ausschliesslich Datenjahre berücksichtigt, welche anhand des REKOLE Kostenträgerausweises erhoben worden sind. Es wird in erster Linie auf bereits erhobene Daten abgestützt. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden, wo nötig, auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet. Im Datenpool der GDK werden die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke zur Verfügung gestellt.

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 längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität insgesamt erfolgt auf Ebene jener (rechtlichen) Körperschaft, die sich für den Leistungsauftrag bewirbt und mit der eine allfällige Leistungsvereinbarung unterzeichnet wird.

Langfristige Liquiditätsplanung

Ergänzend zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen soll die Geldflussrechnung Erkenntnisse zur langfristigen Wirtschaftlichkeit im Sinne der finanziellen Stabilität liefern. Es gilt, künftige Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern. Die Daten sind in einer von der Gesundheitsdirektion bereitgestellten Excel-Vorlagedatei zu erfassen. Es wird dabei zwischen Geldflüssen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- und Finanzierungstätigkeit unterschieden. Die Erhebung der Mittelzu- und Mittelabflüsse verschafft einen Überblick, mit welcher Liquiditätsentwicklung die Bewerberinnen und Bewerber kurz-, mittel- und langfristig rechnen. Jede Planperiode entspricht dabei einem Kalenderjahr. Die zentralen Ergebnisse dieser langfristigen Entwicklungsplanung sind die am Ende jedes Jahres vorliegenden Liquiditätsbestände über den gesamten Planungshorizont (2023–2032).

Die Gesundheitsdirektion wird demnach prüfen, wie die Bewerberinnen und Bewerber ihre Liquiditätsbestände über die Zeitspanne von 2023 bis 2032 einschätzen. Auffällige Entwicklungen wie grössere Schwankungen sind seitens der interessierten Leistungserbringer zu erklären (beispielsweise aufgrund der geplanten Investitionstätigkeit).

Neubewerber

Bisherige Leistungserbringer oder Neubewerber ohne Spital, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag bewerben, 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 Pflage tage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Personalangaben 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 Bewerberinnen und 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 aus wirtschaftlicher Sicht geeignete Leistungserbringer identifiziert, wird die Kosteneffizienz der Leistungserbringer ein ausschlaggebendes Kriterium in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darstellen.

Bewerber mit Ist-Daten (bisherige Leistungserbringer) und Bewerber mit Plankosten werden nicht miteinander verglichen, da die Datenbasis nicht dieselbe ist. Während die Plandaten auf Schätzungen basieren, entsprechen die Ist-Kosten effektiv angefallenen Kosten. Deshalb werden Bewerber mit Ist-Kosten und Bewerber mit Plandaten im Rahmen des Evaluationskriteriums Wirtschaftlichkeit separat beurteilt.

4.2.3 Zugänglichkeit

Auf die Evaluation der zeitlichen Erreichbarkeit wird in der Rehabilitation verzichtet. Die zeitliche Erreichbarkeit als hartes Kriterium ist im Wesentlichen 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 Spitäler

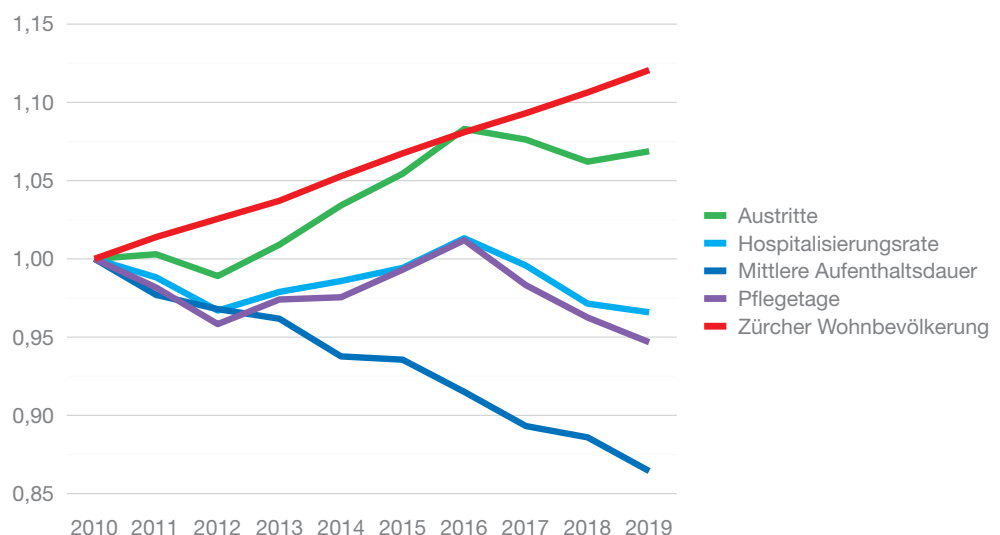
1. Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten beschrieben. Datengrundlage für dieses Kapitel sind die erhobenen Fälle der Akutsomatik im Jahr 2019. Anschliessend werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Akutsomatik 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)

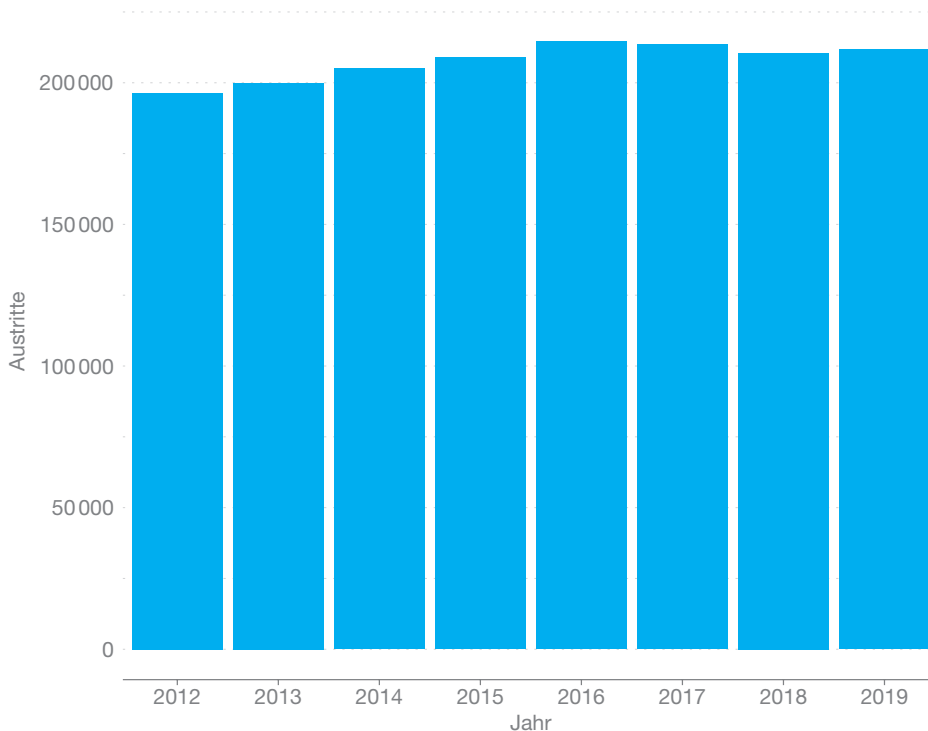


Quelle: Eigene Darstellung

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 Zürchern (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 5,1 Tagen, was im Vergleich zum Vorjahr einem Rückgang um 2,4 Prozent entspricht. Abbildung D2 zeigt die Entwicklung der Austritte in absoluten Zahlen. Im Jahr 2019 lässt sich wieder ein leichter Anstieg der Austritte auf 211 800 beobachten (vgl. Abbildung D2).

Abbildung D2: Entwicklung Austritte 2012 bis 2019



Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Die Gruppierung nach Leistungsbereichen wird hier mit den Spitalplanungsleistungsgruppen 2023 gemacht und nicht mit der für das Jahr 2019 gültigen Version der SPLG. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten der Gesundheitsdirektion.¹

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

2019 sind 211 800 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Rund 37 Prozent davon werden vom SPLG-Grouper 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 211 800 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 5,1 Tage. Sie variiert aber stark zwischen 2 Tagen in der Ophthalmologie und 26,8 Tagen im Bereich Transplantationen. Wie im Kapitel D 1.1 (vgl. Abbildung D1) gezeigt, ist die MAHD seit 2010 jedes Jahr gesunken.

¹ www.zh.ch/kenndaten-spitaeler

Abbildung D3: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Basispaket	77 745	4,8	375 111
Dermatologie	784	7,3	5 756
Hals-Nasen-Ohren	7 469	3,1	23 253
Neurochirurgie	1 342	10,0	13 451
Neurologie	4 693	5,8	27 190
Ophthalmologie	3 123	2,0	6 235
Endokrinologie	1 104	8,5	9 367
Gastroenterologie	6 098	7,3	44 816
Viszeralchirurgie	4 209	10,5	44 320
Hämatologie	2 348	8,3	19 576
Gefässe	3 314	7,3	24 232
Herz	9 047	5,6	50 435
Nephrologie	675	11,1	7 502
Urologie	11 450	4,0	46 022
Pneumologie	3 714	9,2	34 128
Thoraxchirurgie	568	8,7	4 953
Transplantationen	84	26,8	2 254
Bewegungsapparat chirurgisch	28 740	5,4	155 671
Rheumatologie	850	6,0	5 093
Gynäkologie	6 883	3,0	20 417
Geburtshilfe	18 548	4,2	77 643
Neugeborene	16 903	4,2	71 180
(Radio-)Onkologie	1 613	7,9	12 735
Schwere Verletzungen	496	11,7	5 812
Total Kanton Zürich	211 800	5,1	1 087 152

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	28 868	3,9	112 141	16,2%
16–39 Jahre	43 111	3,6	155 588	32,2%
40–64 Jahre	55 579	4,6	253 666	34,6%
65–79 Jahre	49 412	6,1	301 308	12,2%
80+ Jahre	34 830	7,6	264 449	4,9%
Total Kanton Zürich	211 800	5,1	1 087 152	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. Rund 200 Austritte konnten keiner Wohnregion eindeutig zugeteilt werden. Dies erklärt die leichten Unterschiede im Total zwischen den Tabellen D3 und D4 bzw. D5. 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	26 492	5,1	134 101
Linkes Seeufer	11 920	5,3	62 670
Oberes Glattal	24 002	5,3	127 888
Oberland	16 875	4,6	77 557
Rechtes Seeufer	12 472	5,2	64 716
Unterland	23 691	4,9	117 163
Winterthur	30 290	4,9	147 358
Zürich	65 839	5,4	354 377
Total Kanton Zürich	211 581	5,1	1 085 830

Quelle: Eigene Darstellung

Mit rund 66000 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.

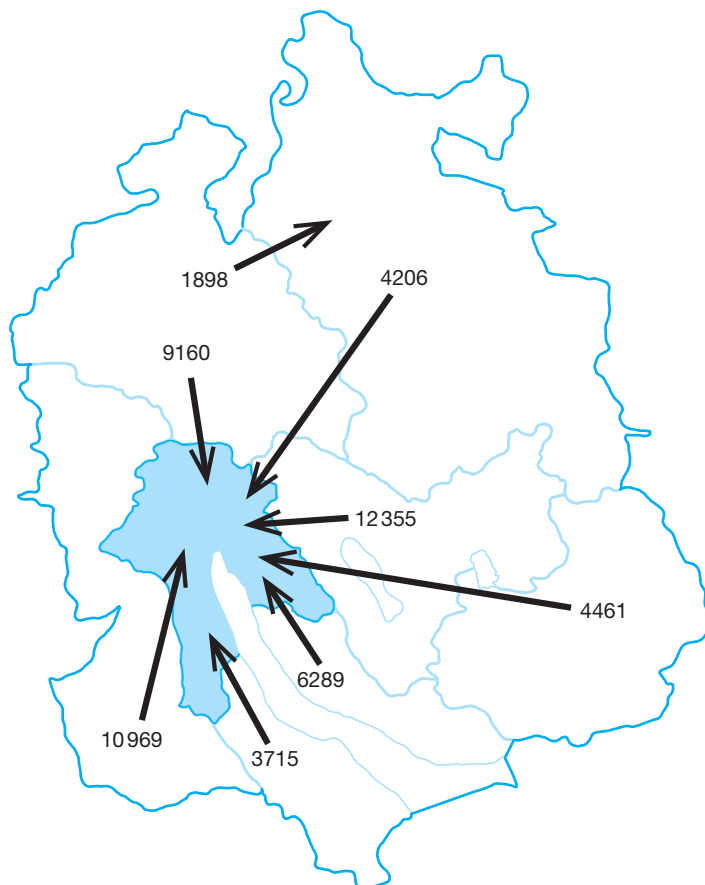
Abbildung D6: Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019

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 für das Jahr 2023. Es wird die Entwicklung der Ausstritte, 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 findet 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, es aktuell aber keine Unterversorgung gibt. Eine kantonale Unterversorgung könnte anhand verschiedener Indizien festgestellt werden, z. B. auffallend lange Wartezeiten für einen Eingriff oder eine sehr hohe Bettenbelegung in den Akutspitälern. Dafür gab es vor der Covid-19-Pandemie keine Anzeichen. Es ist zu erwarten, dass auffallend lange Wartezeiten die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Zürcher Gesundheitsversorgung negativ beeinflussen würden. Die Ergebnisse der jährlichen Zufriedenheitsbefragung der Zürcher Bevölkerung zeigen jedoch, dass diese mit der Spitalversorgung sehr zufrieden ist (je nach Frage zwischen 8 und 9 von 10 Punkten). Und auch die «Kundenzufriedenheit» von Personen mit einem stationären Spitalaufenthalt liegt in dieser Grössenordnung. Schlussendlich wird auch die Verfügbarkeit von guten Spitalleistungen mit fast 9 Punkten sehr hoch bewertet. Dies alles deutet nicht auf eine breite Unterversorgung hin. Zum gleichen Ergebnis für die ganze Schweiz kommt eine Studie, die INFRAS zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW 2019 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht hat²: Die Autorinnen und Autoren kommen darin zum Schluss, dass Unterversorgung kaum zu Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitssystem führt. Konkret heisst dies, es gibt kaum Unterversorgung, die zu verzögerter Diagnosestellung oder Behandlung und somit langfristig zu höheren Kosten («Ineffizienzen») führen würde.

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. In der im vorausgegangenen Absatz erwähnten Studie von INFRAS und dem WIG kommen die Autorinnen und Autoren zum Schluss, dass das Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Behandlungen in der stationären Akutsomatik rund 20 Prozent ausmacht (ebd. S. 85). Bei rund 10 Prozent davon handelt es sich um ein «Effizienzpotenzial wegen zu hohen Mengen» (Grafik S. 86). Auch die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe Kostendämpfung kommt in ihrem Schlussbericht 2017 zum Schluss, dass die «Effizienzreserven» im schweizerischen Gesundheitswesen rund 20 Prozent der Gesundheitskosten betragen³. Die Autorinnen und Autoren verweisen auf Zahlen der OECD, die zeigen, dass die Raten für gewisse Eingriffe in der Schweiz bis zu 20 Prozent über dem OECD-Durchschnitt liegen (ebd. S. 41). Und sie schlussfolgern daraus: «Es ist also anzunehmen, dass bei gewissen Eingriffen in der Schweiz eine kostentreibende Überversorgung vorliegt.» (ebd. S. 41). Um der gesetzlichen Vorgabe einer bedarfsgerechten Spitalplanung gerecht zu werden, soll diese Überversorgung aus dem Bedarf herausgerechnet werden. Allerdings ist es anhand der verfügbaren Daten nicht möglich, die Überversorgung exakt pro Spitalplanungsleistungsgruppe zu schätzen. Dies wäre methodisch enorm schwierig. Deshalb

² Brunner, B. et al. (2019): «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Schlussbericht», online im Internet unter: https://digital-collection.zhaw.ch/bitstream/11475/20579/3/2019_Brunner_et_al_Effizienzpotenzial-bei-KVG-pflichtigen-Leistungen.pdf

³ Diener, V. et al. (2017): «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24.8.2017», online im Internet unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

beschränkt sich die Prognose darauf, eine mögliche kantonale Überversorgung zu korrigieren. Der Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung zeigt beträchtliche Unterschiede bei den Hospitalisierungsraten für bestimmte Eingriffe, selbst wenn die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur berücksichtigt wird.⁴ Um eine mögliche Überversorgung im Kanton Zürich zu korrigieren, 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 Hospitalisierungsraten von 1 und einem Schweizer Durchschnittswert von 0,5 angenommen, dass die Hospitalisierungsrate bis 2032 auf 0,75 sinken wird. Die Angleichung um 50 Prozent anstelle von 100 Prozent berücksichtigt die Tatsache, dass sich der Kanton Zürich z. B. in der Bevölkerungsstruktur vom Schweizer Durchschnitt unterscheidet. 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 AUG1.4 (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.

⁴ Online unter: <http://www.versorgungsatlas.ch/>

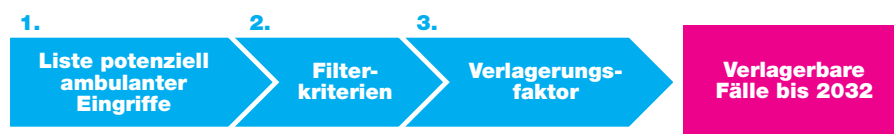
Um die Prognose rechnen zu können, braucht es eine gewisse Anzahl an heute (noch) stationär erbrachten Eingriffen, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie bis 2032 hauptsächlich ambulant gemacht werden. Als Ausgangspunkt hat die Gesundheitsdirektion die deutsche Liste ambulantes Operieren verwendet.⁵

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

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 von total rund 212 000 stationären Fällen.

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 mit 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.⁶
- 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 V2.0⁷). 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 von aktuell rund 212 000 Fällen). 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 wer-

⁵ <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>

⁶ Definition gemäss SwissDRG AG: PCCL Patientenbezogener Gesamtschweregrad; Patient Clinical Complexity Level

⁷ Im Internet abrufbar unter

<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html>

den. 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 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.

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 zu einer massgeblichen Zunahme der Transplantationen führen.

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 von Knie- und Hüftprothesen (Revision)	Haupt: 1 * Faktor Max: 1,5 * Faktor Min: Kein Faktor
Medizintechnik	Verschiebung NEU3 → NEU3.1	Keine Unterscheidung
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 21,3 Prozent von knapp 211 000 auf 256 000. Die Pflagestage steigen um 24,5 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 hauptsächlich über den unterschiedlichen Effekt der Alterung je nach SPLB sowie 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	77 712	96 215	23,8%	374 998	484 020	29,1%
Dermatologie	781	940	20,4%	5 718	6 959	21,7%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	8 593	15,3%	23 177	27 246	17,6%
Neurochirurgie	1 329	1 577	18,7%	13 247	15 813	19,4%
Neurologie	4 682	5 846	24,9%	27 132	34 397	26,8%
Ophthalmologie	2 369	2 904	22,6%	5 041	6 242	23,8%
Endokrinologie	1 103	1 385	25,6%	9 363	11 927	27,4%
Gastroenterologie	6 088	7 663	25,9%	44 765	56 976	27,3%
Viszeralchirurgie	4 204	4 966	18,1%	44 289	53 348	20,5%
Hämatologie	2 348	2 920	24,4%	19 575	24 462	25,0%
Gefässe	3 308	4 192	26,7%	24 178	31 012	28,3%
Herz	9 034	11 101	22,9%	50 393	62 167	23,4%
Nephrologie	675	836	23,9%	7 502	9 216	22,8%
Urologie	11 442	14 017	22,5%	45 990	58 100	26,3%
Pneumologie	3 708	4 676	26,1%	34 102	43 385	27,2%
Thoraxchirurgie	567	671	18,3%	4 946	5 872	18,7%
Transplantationen	84	97	15,5%	2 254	2 594	15,1%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	33 619	17,1%	155 493	186 597	20,0%
Rheumatologie	848	1 017	19,9%	5 059	6 175	22,1%
Gynäkologie	6 873	7 775	13,1%	20 394	23 377	14,6%
Geburtshilfe	18 540	22 141	19,4%	77 609	92 681	19,4%
Neugeborene	16 898	20 173	19,4%	71 163	85 085	19,6%
(Radio-)Onkologie	1 609	1 925	19,6%	12 635	15 412	22,0%
Schwere Verletzungen	493	602	22,1%	5 768	7 138	23,8%
Total Kanton Zürich	210 861	255 851	21,3%	1 084 791	1 350 201	24,5%

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 2,3 Prozent aufgrund einer Zunahme von Knie- und Hüftprothesenrevisionen. Im Maximalszenario wird eine Zunahme um 3,4 Prozent (Faktor * 1,5) 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 eigentlich unverändert. Die ausgewiesene Zunahme um 0,3 % hängt mit Rundungen bei der Berechnung zusammen. Die Verschiebung führt allerdings zu einer Zunahme der Pflgetage 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	4 682	4 694	0,3%	0,3%	0,3%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	29 367	2,3%	3,4%	0,0%
Total Kanton Zürich	210 861	211 529	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, Endokrinologie, Transplantationen, Geburtshilfe und Neugeborenen. Das bedeutet nicht, dass die Hospitalisierungsrate insgesamt in allen anderen SPLB über dem schweizerischen Durchschnitt liegt. Die Angleichung wird pro SPLG und 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 im Hauptszenario insgesamt einen geringen Effekt von -1,5 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 13,7 Prozent im Hauptszenario. In den SPLB Dermatologie, Urologie sowie Gynäkologie bewirkt die Anpassung der Hospitalisierungsraten einen Rückgang der Fallzahlen von mehr als fünf Prozent. Im Minimalszenario wird eine Angleichung an den schweizerischen Durchschnitt 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 2,2 Prozent und im Minimalszenario um 3,3 Prozent.

Abbildung D12: Effekt der Korrektur für kantonale Überversorgung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Haupt- szenario	Veränderung Maximal- szenario	Veränderung Minimal- szenario
Basispaket	77 712	77 712	0,0%	0,0%	0,0%
Dermatologie	781	725	-7,2%	0,0%	-10,9%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	7 158	-4,0%	0,0%	-6,0%
Neurochirurgie	1 329	1 284	-3,4%	0,0%	-5,1%
Neurologie	4 682	4 574	-2,3%	0,0%	-3,5%
Ophthalmologie	2 369	2 044	-13,7%	0,0%	-20,6%
Endokrinologie	1 103	1 103	0,0%	0,0%	0,0%
Gastroenterologie	6 088	5 878	-3,4%	0,0%	-5,2%
Viszeralchirurgie	4 204	4 146	-1,4%	0,0%	-2,1%
Hämatologie	2 348	2 319	-1,2%	0,0%	-1,9%
Gefässe	3 308	3 169	-4,2%	0,0%	-6,3%
Herz	9 034	8 919	-1,3%	0,0%	-1,9%
Nephrologie	675	669	-0,9%	0,0%	-1,5%
Urologie	11 442	10 600	-7,4%	0,0%	-11,0%
Pneumologie	3 708	3 674	-0,9%	0,0%	-1,4%
Thoraxchirurgie	567	550	-3,0%	0,0%	-4,4%
Transplantationen	84	84	0,0%	0,0%	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	28 356	-1,2%	0,0%	-1,9%
Rheumatologie	848	811	-4,4%	0,0%	-6,5%
Gynäkologie	6 873	6 474	-5,8%	0,0%	-8,7%
Geburtshilfe	18 540	18 540	0,0%	0,0%	0,0%
Neugeborene	16 898	16 898	0,0%	0,0%	0,0%
(Radio-)Onkologie	1 609	1 572	-2,3%	0,0%	-3,5%
Schwere Verletzungen	493	484	-1,8%	0,0%	-2,6%
Total Kanton Zürich	210 861	207 743	-1,5%	0,0%	-2,2%

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 5,5 Prozent erwartet, wohingegen die Anzahl der Fälle im Maximalszenario unverändert bleibt. Die stärkste Abnahme ist anteilig in den SPLB Ophthalmologie (-13,5%) 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	77 712	76 202	-1,9%	0,0%	-2,9%
Dermatologie	781	770	-1,4%	0,0%	-2,2%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	6 802	-8,8%	0,0%	-13,1%
Neurochirurgie	1 329	1 322	-0,5%	0,0%	-0,8%
Neurologie	4 682	4 681	0,0%	0,0%	0,0%
Ophthalmologie	2 369	2 049	-13,5%	0,0%	-20,3%
Endokrinologie	1 103	1 101	-0,2%	0,0%	-0,4%
Gastroenterologie	6 088	5 914	-2,9%	0,0%	-4,3%
Viszeralchirurgie	4 204	4 194	-0,2%	0,0%	-0,4%
Hämatologie	2 348	2 311	-1,6%	0,0%	-2,4%
Gefässe	3 308	3 033	-8,3%	0,0%	-12,5%
Herz	9 034	8 341	-7,7%	0,0%	-11,5%
Nephrologie	675	674	-0,1%	0,0%	-0,3%
Urologie	11 442	10 185	-11,0%	0,0%	-16,5%
Pneumologie	3 708	3 695	-0,4%	0,0%	-0,5%
Thoraxchirurgie	567	565	-0,4%	0,0%	-0,7%
Transplantationen	84	84	0,0%	0,0%	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	26 507	-7,7%	0,0%	-11,5%
Rheumatologie	848	844	-0,5%	0,0%	-0,7%
Gynäkologie	6 873	6 272	-8,7%	0,0%	-13,1%
Geburtshilfe	18 540	18 540	0,0%	0,0%	0,0%
Neugeborene	16 898	16 898	0,0%	0,0%	0,0%
(Radio-)Onkologie	1 609	1 597	-0,7%	0,0%	-1,2%
Schwere Verletzungen	493	492	-0,2%	0,0%	-0,2%
Total Kanton Zürich	210 861	203 073	-3,7%	0,0%	-5,5%

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, welche Folgen es hätte, wenn 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. Dabei werden alle Fälle betrachtet und nicht nur jene mit einem Eingriff auf der deutschen oder der Zürcher Liste.

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 34 000 Fälle, was gut 16 Prozent entspricht.

Abbildung D14: Szenario starke Substitution stationär durch ambulant

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung
Basispaket	77 712	73 318	-5,7%
Dermatologie	781	739	-5,4%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	5 227	-29,9%
Neurochirurgie	1 329	1 290	-2,9%
Neurologie	4 682	4 615	-1,4%
Ophthalmologie	2 369	1 650	-30,4%
Endokrinologie	1 103	1 094	-0,8%
Gastroenterologie	6 088	5 839	-4,1%
Viszeralchirurgie	4 204	4 102	-2,4%
Hämatologie	2 348	2 186	-6,9%
Gefässe	3 308	2 940	-11,1%
Herz	9 034	7 702	-14,7%
Nephrologie	675	670	-0,7%
Urologie	11 442	9 654	-15,6%
Pneumologie	3 708	3 632	-2,0%
Thoraxchirurgie	567	554	-2,3%
Transplantationen	84	84	0,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	24 694	-14,0%
Rheumatologie	848	832	-1,9%
Gynäkologie	6 873	5 412	-21,3%
Geburtshilfe	18 540	18 540	0,0%
Neugeborene	16 898	16 898	0,0%
(Radio-)Onkologie	1 609	1 504	-6,5%
Schwere Verletzungen	493	492	-0,2%
Total Kanton Zürich	210 861	193 668	-8,2%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2.6 Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

Es gibt im Prognosemodell drei Einflussfaktoren, die einen 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 beruhen auf der Angleichung an die schweizerischen 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	77 712	4,8	4,3	-11,2%	-8,9%	-16,4%
Dermatologie	781	7,3	5,9	-19,8%	-8,7%	-28,6%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	3,1	2,8	-10,0%	-8,7%	-14,5%
Neurochirurgie	1 329	10,0	8,6	-13,6%	-8,7%	-19,8%
Neurologie	4 682	5,8	5,1	-12,3%	-8,6%	-18,0%
Ophthalmologie	2 369	2,1	1,9	-10,8%	-8,9%	-16,0%
Endokrinologie	1 103	8,5	7,4	-12,8%	-8,7%	-18,7%
Gastroenterologie	6 088	7,4	6,6	-10,6%	-8,7%	-15,4%
Viszeralchirurgie	4 204	10,5	9,2	-12,8%	-8,6%	-18,7%
Hämatologie	2 348	8,3	7,4	-11,9%	-8,8%	-17,3%
Gefässe	3 308	7,3	6,7	-8,2%	-8,8%	-11,5%
Herz	9 034	5,6	5,0	-10,9%	-8,8%	-15,6%
Nephrologie	675	11,1	9,1	-17,8%	-8,7%	-25,7%
Urologie	11 442	4,0	3,7	-7,0%	-8,7%	-10,0%
Pneumologie	3 708	9,2	8,0	-12,7%	-8,8%	-18,5%
Thoraxchirurgie	567	8,7	7,5	-13,9%	-8,7%	-20,2%
Transplantationen	84	26,8	21,0	-21,8%	-8,7%	-31,3%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	5,4	4,9	-9,8%	-8,9%	-14,0%
Rheumatologie	848	6,0	5,2	-13,2%	-8,7%	-19,1%
Gynäkologie	6 873	3,0	2,7	-9,4%	-8,8%	-13,5%
Geburtshilfe	18 540	4,2	3,6	-14,3%	-8,8%	-20,5%
Neugeborene	16 898	4,2	3,7	-12,6%	-8,8%	-18,3%
(Radio-)Onkologie	1 609	7,9	6,9	-12,5%	-8,7%	-18,2%
Schwere Verletzungen	493	11,7	9,7	-17,3%	-8,7%	-24,9%
Total Kanton Zürich	210 861	5,1	4,6	-11,3%	-8,8%	-16,4%

Quelle: Eigene Darstellung

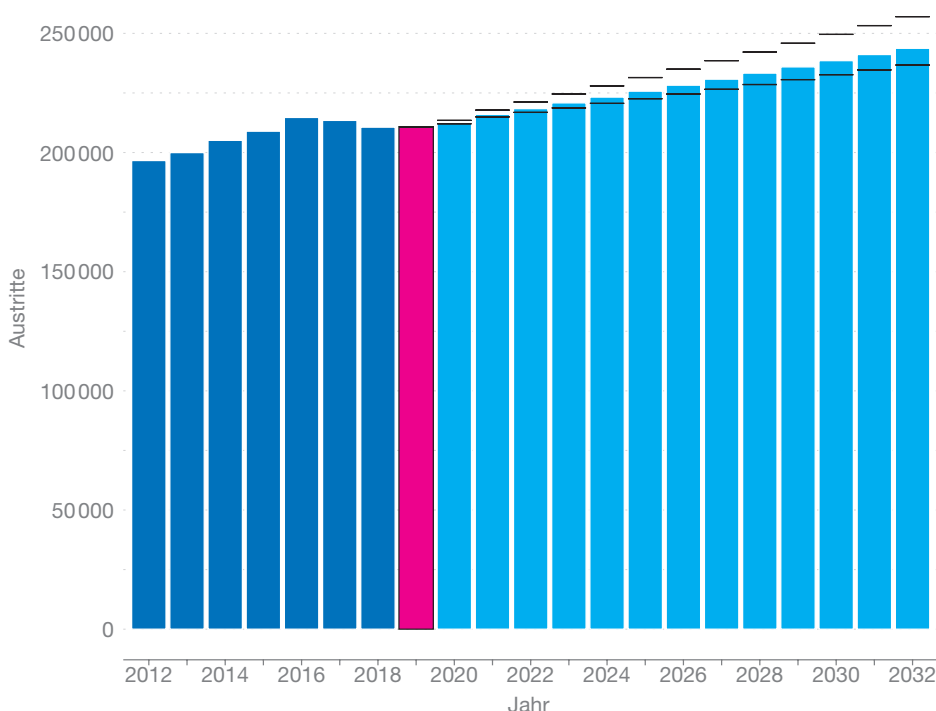
1.3.3 Prognoseergebnisse (Bedarfsentwicklung bis 2032)

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 Spitalplanungsleistungsbereich, 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

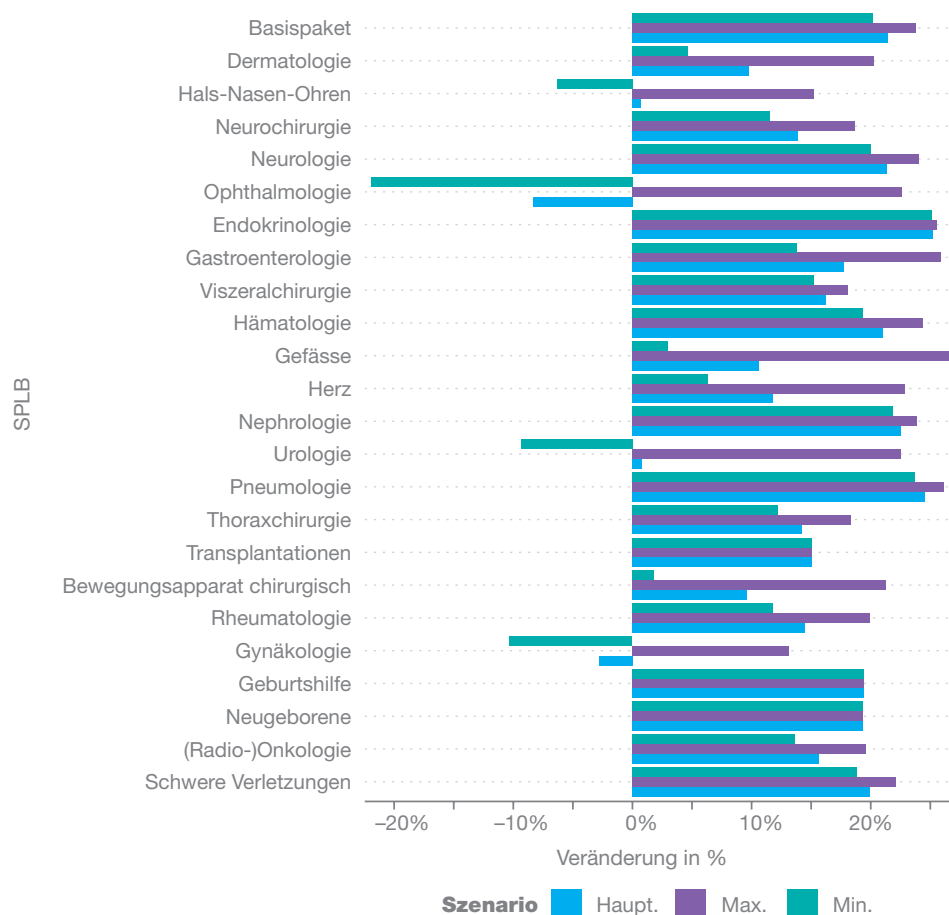
Die Abbildung D17 zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien aus (vgl. Kapitel C 1.5 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose). Die Prognose schätzt bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 15,6 Prozent (vgl. Abbildung D17) auf rund 244 000 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	77 712	94 346	21,4%	96 215	23,8%	93 412	20,2%
Dermatologie	781	858	9,9%	940	20,4%	818	4,7%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	7 511	0,8%	8 593	15,3%	6 985	-6,3%
Neurochirurgie	1 329	1 514	13,9%	1 577	18,7%	1 483	11,6%
Neurologie	4 682	5 681	21,3%	5 807	24,0%	5 618	20,0%
Ophthalmologie	2 369	2 170	-8,4%	2 904	22,6%	1 849	-22,0%
Endokrinologie	1 103	1 382	25,3%	1 385	25,6%	1 380	25,1%
Gastroenterologie	6 088	7 169	17,8%	7 663	25,9%	6 929	13,8%
Viszeralchirurgie	4 204	4 885	16,2%	4 966	18,1%	4 845	15,2%
Hämatologie	2 348	2 841	21,0%	2 920	24,4%	2 803	19,4%
Gefässe	3 308	3 658	10,6%	4 192	26,7%	3 407	3,0%
Herz	9 034	10 102	11,8%	11 101	22,9%	9 605	6,3%
Nephrologie	675	827	22,5%	836	23,9%	823	21,9%
Urologie	11 442	11 534	0,8%	14 017	22,5%	10 375	-9,3%
Pneumologie	3 708	4 618	24,5%	4 676	26,1%	4 589	23,8%
Thoraxchirurgie	567	648	14,3%	671	18,3%	636	12,2%
Transplantationen	84	97	15,5%	97	15,5%	97	15,5%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 711	31 471	9,6%	34 823	21,3%	29 231	1,8%
Rheumatologie	848	971	14,5%	1 017	19,9%	948	11,8%
Gynäkologie	6 873	6 681	-2,8%	7 775	13,1%	6 164	-10,3%
Geburtshilfe	18 540	22 141	19,4%	22 141	19,4%	22 141	19,4%
Neugeborene	16 898	20 173	19,4%	20 173	19,4%	20 173	19,4%
(Radio-)Onkologie	1 609	1 860	15,6%	1 925	19,6%	1 828	13,6%
Schwere Verletzungen	493	591	19,9%	602	22,1%	586	18,9%
Total Kanton Zürich	210 861	243 729	15,6%	257 016	21,9%	236 725	12,3%

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 8 Prozent ab, in der Gynäkologie um 3 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. Sechs SPLB weisen ein Fallwachstum von über 20 Prozent auf: Endokrinologie, Pneumologie, Nephrologie, Basispaket, Neurologie und Hämatologie. 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 der Fallzahlen 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 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 43,2 Prozent. Bei den über 80-Jährigen wird eine starke Zunahme der Fallzahlen um 41,9 Prozent erwartet. Um rund 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 2021 des Statistischen Amtes von einer Zunahme der Geburtenrate in den kommenden Jahren ausgeht. Den schwächsten 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 Pflegetage erwartet wird. Die Zunahme der Pflegetage um 6,6 Prozent geht fast vollständig auf die Entwicklung bei den über 80-Jährigen zurück. In dieser Altersgruppe steigt die Zahl der Pflegetage um 28 Prozent.

Abbildung D19: Prognoseergebnis nach Altersgruppe

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflege tage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–15 Jahre	28 859	33 054	14,5%	3,9	3,4	-12,1%	112 115	112 785	0,6%
16–39 Jahre	43 048	47 147	9,5%	3,6	3,2	-11,6%	155 381	150 346	-3,2%
40–64 Jahre	55 362	58 014	4,8%	4,6	4,2	-8,8%	252 785	241 874	-4,3%
65–79 Jahre	48 979	56 397	15,1%	6,1	5,6	-9,5%	300 438	313 022	4,2%
80+ Jahre	34 613	49 118	41,9%	7,6	6,9	-9,8%	264 072	337 951	28,0%
Total Kanton Zürich	210 861	243 730	15,6%	5,1	4,6	-11,3%	1 084 791	1 155 978	6,6%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Die Abbildung D20 enthält die Ergebnisse der Prognose nach Wohnregion. Die Zunahme der Fallzahlen ist mit 11 Prozent am schwächsten in der Region Zürich und mit 19,3 Prozent am stärksten in der Region Oberes Glattal. Die Unterschiede zwischen den Wohnregionen erklären sich durch die unterschiedliche demografische Entwicklung. 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 2019 18,4 Prozent. Dieser steigt bis ins Jahr 2032 auf 19,3 Prozent. Hingegen beträgt der Anteil derselben Altersgruppe in der Region Oberland 22,7 Prozent im Jahr 2019 und 29,8 Prozent im Jahr 2032.

Abbildung D20: Prognoseergebnis nach Wohnregion

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Limmattal	26 435	31 513	19,2%	5,1	4,7	-6,5%	134 033	149 251	11,4%
Linkes Seeufer	11 904	13 700	15,1%	5,3	4,9	-6,3%	62 661	67 507	7,7%
Oberes Glattal	23 905	28 523	19,3%	5,3	5,0	-6,9%	127 760	141 839	11,0%
Oberland	16 806	19 917	18,5%	4,6	4,3	-7,2%	77 451	85 182	10,0%
Rechtes Seeufer	12 443	14 276	14,7%	5,2	4,8	-7,3%	64 683	68 851	6,4%
Unterland	23 609	27 793	17,7%	5,0	4,7	-5,4%	117 027	130 465	11,5%
Winterthur	30 135	35 142	16,6%	4,9	4,5	-7,4%	147 071	158 797	8,0%
Zürich	65 624	72 864	11,0%	5,4	4,9	-10,0%	354 105	354 087	0,0%
Total Kanton Zürich	210 861	243 728	15,6%	5,1	4,6	-11,3%	1 084 791	1 155 979	6,6%

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. Aussagekräftiger als eine Definition über das Alter ist eine solche über die Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten. Die Abbildung dieser Patientengruppe ist jedoch schwierig und eine Prognose anhand der Medizinischen Statistiken kann nicht zuverlässig erstellt werden. Um die Patientengruppe der geriatrischen Patientinnen und Patienten, die eine Komplexbehandlung benötigen, besser abzubilden, wird zurzeit vom Universitären Geriatrie-Verbund Zürich ein Assessment Tool erarbeitet. 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 Bedarfs schwierig. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass im Bereich des Leistungsauftrages PAL «Palliative Care Kompetenzzentrum» ein genügendes stationäres Leistungsangebot besteht. Die erwartete Zunahme der palliativmedizinisch zu betreuenden Patientinnen und Patienten ist unter anderem durch den Aufbau mobiler Palliative-Care-Teams und durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den ambulanten, stationären und Langzeit-Bereichen aufzufangen.

1.4.3 Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

Sozial Randständige bedürfen einer spezifischen Betreuung und Pflege und sind oft nur schwer in einen akutsomatischen Spitalbetrieb integrierbar. Im Kanton Zürich werden diese Patientinnen und Patienten deshalb derzeit mehrheitlich nicht in einem normalen Akutspital, sondern in der darauf spezialisierten Krankenstation Sune-Egge behandelt. Bei allen hospitalisierten Patientinnen und Patienten der Krankenstation Sune-Egge besteht eine Suchtmittelabhängigkeit. Pro Jahr werden rund 130 Patientinnen und Patienten in der Krankenstation Sune-Egge behandelt. Deren mittlere Aufenthaltsdauer ist mit über 40 Tagen typisch für diese Patientengruppe. Für die Zukunft wird mit ähnlichen Zahlen gerechnet.

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 in Kapitel C 1.2 erläutert, erhebt die Gesundheitsdirektion von den Zürcher Spitälern die Angabe zum Wohnkanton in einer eigenen Variablen. Für die ausserkantonalen Fälle wird die Variable «Wohnort» der Medizinischen Statistik verwendet. 2019 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 28 884 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 jener 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 zusätzlich. Darum verwendet die Gesundheitsdirektion zur Einschätzung der Höhe der Zu- und Abwanderung den aktuellen Stand.

Abbildung D21: Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Basispaket	5 011	8 091	1 118	4 198
Dermatologie	20	274	11	265
Hals-Nasen-Ohren	628	1 867	97	1 336
Neurochirurgie	51	674	105	728
Neurologie	196	1 152	168	1 124
Ophthalmologie	196	853	41	698
Endokrinologie	49	136	12	99
Gastroenterologie	172	807	82	717
Viszeralchirurgie	316	970	72	726
Hämatologie	77	702	40	665
Gefässe	154	939	77	862
Herz	248	4 368	421	4 541
Nephrologie	28	65	15	52
Urologie	518	1 756	128	1 366
Pneumologie	143	951	57	865
Thoraxchirurgie	11	191	10	190
Transplantationen	3	95	1	93
Bewegungsapparat chirurgisch	1 926	8 066	625	6 765
Rheumatologie	24	142	13	131
Gynäkologie	468	932	76	540
Geburtshilfe	707	1 810	131	1 234
Neugeborene	619	1 689	82	1 152
(Radio-)Onkologie	51	418	48	415
Schwere Verletzungen	59	157	24	122
Total Kanton Zürich	11 675	37 105	3 454	28 884

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. Aus allen anderen Kantonen kamen im Jahr 2019 8683 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 ausserkantonale	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

Quelle: Eigene Darstellung

3. Leistungsangebot der Zürcher Spitäler

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 weiten Sinn verwendet und umfasst alle Spitäler, die auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind oder im Kanton Zürich stehen.

Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik 2021

Die auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik aufgeführten Spitäler stellen die Akutversorgung für die Zürcher Bevölkerung sicher. Auf der Spitalliste Akutsomatik 2021 werden 24 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. 15 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. Das Spital Richterswil ist in Abbildung D23 nach Einstellung des Betriebs nicht mehr gezeigt, in den Abbildungen D24, D25 und D26 werden die Leistungsdaten jedoch noch berücksichtigt, da die Datengrundlage das Jahr 2019 darstellt.

Abbildung D23: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2021

● Listenspital mit Notfallstation

● Listenspital ohne Notfallstation (Spezialkliniken)

● Geburtshaus

● Vertragsspital

● Kantonsspital Schaffhausen



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 Stadtsptal Triemli behandeln je 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

Spitalname	Austritte			Total	Anteil an den stat. Fälle im Kt. ZH
	ZH	ausser-kantonal	Ausland		
Universitätsspital Zürich	32624	9540	854	43018	17,9%
Kantonsspital Winterthur	24642	3087	185	27914	11,6%
Stadtsptal 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%
Stadtsptal Waid	8343	268	69	8680	3,6%
Schulthess Klinik	4688	2847	263	7798	3,2%
Kindersptal 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	960	7 987	497	9 444	—

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D25 zeigt den Anteil der Zürcher Wohnbevölkerung pro SPLB, der in einem Akutspital mit oder ohne Zürcher Leistungsauftrag behandelt wird. Zudem wird zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Spitälern unterschieden. Rund 90% aller Zürcher Patientinnen und Patienten werden in einem Spital mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich behandelt.

Abbildung D25: Marktanteil der Spitäler mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag 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%
Dermatologie	94,8%	0,1%	2,7%	2,4%
Hals-Nasen-Ohren	87,1%	0,3%	4,5%	8,2%
Neurochirurgie	94,6%	0,0%	1,6%	3,8%
Neurologie	95,3%	0,4%	0,5%	3,8%
Ophthalmologie	85,2%	0,0%	8,5%	6,3%
Endokrinologie	94,9%	0,9%	0,6%	3,5%
Gastroenterologie	94,7%	0,5%	2,5%	2,3%
Viszeralchirurgie	88,4%	1,4%	4,1%	6,1%
Hämatologie	94,9%	0,1%	1,8%	3,2%
Gefässe	88,2%	0,1%	7,1%	4,6%
Herz	89,0%	0,0%	8,2%	2,7%
Nephrologie	91,6%	0,4%	4,3%	3,7%
Urologie	90,9%	0,6%	4,6%	3,9%
Pneumologie	94,5%	0,5%	1,6%	3,3%
Thoraxchirurgie	94,4%	0,0%	3,7%	1,9%
Transplantationen	96,4%	0,0%	0,0%	3,6%
Bewegungsapparat chirurgisch	82,7%	0,2%	10,6%	6,5%
Rheumatologie	95,6%	0,4%	1,5%	2,5%
Gynäkologie	84,6%	0,9%	8,6%	5,9%
Geburtshilfe	91,6%	0,5%	4,6%	3,3%
Neugeborene	91,5%	0,6%	4,8%	3,1%
(Radio-)Onkologie	94,7%	0,0%	2,1%	3,2%
Schwere Verletzungen	87,9%	0,6%	0,2%	11,3%
Total	89,7%	0,5%	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 Grundversorgung (Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin [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 Grundversorgung

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 der Grundversorgung im Kanton Zürich 2019



Psychiatrie

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

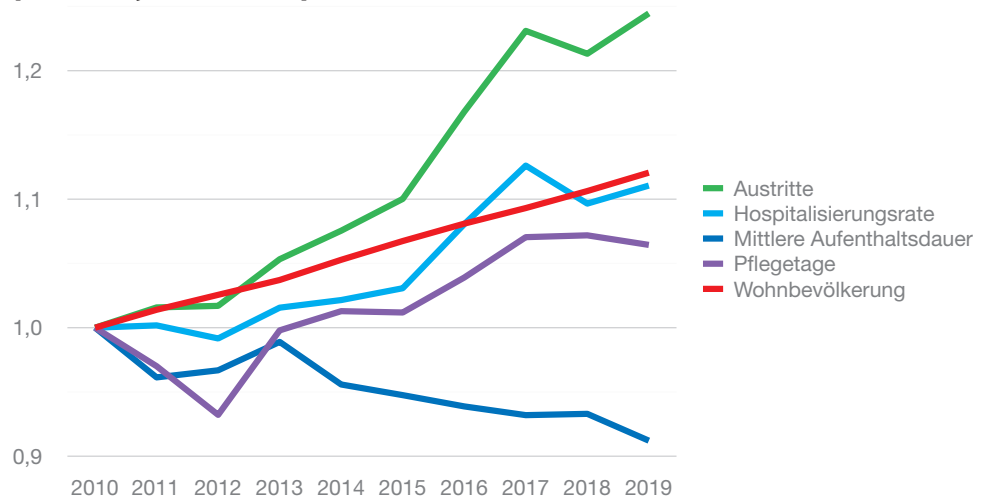
1. Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik beschrieben. Datengrundlage für die Kapitel E1.1 und E1.2 sind die erhobenen Fälle der Psychiatrie im Jahr 2019. Anschliessend werden in Kapitel E1.3 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 auf die Einführung des neuen Abrechnungssystems TARPSY zurückzuführen. Die Betrachtung der Jahre 2017 bis 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 24 Prozent zugenommen und liegt 2019 bei rund 15300. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 2,5 Prozent.

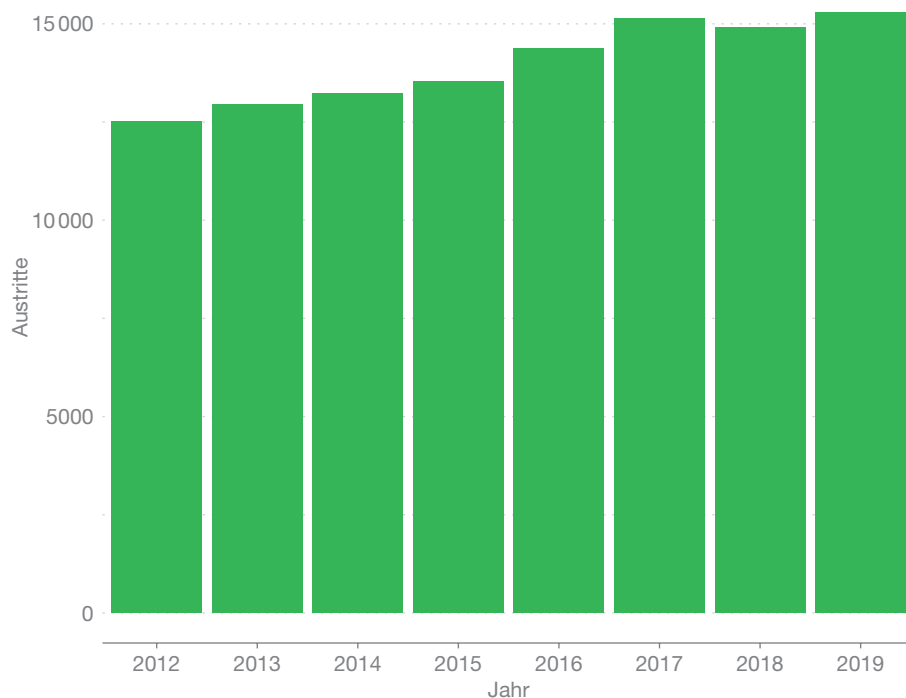
Abbildung E1: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



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 Hospitalisierungen pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher, 2019 sind es 10. Dieser Anstieg bedeutet, dass die Zahl der Austritte stärker gewachsen ist als die Wohnbevölkerung.

Die Zahl der Pflgetage 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 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. 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 sind in den Kenndaten 2019 zu finden.¹

1.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 15 302 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 15 302 Austritte verzeichnen rund 505 000 Pflēgetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflēgetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflēgetage 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 Pflēgetage dividiert durch die Austritte. Sie beträgt 33 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	910	30,4	27 706
Abhängigkeitserkrankungen	3 257	27,3	88 904
Psychotische und bipolare Störungen	3 051	34,4	105 078
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 434	30,8	167 632
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	801	36,2	29 012
Persönlichkeitsstörungen	970	31,5	30 543
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	171	35,5	6 070
Essstörungen	158	62,9	9 941
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	108	47,9	5 173
Autismus-Spektrum-Störungen	66	39,8	2 628
Störungen des Sozialverhaltens	61	54,0	3 295
Mutter-Kind-Behandlungen	50	43,8	2 190
Nichtorganische Schlafstörungen	21	26,2	551
Säuglings- und kinderspez. Störungen	70	44,8	3 137
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	23,1	1 315
Forensik	67	304,3	20 388
Nicht zuteilbar	50	33,5	1 677
Total Kanton Zürich	15 302	33,0	505 240

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. 76 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 31,3 Tagen die tiefste MAHD hat. Die MAHD der über 65-Jährigen liegt etwas höher bei 36,4 Tagen. Kinder und Jugendliche werden deutlich länger stationär behandelt, durchschnittlich 63 Tage bei den 0- bis 13-Jährigen bzw. 44,3 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	199	63,0	12 534	14,4%
14–17 Jahre	676	44,3	29 966	3,6%
18–64 Jahre	12 305	31,3	385 398	65,0%
65+ Jahre	2 122	36,4	77 342	17,1%
Total Kanton Zürich	15 302	33,0	505 240	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. 29 Austritte konnten keiner Wohnregion eindeutig zugeteilt werden. Dies erklärt die leichten Unterschiede im Total zwischen den Tabellen E3 und E4 bzw. E5. 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

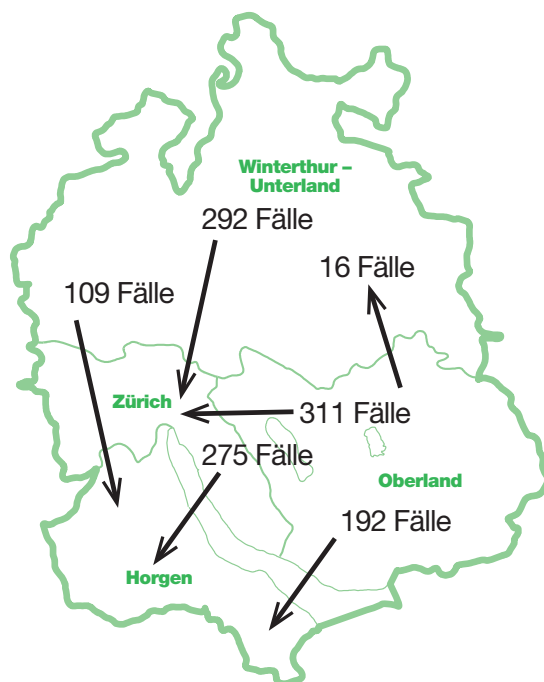
Wohnregion	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Horgen	1 951	32,0	62 481
Oberland	3 275	33,3	109 159
Winterthur – Unterland	4 569	32,6	148 931
Zürich	5 478	33,6	183 964
Total Kanton Zürich	15 273	33,0	504 535

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 51 und 61 Prozent. Mit anderen Worten, 51 bis 61 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 grössten Nettomigrationen gibt es 2019 von der Region Zürich in die Region Horgen mit dem Standort des Sanatoriums Kilchberg und des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern sowie von den Regionen Winterthur-Unterland und Oberland in die Region Zürich.

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 443 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F-Diagnose, Z65 oder Z73) 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 443 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. 311 dieser Fälle werden zum Leistungsbereich «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen» gezählt. Weitere 52 Fälle zum Leistungsbereich «Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen», 23 Fälle zu «Demenzen und Delire» sowie 21 Fälle zu «Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen». Die restlichen 36 Fälle verteilen sich auf verschiedene Leistungsbereiche.

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 443 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 15 650 auf 17 840. Die Pflegetage 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. Unterschiede zwischen den SPLB lassen sich dennoch beobachten. Im Bereich «Demenzen und Delire» erwartet die Prognose eine starke Zunahme um 38 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 unterschiedliche 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 Pflegetage.

Abbildung E9: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung	Pflegetage 2019	Pflegetage 2032	Veränderung
Demenzen und Delire	932	1 287	38,1%	28 309	38 690	36,7%
Abhängigkeitserkrankungen	3 255	3 623	11,3%	88 917	99 114	11,5%
Psychotische und bipolare Störungen	3 057	3 422	11,9%	105 306	118 479	12,5%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 740	6 474	12,8%	178 183	201 208	12,9%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	850	962	13,2%	31 254	35 475	13,5%
Persönlichkeitsstörungen	966	1 096	13,5%	30 480	34 932	14,6%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	192	217	13,0%	6 874	7 752	12,8%
Essstörungen	158	183	15,8%	9 941	11 495	15,6%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	109	125	14,7%	5 212	5 938	13,9%
Autismus-Spektrum-Störungen	68	79	16,2%	2 742	3 266	19,1%
Störungen des Sozialverhaltens	61	72	18,0%	3 295	3 824	16,1%
Mutter-Kind-Behandlungen	50	54	8,0%	2 190	2 379	8,6%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	25	13,6%	593	692	16,7%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	71	84	18,3%	3 157	3 742	18,5%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	65	14,0%	1 315	1 508	14,7%
Nicht zuteilbar	61	72	18,0%	2 001	2 312	15,5%
Total Kanton Zürich	15 649	17 840	14,0%	499 769	570 806	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	932	909	-2,5%	-0,9%	-3,2%
Abhängigkeitserkrankungen	3 255	2 800	-14,0%	-4,7%	-18,6%
Psychotische und bipolare Störungen	3 057	2 661	-13,0%	-4,3%	-17,3%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 740	5 043	-12,1%	-4,0%	-16,2%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	850	743	-12,6%	-4,2%	-16,8%
Persönlichkeitsstörungen	966	832	-13,9%	-4,7%	-18,5%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	192	170	-11,5%	-3,6%	-15,6%
Essstörungen	158	142	-10,1%	-3,2%	-13,9%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	109	105	-3,7%	-0,9%	-5,5%
Autismus-Spektrum-Störungen	68	61	-10,3%	-2,9%	-13,2%
Störungen des Sozialverhaltens	61	60	-1,6%	0,0%	-1,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	50	42	-16,0%	-4,0%	-20,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	19	-13,6%	-4,5%	-18,2%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	71	70	-1,4%	0,0%	-1,4%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	49	-14,0%	-5,3%	-17,5%
Nicht zuteilbar	61	55	-9,8%	-3,3%	-14,8%
Total Kanton Zürich	15 649	13 761	-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 38 Prozent, wenn auch auf tiefem absoluten Niveau. In der SPLB «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen» wird ebenfalls eine Zunahme von fast 30 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	932	1 000	7,3%	9,8%	4,8%
Abhängigkeitserkrankungen	3 255	3 593	10,4%	14,1%	6,8%
Psychotische und bipolare Störungen	3 057	3 371	10,3%	13,9%	6,7%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 740	6 425	11,9%	16,3%	7,8%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	850	964	13,4%	18,5%	8,7%
Persönlichkeitsstörungen	966	1 083	12,1%	16,6%	7,9%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	192	216	12,5%	17,2%	8,3%
Essstörungen	158	189	19,6%	27,2%	12,7%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	109	141	29,4%	41,3%	18,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	68	81	19,1%	26,5%	11,8%
Störungen des Sozialverhaltens	61	84	37,7%	52,5%	23,0%
Mutter-Kind-Behandlungen	50	55	10,0%	14,0%	6,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	24	9,1%	13,6%	4,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	71	98	38,0%	53,5%	23,9%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	65	14,0%	19,3%	8,8%
Nicht zuteilbar	61	67	9,8%	13,1%	6,6%
Total Kanton Zürich	15 649	17 456	11,5%	15,8%	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.

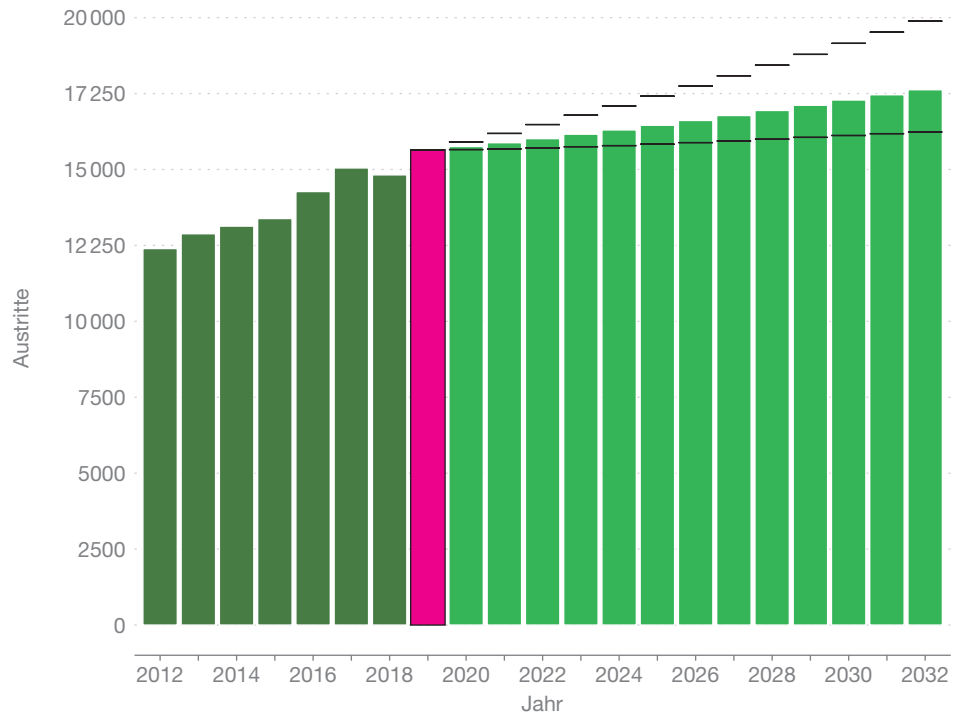
1.3.3.1 Prognoseergebnis und bisherige Entwicklung

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. 2019 werden zu den tatsächlichen Austritten die 443 Fälle mit einer psychiatrischen Diagnose dazugezählt, die in einer Rehabilitationsklinik behandelt wurden. Dies führt in der nachfolgenden 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 Hauptszenario 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 weniger stark erwartet 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 aus (vgl. Kapitel C 1.5 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose). Die Prognose erwartet bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 12,6 Prozent (vgl. Abbildung E13) auf rund 17 600 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 4 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 45 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	932	1 352	45,1%	1 402	50,4%	1 312	40,8%
Abhängigkeitserkrankungen	3 255	3 452	6,1%	3 946	21,2%	3 161	-2,9%
Psychotische und bipolare Störungen	3 057	3 297	7,9%	3 736	22,2%	3 035	-0,7%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 740	6 415	11,8%	7 255	26,4%	5 894	2,7%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	850	963	13,3%	1 098	29,2%	878	3,3%
Persönlichkeitsstörungen	966	1 065	10,2%	1 223	26,6%	970	0,4%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	192	217	13,0%	245	27,6%	199	3,6%
Essstörungen	158	199	25,9%	227	43,7%	180	13,9%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	109	157	44,0%	176	61,5%	142	30,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	68	85	25,0%	97	42,6%	77	13,2%
Störungen des Sozialverhaltens	61	98	60,7%	109	78,7%	87	42,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	50	51	2,0%	59	18,0%	46	-8,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	25	13,6%	28	27,3%	23	4,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	71	115	62,0%	129	81,7%	103	45,1%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	64	12,3%	74	29,8%	58	1,8%
Nicht zuteilbar	61	71	16,4%	79	29,5%	66	8,2%
Total Kanton Zürich	15 649	17 626	12,6%	19 883	27,1%	16 231	3,7%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E14 enthält die Anzahl Pflegetage nach SPLB für die Jahre 2019 und zeigt die Entwicklung der Pflegetage in den drei Szenarien. Die Pflegetage nehmen im Hauptszenario bis 2032 um 14,7 Prozent zu. Das Maximalszenario erwartet eine Zunahme um 29 Prozent und das Minimalszenario eine Zunahme um 5,7 Prozent. Damit nehmen die Pflegetage etwas stärker zu als die Austritte. Grund dafür ist, dass die Zahl der Austritte in Bereichen mit langen mittleren Aufenthaltsdauern überdurchschnittlich zunimmt. Dies führt zu einem leichten Anstieg der mittleren Aufenthaltsdauer bis 2032.

Abbildung E14: Prognoseergebnis nach SPLB, Pflegetage 2019 und 2032

SPLB	Pflegetage 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Pflegetage 2032	Veränderung	Pflegetage 2032	Veränderung	Pflegetage 2032	Veränderung
Demenzen und Delire	28 309	40 614	43,5%	42 137	48,8%	39 420	39,2%
Abhängigkeitserkrankungen	88 917	94 574	6,4%	108 006	21,5%	86 652	-2,5%
Psychotische und bipolare Störungen	105 306	115 806	10,0%	130 557	24,0%	106 840	1,5%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	178 183	201 943	13,3%	227 290	27,6%	185 945	4,4%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	31 254	36 139	15,6%	41 087	31,5%	32 960	5,5%
Persönlichkeitsstörungen	30 480	35 118	15,2%	40 256	32,1%	31 876	4,6%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	6 874	7 927	15,3%	8 935	30,0%	7 274	5,8%
Essstörungen	9 941	12 838	29,1%	14 611	47,0%	11 576	16,4%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	5 212	7 542	44,7%	8 366	60,5%	6 843	31,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	2 742	3 759	37,1%	4 246	54,9%	3 398	23,9%
Störungen des Sozialverhaltens	3 295	5 167	56,8%	5 744	74,3%	4 654	41,2%
Mutter-Kind-Behandlungen	2 190	2 231	1,9%	2 574	17,5%	2 033	-7,2%
Nichtorganische Schlafstörungen	593	661	11,5%	750	26,5%	608	2,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	3 157	5 146	63,0%	5 759	82,4%	4 605	45,9%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	1 315	1 528	16,2%	1 756	33,5%	1 383	5,2%
Nicht zuteilbar	2 001	2 252	12,5%	2 507	25,3%	2 099	4,9%
Total Kanton Zürich	499 769	573 245	14,7%	644 581	29,0%	528 166	5,7%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.3 Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Die Abbildung E15 stellt die Entwicklung der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauern (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 knapp 4 Prozent. Bei dieser Altersgruppe kann ein Teil der bisher stationären Fälle neu ambulant behandelt werden.

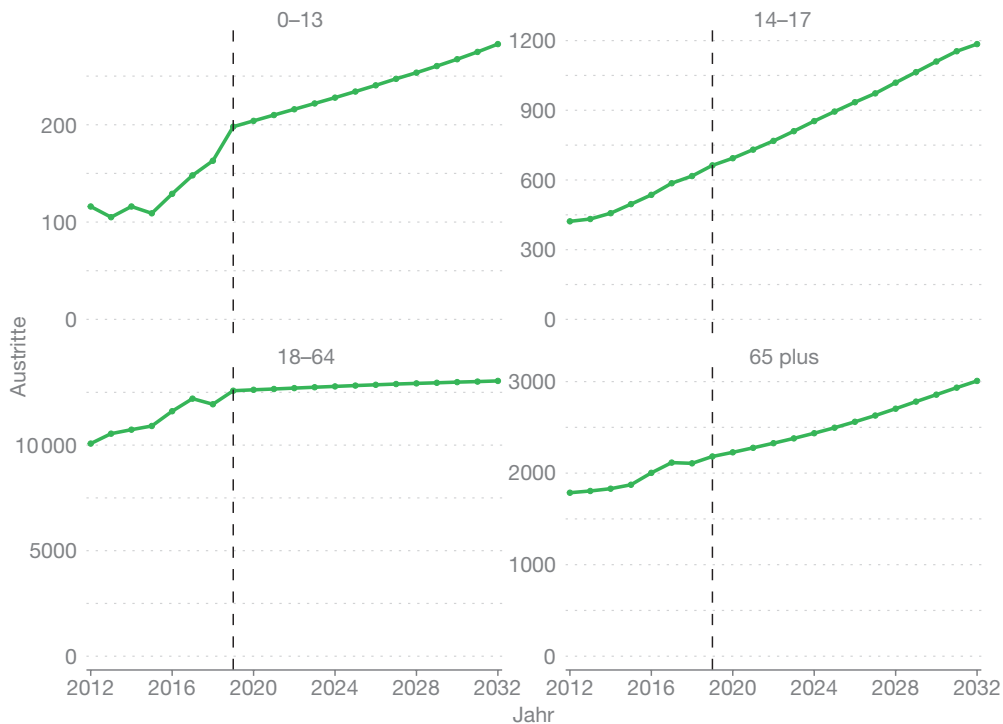
Die MAHD ist bei allen Altersgruppen nahezu unverändert. Im Modell zur Bedarfsprognose Psychiatrie gibt es keinen Einflussfaktor auf die MAHD. Die kleinen Veränderungen ergeben sich einzig aus Verschiebungen zwischen den Altersgruppen und dem Geschlecht aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2032. Da die Fallzahlen der Altersgruppen mit hohen MAHD bis 2032 am stärksten zunehmen, steigt die MAHD über alle Fälle um rund 2 Prozent, obwohl die MAHD in den einzelnen Altersgruppen fast konstant ist.

Abbildung E15: Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–13 Jahre	200	292	46,0%	62,8	62,5	-0,4%	12 554	18 223	45,2%
14–17 Jahre	678	1 224	80,5%	44,3	44,5	0,6%	30 020	54 519	81,6%
18–64 Jahre	12 591	13 041	3,6%	30,1	30,0	-0,1%	378 310	391 419	3,5%
65+ Jahre	2 180	3 069	40,8%	36,2	35,5	-1,8%	78 885	109 085	38,3%
Total Kanton Zürich	15 649	17 626	12,6%	31,9	32,5	1,8%	499 769	573 246	14,7%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E16 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 E16: Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Die Abbildung E17 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 E17: Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Horgen	2 016	2 290	13,2%	30,9	31,1	1,3%	62 196	71 135	14,7%
Oberland	3 346	3 800	13,2%	31,7	32,2	2,2%	106 140	122 159	15,6%
Winterthur – Unterland	4 699	5 266	11,2%	32,3	32,9	2,7%	151 633	173 347	14,2%
Zürich	5 588	6 270	12,0%	32,2	33,0	1,9%	179 800	206 606	14,1%
Total Kanton Zürich	15 649	17 626	12,6%	31,9	32,5	1,8%	499 769	573 247	14,7%

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. 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 E18 enthält Angaben zur Patientenmigration 2019. 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», «Abhängigkeitserkrankungen», «Mutter-Kind-Behandlungen» und «Forensische Psychiatrie» lassen sich in allen SPLB mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonale behandeln, als dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt werden. Der Wanderungssaldo für den Kanton Zürich beträgt –538 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 E18: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Demenzen und Delire	23	29	6	12
Abhängigkeitserkrankungen	263	257	20	14
Psychotische und bipolare Störungen	220	102	80	–38
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	843	505	50	–288
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	173	84	9	–80
Persönlichkeitsstörungen	129	55	5	–69
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	36	20	0	–16
Essstörungen	67	35	2	–30
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	17	11	0	–6
Autismus-Spektrum-Störungen	10	4	0	–6
Störungen des Sozialverhaltens	10	5	0	–5
Mutter-Kind-Behandlungen	5	28	0	23
Nichtorganische Schlafstörungen	19	1	0	–18
Säuglings- und kinderspez. Störungen	32	0	0	–32
Intellektuelle Beeinträchtigungen	6	2	0	–4
Forensische Psychiatrie	0	21	2	23
Nicht zuteilbar	20	1	1	–18
Total Kanton Zürich	1 873	1 160	175	–538

Quelle: Eigene Darstellung

Rund zwei Drittel der im Kanton Zürich behandelten Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton stammen aus den Nachbarkantonen. Die Abbildung E19 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. Basis zur Bestimmung des Wohnkantons ist für die Zürcher Spitäler die erhobene Variable «Wohnkanton». Für die ausserkantonalen Spitäler wird der Wohnkanton aus der Variable «Wohnort» der Medizinischen Statistik abgeleitet.

Abbildung E19: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkanton	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

Quelle: Eigene Darstellung

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 2021

Auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie werden fünf innerkantonale Kliniken der Allgemeinpsychiatrie mit insgesamt zehn Standorten im Kanton Zürich geführt (vgl. Abbildung E20): 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 Suchtfachklinik 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 Winterthur 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 E20: Standorte Psychiatriekliniken 2021

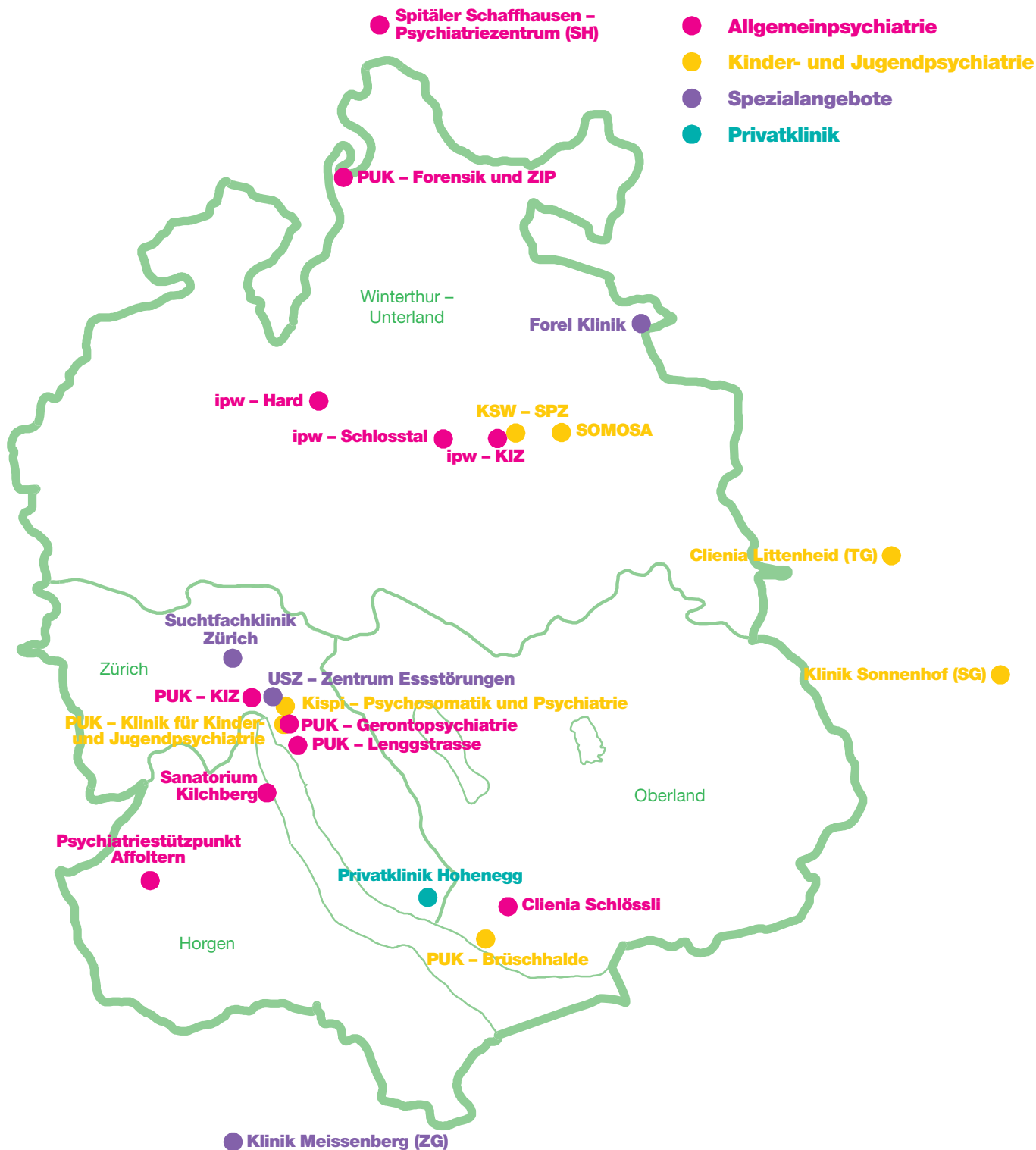
**Erbrachte Leistungen und Marktanteile 2019**

Abbildung E21 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 Clenia Privatklinik Schlössli und das Sanatorium Kilchberg verzeichnen zusammen ein weiteres Drittel der stationären Austritte im Kanton Zürich. Insgesamt 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 zum Beispiel auf die 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 3,4 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 2019 rund 700 Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt.

Abbildung E21: Austritte der Zürcher Spitäler 2019

Spitalname	Austritte			Total	Anteil an den stat. Fällen im Kt. ZH
	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	323	1 814	25	2 162	
Spitäler Schaffhausen	162	597	17	776	
Klinik Meissenberg	172	342	4	518	
Klinik Sonnenhof	39	185	0	224	
Total ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag	696	2 938	46	3 680	

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung E22 enthält die Marktanteile der Psychiatrien mit 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 Zürcher Leistungsauftrag behandelt. In absoluten Zahlen handelt es sich allerdings um wenige Fälle.

Abbildung E22: Marktanteile Psychiatrien mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Psychiatrien mit Leistungsauftrag		Psychiatrien ohne Leistungsauftrag	
	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal
Demenzen und Delire	97,4%	1,4%	0,1%	1,1%
Abhängigkeitserkrankungen	91,9%	1,8%	0,0%	6,2%
Psychotische und bipolare Störungen	92,6%	2,6%	0,2%	4,6%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	80,4%	5,1%	4,1%	10,5%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	75,4%	14,6%	3,0%	7,0%
Persönlichkeitsstörungen	86,7%	7,4%	0,0%	5,9%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	78,4%	11,7%	0,6%	9,4%
Essstörungen	56,3%	1,9%	1,3%	40,5%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	83,3%	12,0%	0,9%	3,7%
Autismus-Spektrum-Störungen	84,8%	4,5%	0,0%	10,6%
Störungen des Sozialverhaltens	83,6%	14,8%	0,0%	1,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	90,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	9,5%	0,0%	0,0%	90,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	54,3%	42,9%	0,0%	2,9%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	89,5%	0,0%	0,0%	10,5%
Forensische Psychiatrie	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nicht zuteilbar	59,2%	4,1%	0,0%	36,7%
Total Zürcher Patienten	86,1%	4,6%	1,7%	7,7%

Quelle: Eigene Darstellung

Erreichbarkeit der Zürcher Psychiatrien

Für den Fachbereich Psychiatrie ergibt die Erreichbarkeitsanalyse unter Berücksichtigung der auf der aktuellen Spitalliste 2021 Psychiatrie aufgeführten Kliniken (15 Leistungserbringer, davon liegen 11 im Kanton Zürich) folgende Ergebnisse (vgl. Abbildungen E23 und E24):

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 E23: Erreichbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung

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 E24: 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. Datengrundlage für die Kapitel F 1.1 und F 1.2 sind die erhobenen Fälle der Rehabilitation im Jahr 2019. Im Kapitel F 1.3 werden die Besonderheiten des Prognosemodells in der Rehabilitation umschrieben und die Resultate der Prognose dargestellt.

1.1 Bisherige Nachfrage

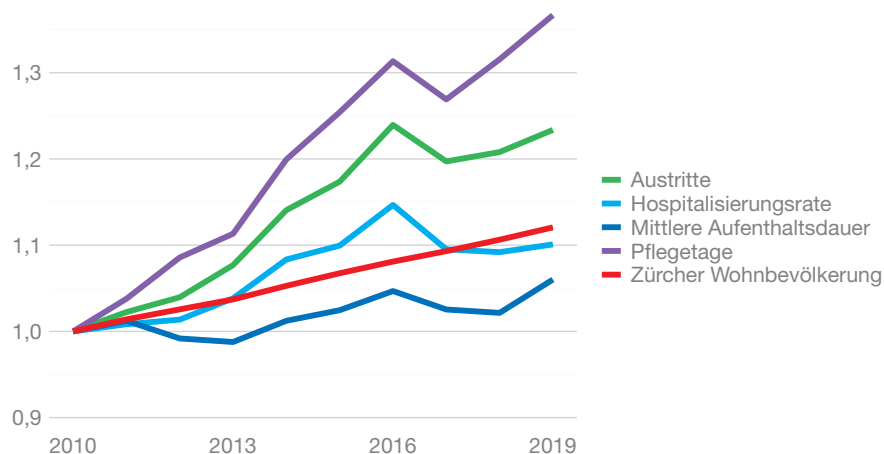
Die Zahl der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einer stationären rehabilitativen Behandlung ist seit 2010 insgesamt um 23 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung F1). Die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von 12 Prozent in derselben Zeitspanne. Im Jahr 2010 wurden 9875 Zürcherinnen und Zürcher rehabilitativ behandelt. 2016 wurde mit 12240 Austritten der bisherige Höchstwert erreicht. Nach einer Fallabnahme im Jahr 2017 wird dieser Wert 2019 mit 12183 Fällen fast wieder erreicht.

Bei der Anzahl Pflegetage 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 stark gestiegen. Die Pflegetage haben seit 2017 um 8 Prozent auf rund 315000 Pflegetage zugenommen.

Die Hospitalisierungsrate liegt 2019 bei knapp acht Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie ist im Vergleich zu 2010 um rund 0,7 höher. Seit 2016 ist die Hospitalisierungsrate allerdings gesunken, bevor sie 2019 wieder ganz leicht ansteigt.

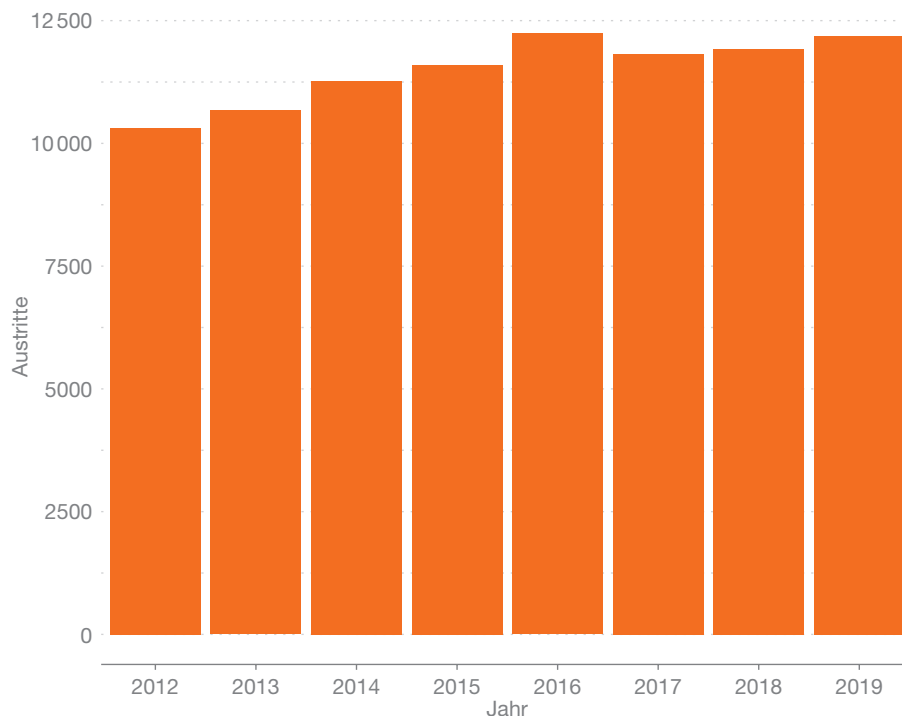
Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcherinnen und Zürcher in Rehabilitationskliniken beträgt im Jahr 2019 25,9 Tage. Sie ist damit 2019 nach einem Rückgang 2017 und 2018 wieder deutlich angestiegen.

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



Quelle: Eigene Darstellung

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 12 183 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten. Knapp 40 Prozent davon betreffen den Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) «Muskuloskelettale Rehabilitation». Weitere 25 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 468 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 12 183 Austritte verzeichnen rund 315 000 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. Deshalb kann die hier und in der Folge ausgewiesene Zahl leicht von der im Kapitel F 1.1 erwähnten Anzahl Pflage tage abweichen. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) entspricht folglich der Anzahl Pflage tage dividiert durch die Austritte, sie beträgt 25,9 Tage. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen. Eine stationäre neurologische Rehabilitation dauert im Schnitt über 36,6 Tage, während die MAHD in der internistischen und onkologischen Rehabilitation 20 Tage beträgt.

¹ www.zh.ch/kenndaten-spitaeler

Abbildung F3: Austritte nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Muskuloskelettal	4 838	21,9	105 814
Neurologisch	3 065	36,6	112 155
Kardiovaskulär	1 554	21,9	34 053
Pulmonal	775	21,1	16 379
Internistisch und onkologisch	1 355	19,9	26 966
Somatoform	128	27,7	3 543
Nicht zuteilbar	468	34,7	16 230
Total Kanton Zürich	12 183	25,9	315 140

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung F4 zeigt die Nachfrage stationärer Rehabilitationsleistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 43 Prozent aller Austritte und Pflegetage entfallen auf die Altersgruppe der über 75-Jährigen, die jedoch nur gut 8 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Ein weiteres knappes 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 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 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

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–17	114	40,8	4 648	17,9%
18–39	617	34,0	20 962	30,4%
40–59	2 314	28,5	66 014	29,2%
60–74	3 877	25,1	97 447	14,0%
75 plus	5 261	24,0	126 069	8,4%
Total Kanton Zürich	12 183	25,9	315 140	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. Knapp 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 Zürchern nach Wohnregion 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019
Limmattal	1 480	26,1	38 631
Linkes Seeufer	630	26,3	16 547
Oberes Glattal	1 487	24,6	36 631
Oberland	901	26,0	23 439
Rechtes Seeufer	795	24,4	19 399
Unterland	1 284	26,3	33 804
Winterthur	1 864	25,6	47 746
Zürich	3 742	26,4	98 943
Total Kanton Zürich	12 183	25,9	315 140

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. Zudem werden Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nicht zum Bedarf in der Rehabilitation gezählt.

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 keine starke Zunahme der Hospitalisierungsrate 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 Zunahme der Hospitalisierungsrate der Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren führen wird. Die Zahl der Fälle steigt somit etwas stärker an, als allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten ist.

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, wohnortsnaher 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. In der ST Reha Version 1.0 gibt es nur in der psychosomatischen Rehabilitation leicht degressive Tageskostengewichte. Die Tarifstruktur setzt somit keine starken Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern. 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 rehabilitationspezifischen 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 – basierend 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 443 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Alle Fälle, die als Hauptdiagnose eine F-Diagnose (ohne F45), Z65 oder Z73 codiert haben, werden der Psychiatrie zugeordnet. 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 22 Prozent von rund 11 700 auf 14 400. Die Pflagestage steigen ebenfalls um 22 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 gut 8 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 alt und 43 Prozent sind über 75 Jahre alt. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung führt deshalb dazu, dass die Fallzahlen in der Rehabilitation stärker steigen als in der Akutsomatik 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 rund 10 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt.

Abbildung F7: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung in %	Pflegetage 2019	Pflegetage 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	4 838	5 982	23,6%	105 742	130 011	23,0%
Neurologisch	3 065	3 702	20,8%	112 155	135 168	20,5%
Kardiovaskulär	1 554	1 916	23,3%	34 044	41 929	23,2%
Pulmonal	775	938	21,0%	16 359	19 711	20,5%
Internistisch und onkologisch	1 355	1 663	22,7%	26 966	32 983	22,3%
Somatoform	128	141	10,2%	3 543	3 895	9,9%
Nicht zuteilbar	25	30	20,0%	593	753	27,0%
Total Kanton Zürich	11 740	14 372	22,4%	299 402	364 450	21,7%

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 Spannbreite der Einschätzungen der Expertinnen und Experten zeigt, wie schwierig es ist, eine 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 Akutsomatik

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

Abbildung F8: Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik auf die Rehabilitation

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung Hauptszenario	Veränderung Maximalszenario	Veränderung Minimalszenario
Muskuloskelettal	4 838	5 141	6,3%	9,4%	0,0%
Total Kanton Zürich	11 740	12 043	2,6%	3,9%	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	4 838	4 905	1,4%	4,2%	0,0%
Neurologisch	3 065	3 094	0,9%	2,8%	0,0%
Kardiovaskulär	1 554	1 569	1,0%	2,9%	0,0%
Pulmonal	775	782	0,9%	2,6%	0,0%
Internistisch und onkologisch	1 355	1 368	1,0%	2,9%	0,0%
Somatoform	128	128	0,0%	0,0%	0,0%
Nicht zuteilbar	25	25	0,0%	4,0%	0,0%
Total Kanton Zürich	11 740	11 871	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	4 838	4 717	-2,5%	0,0%	-5,0%
Neurologisch	3 065	2 988	-2,5%	0,0%	-5,0%
Kardiovaskulär	1 554	1 515	-2,5%	0,0%	-5,0%
Pulmonal	775	756	-2,5%	0,0%	-5,0%
Internistisch und onkologisch	1 355	1 321	-2,5%	0,0%	-5,0%
Somatoform	128	125	-2,3%	0,0%	-4,7%
Nicht zuteilbar	25	24	-4,0%	0,0%	-4,0%
Total Kanton Zürich	11 740	11 446	-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)

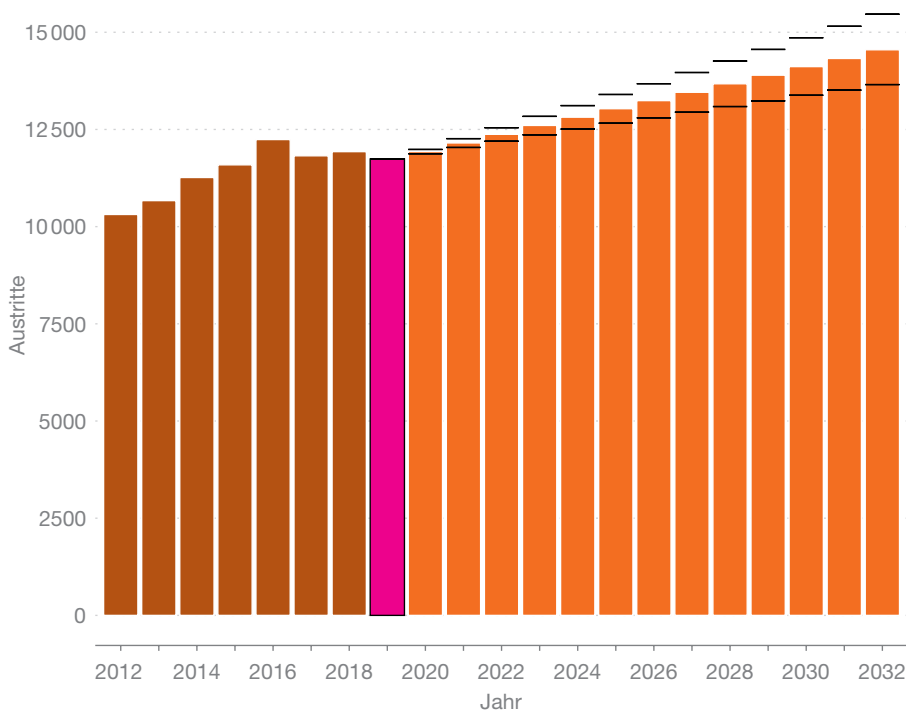
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gesamten Prognose der Rehabilitation nach verschiedenen Merkmalen dargestellt. Zuerst wird das Prognoseergebnis im Vergleich zur vergangenen Entwicklung dargestellt. Danach werden die Ergebnisse nach Leistungsbereichen, Altersgruppen und Wohnregionen unterschieden 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 443 Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgezogen. 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 23,9 Prozent zu rechnen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 1,7 Prozent und ist damit etwas tiefer als die beobachtete Fallzunahme 2012 bis 2019 von 2,4 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 23,9 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von aktuell rund 11 700 auf 14 500 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario sind es 31,7 Prozent (+3700 Austritte) und im Minimalszenario 16,3 Prozent (+1900 Austritte). In den meisten SPLB erwartet die Gesundheitsdirektion eine Zunahme um rund 20 Prozent. Ein deutlich stärkeres Wachstum der Fallzahlen gibt es im SPLB «Muskuloskelettale Rehabilitation» mit 30 Prozent. Einerseits wird aufgrund der Zunahme von Hüft- und Knieprothesenrevisionsoperationen eine Zunahme anschliessender Rehabilitationsbehandlungen erwartet. Andererseits weist dieser SPLB mit 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 50 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 7 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	4 838	6 288	30,0%	6 826	41,1%	5 683	17,5%
Neurologisch	3 065	3 646	19,0%	3 814	24,4%	3 517	14,7%
Kardiovaskulär	1 554	1 887	21,4%	1 974	27,0%	1 821	17,2%
Pulmonal	775	923	19,1%	964	24,4%	891	15,0%
Internistisch und onkologisch	1 355	1 638	20,9%	1 713	26,4%	1 580	16,6%
Somatoform	128	137	7,0%	141	10,2%	134	4,7%
Nicht zuteilbar	25	30	20,0%	31	24,0%	29	16,0%
Total Kanton Zürich	11 740	14 549	23,9%	15 463	31,7%	13 655	16,3%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung F13 enthält die Anzahl Pfl egetage nach SPLB für die Jahre 2019 und zeigt die Entwicklung der Pfl egetage in den drei Szenarien. Die Pfl egetage nehmen im Hauptszenario bis 2032 um 19,6 Prozent zu. Das Maximalszenario erwartet eine Zunahme um 30 Prozent und das Minimalszenario eine Zunahme um 4 Prozent. Damit nehmen die Pfl egetage etwas weniger stark zu als die Austritte. Grund dafür ist, dass das Modell im Hauptszenario eine leichte Reduktion der MAHD erwartet.

Abbildung F13: Prognoseergebnis nach SPLB, Pfl egetage 2019 und 2032

SPLB	Pfl egetage 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Pfl egetage 2032	Veränderung	Pfl egetage 2032	Veränderung	Pfl egetage 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	105 742	133 032	25,8%	147 930	39,9%	111 445	5,4%
Neurologisch	112 155	129 713	15,7%	139 006	23,9%	115 866	3,3%
Kardiovaskulär	34 044	40 259	18,3%	43 190	26,9%	35 942	5,6%
Pulmonal	16 359	18 906	15,6%	20 241	23,7%	16 896	3,3%
Internistisch und onkologisch	26 966	31 668	17,4%	33 971	26,0%	28 273	4,8%
Somatoform	3 543	3 706	4,6%	3 905	10,2%	3 339	-5,8%
Nicht zuteilbar	593	724	22,1%	778	31,2%	646	8,9%
Total Kanton Zürich	299 402	358 008	19,6%	389 021	29,9%	312 407	4,3%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.3 Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Abbildung F14 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 das Alter 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 (+33%) erwartet wird. Die zweithöchste Zunahme (+24%) 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.

Abbildung F14: Prognoseergebnis nach Altersgruppen

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–17 Jahre	109	123	12,8%	41,3	40,4	-2,2%	4 504	4 953	10,0%
18–39 Jahre	515	564	9,5%	33,1	32,2	-2,9%	17 063	18 144	6,3%
40–59 Jahre	2 075	2 183	5,2%	27,7	26,9	-2,9%	57 442	58 686	2,2%
60–74 Jahre	3 808	4 712	23,7%	25,0	24,3	-2,8%	95 062	114 345	20,3%
75 plus	5 233	6 968	33,2%	24,0	23,2	-3,0%	125 332	161 880	29,2%
Total Kanton Zürich	11 740	14 550	23,9%	25,5	24,6	-3,5%	299 403	358 008	19,6%

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.3.4 Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Abbildung F15 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 Oberland. Der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre beträgt 2019 in der Wohnregion Zürich 20,1 Prozent und steigt bis 2032 auf 21,1 Prozent. In der Region Oberland beträgt er 24,8 Prozent und steigt bis 2032 auf 29,1 Prozent. Die Entwicklung in den anderen Regionen bewegt sich zwischen diesen beiden Werten.

Abbildung F15: Prognoseergebnis nach Wohnregionen

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Limmattal	1 413	1 814	28,4%	25,7	24,8	-3,3%	36 274	45 028	24,1%
Linkes Seeufer	603	742	23,1%	26,0	24,7	-4,7%	15 649	18 339	17,2%
Oberes Glattal	1 446	1 844	27,5%	24,5	23,7	-3,3%	35 400	43 658	23,3%
Oberland	868	1 136	30,9%	25,3	24,2	-4,1%	21 945	27 542	25,5%
Rechtes Seeufer	768	919	19,7%	24,2	23,4	-3,4%	18 562	21 464	15,6%
Unterland	1 243	1 615	29,9%	26,0	25,2	-3,2%	32 282	40 622	25,8%
Winterthur	1 779	2 279	28,1%	25,2	24,2	-4,1%	44 869	55 097	22,8%
Zürich	3 620	4 200	16,0%	26,1	25,3	-3,0%	94 422	106 258	12,5%
Total Kanton Zürich	11 740	14 549	23,9%	25,5	24,6	-3,5%	299 403	358 008	19,6%

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.

2019 wurden 8505 Zürcher Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen stationär behandelt. Demgegenüber stehen 767 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Spitälern behandelt wurden (vgl. Abbildung F16). Dazu kommen 38 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo des Kantons Zürich ist für alle Spitalplanungsleistungsbereiche der Rehabilitation negativ; er beträgt –7700 Austritte. Mit anderen Worten, in allen SPLB lassen sich mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonal 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 zusätzlich. Zur Einschätzung der Höhe der Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten wird deshalb der aktuelle Stand verwendet.

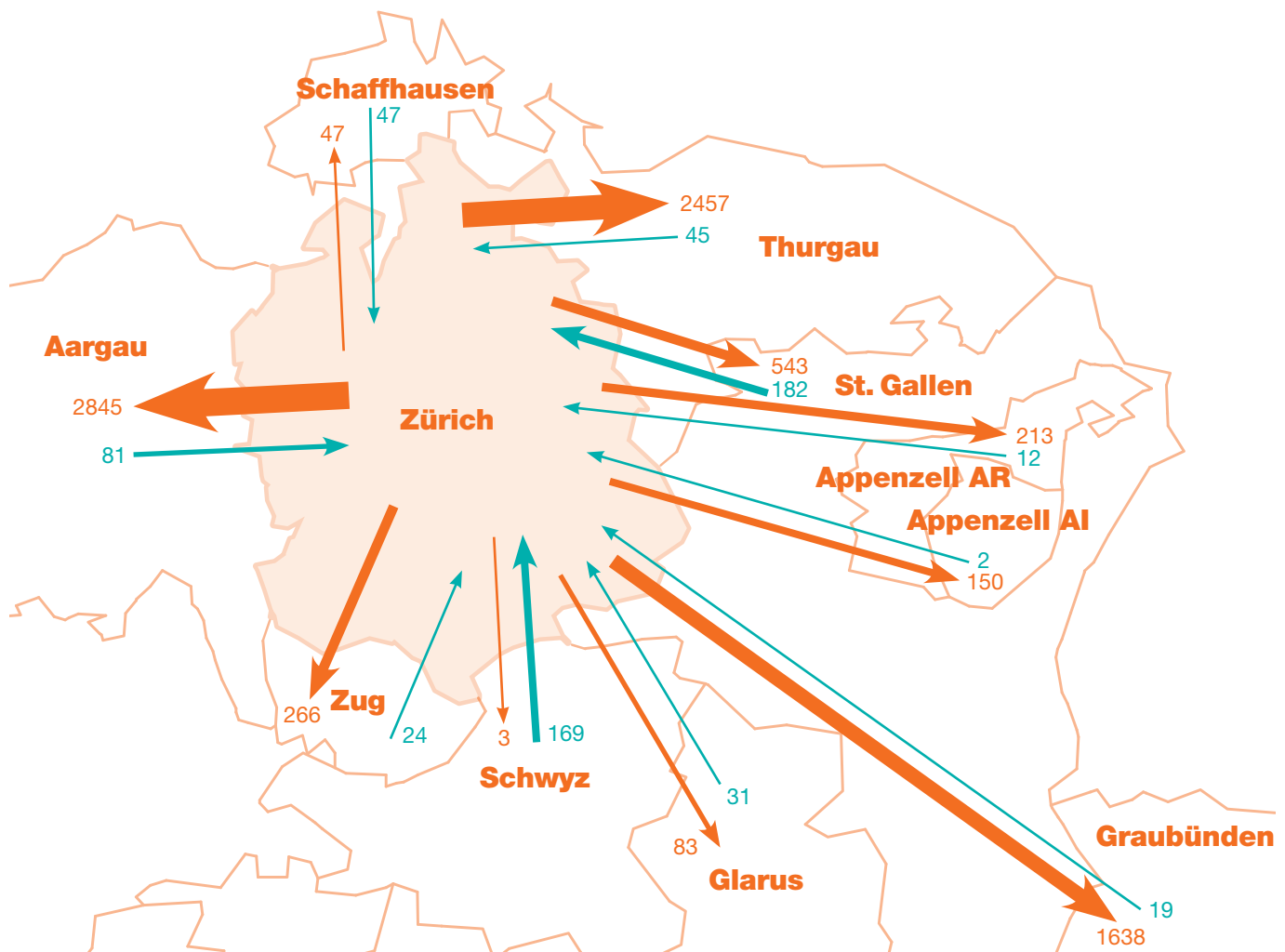
Abbildung F16: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019

SPLB	Zürcher/innen ausserkantonal	Ausserkantonale in Zürich	Ausländer/innen in Zürich	Saldo
Muskuloskelettal	3 865	132	8	–3 725
Neurologisch	1 678	321	18	–1 339
Kardiovaskulär	1 138	106	1	–1 031
Pulmonal	406	103	2	–301
Internistisch und onkologisch	844	96	8	–740
Somatoform	125	1	0	–124
Nicht zuteilbar	449	8	1	–440
Total Kanton Zürich	8 505	767	38	–7 700

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F17 zeigt die interkantonale Patientenmigration mit den Nachbarkantonen sowie weiteren Kantonen der GDK-Ost. Von den 8505 Zürcher Patientinnen und Patienten, die sich ausserkantonal in einer Rehabilitationsklinik behandeln lassen, werden 2845 im Kanton Aargau, 2457 im Kanton Thurgau und 1638 im Kanton Graubünden behandelt. Total entspricht dies rund 6900 Austritten und somit über 80 Prozent aller ausserkantonal behandelten Zürcherinnen und Zürchern. In den anderen in der Abbildung F17 aufgeführten Kantonen werden deutlich weniger Zürcherinnen und Zürcher behandelt.

Abbildung F17: Interkantonale Patientenmigration 2019



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 F18 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. Basis zur Bestimmung des Wohnkantons ist für die Zürcher Spitäler die erhobene Variable «Wohnkanton». Für die ausserkantonalen Spitäler wird der Wohnkanton aus der Variable «Wohnort» der Medizinischen Statistik abgeleitet.

Abbildung F18: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkanton	ZH
Muskuloskelett	20	5	13	44	4	1	40	127	932
Neurologisch	42	14	64	60	23	22	96	321	1388
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	3678

Quelle: Eigene Darstellung

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 2021

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 F19).

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 F19: Standorte Rehabilitationskliniken 2021



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 F20). 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 2019 rund 20200 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 F20: Austritte der Zürcher Spitäler 2019

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)	1 140	2 791	41%
RehaClinic Baden (AG)	600	1 176	51%
Rehaklinik Bellikon (AG)	517	1 586	33%
aarReha Schinznach (AG)	214	1 899	11%
Reha Rheinfelden (AG)	36	2 347	2%
Klinik Gais (AR)	185	1 143	16%
Rheinburg-Klinik (AR)	26	770	3%
REHAB Basel (BS)	15	501	3%
Zürcher RehaZentrum Davos (GR)	744	1 398	53%
Rehaklinik Seewis (GR)	257	727	35%
Kliniken Valens, Rehazentrum Valens (SG)	368	2 788	13%
Rehaklinik Dussnang (TG)	911	1 913	48%
Rehaklinik Zihlschlacht (TG)	366	1 145	32%
Total ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag	5 379	20 184	27%
Ausserkantonale Kliniken ohne Zürcher Leistungsauftrag	3 126	–	–

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung F21 enthält die Marktanteile der Rehabilitationskliniken mit und ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich. Zudem wird nach inner- und ausserkantonalen Rehabilitationskliniken unterschieden. 74 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten werden in einer Rehabilitationsklinik behandelt, die auf der Zürcher Spitalliste steht, und 30 Prozent in einer solchen Klinik mit Standort im Kanton. Die Abdeckung durch die Spitalliste ist in der neurologischen Rehabilitation mit 91 Prozent am höchsten. Die tiefste Abdeckung besteht beim SPLB kardiovaskuläre Rehabilitation mit 58 Prozent. Die Abdeckung durch die Spitalliste von rund 74 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 F21: Marktanteile Rehabilitationskliniken mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019

SPLB	Psychiatrien mit Leistungsauftrag		Psychiatrien ohne Leistungsauftrag	
	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal	Marktanteil innerkantonal	Marktanteil ausserkantonal
Muskuloskelettal	20%	54%	0%	26%
Neurologisch	45%	45%	0%	9%
Kardiovaskulär	27%	31%	0%	42%
Pulmonal	47%	21%	0%	32%
Internistisch und onkologisch	38%	31%	0%	32%
Somatoform	2%	79%	0%	19%
Nicht zuteilbar	4%	49%	0%	47%
Total Zürcher Patienten	30%	44%	0%	26%

Quelle: Eigene Darstellung

G

Ausblick

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

Mit der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion die Planung stationärer Leistungen über die Kantons Grenzen 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 erst 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 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 ein vermehrter Bedarf an wohnortsnahen, integrierten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation. Als «integriert» gelten Versorgungsstrukturen insbesondere dann, wenn sich die Rehabilitationsklinik mit Standort im Kanton Zürich auf dem Gelände eines Spitals mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik mit intensivmedizinischem Angebot (mindestens Level I) befindet sowie mit diesem medizinisch eng zusammenarbeitet.

Ein besonderes Augenmerk bei der Vergabe von wohnortsnahen Leistungsaufträgen wird auf Leistungsangeboten für geriatrische Rehabilitationspatientinnen und -patienten liegen. Die Nähe zum Wohnort ermöglicht dem stationären Rehabilitationsteam, sowohl das häusliche Umfeld der geriatrischen Patientinnen und Patienten stärker einzubeziehen als auch enger mit nachgeschalteten Versorgern (Hausärzte/-innen, Spitex-Dienste, ambulante Rehabilitationen oder Pflegeheime) zusammenzuarbeiten. Das Rehabilitationsziel der geriatrischen Patientinnen und Patienten, wieder eine bestmögliche selbstständige Lebensführung in angestammter Wohnsituation zu erlangen, wird damit gefördert.

Die konkrete Bedarfsdeckung erfolgt auf Basis der Bedarfsprognose und der Bewerbungen und wird im Strukturbericht abgebildet.

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 sollen, 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 werden gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften und Organisationen nationale Qualitätsprogramme angestrebt. Dabei ist nicht nur die Dokumentation in Registern zentral, sondern auch deren Einbettung in ein Qualitätsprogramm mit offener, transparenter Qualitätskultur, kollegialem Fachaustausch, Peer-Reviews und einem gemeinsamen Verbesserungsprozess.

Das Qualitätsprogramm «Swissvasc» der Schweizerischen Gesellschaft für Gefässchirurgie oder das Qualitätsprogramm der Gesellschaft der Chirurgen des Kantons Zürich (CGZH) im Bereich der Kolonchirurgie sind dabei zwei Pilotprojekte, deren Umsetzung bereits angestossen wurde. In den kommenden zehn Jahren wird selektiv eine Teilnahme an Qualitätsprogrammen bei zusätzlichen Leistungsaufträgen eingeführt werden.

Zertifikate und Labels können als Nachweis für die Teilnahme an Qualitätsprogrammen fungieren. Sie sollten jedoch den gängigen Konformitätsregeln entsprechen, national oder international verankert sein und von unabhängigen, akkreditierten Institutionen überprüft werden. Zusätzlich wird die Gesundheitsdirektion in der Zukunft vermehrt auf die Strukturen und Verankerungen dieser Zertifikate achten.

Ergänzend zu den Qualitätsprogrammen 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. Beispielsweise können anhand von Routinedaten Aussagen zur Prozessqualität der Patientensicherheit gemacht werden. Auch von Interesse ist die Nutzung von Routinedaten bei der Ergebnisqualität, wie der Mortalitätsrate nach Spitalaufenthalt. Daneben gibt es eine Vielzahl von Parametern, die zusätzlich berücksichtigt werden können und einen Rückschluss auf die Qualität zulassen. Unterschieden werden dabei prozessorientierte Parameter (z. B. Anzahl Stürze oder Komplikationen im Spital) und leistungsspezifische Parameter (z. B. die Mortalität 1, 3 und 6 Monate nach einem bestimmten Eingriff). Mit dem Ziel, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität aufzubauen, wird die Gesundheitsdirektion einen Fokus auf leistungsspezifische Qualitätsindikatoren legen.

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.

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 akutgeriatriische Komplexbehandlung qualifiziert, 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.

H

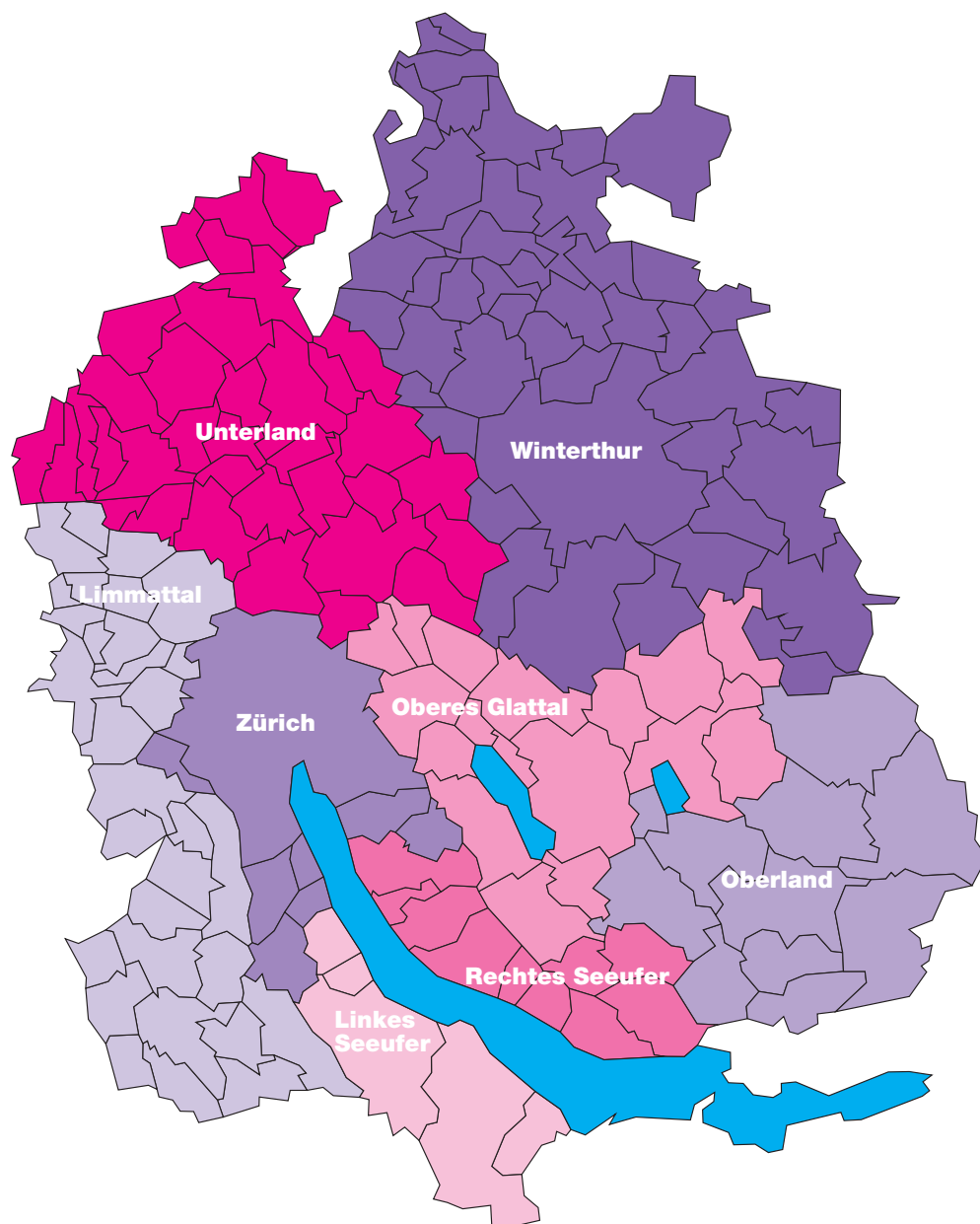
Anhang

- 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	Integrierte Versorgung wird in der Regel gleichbedeutend mit «vernetzter» oder «koordinierter» Versorgung verwendet, wobei je nach Kontext und treibendem Akteur die einzelnen Elemente unterschiedlich ausgestaltet und unterschiedlich gewichtet werden. Integrierte Versorgungsmodelle zeichnen sich durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und medizinischen Fachdisziplinen über den ganzen Behandlungspfad aus (Quelle: Obsan 2015, Dossier Nr. 45).
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
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger 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.

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
MDC	Major Diagnostic Category, die Hauptdiagnosekategorie im DRG-System. Diese bildet eine erste Ebene zur Beschreibung der verschiedenen Behandlungsgruppen in DRG-Systemen.
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 Pflegetagen 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 Pflegetage 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

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
SPLB	Spitalplanungsleistungsbereiche: Einzelne SPLG können zu SPLB zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des medizinischen Leistungsprofils eines Spitals.
Spitalstandort	Ein Spital ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer und damit verbunden ambulanten medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Ein Spitalstandort ist dabei Teil eines Spitals mit einer gewissen organisatorischen Selbständigkeit.
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

**Abkürzung/
Stichwörter****Bezeichnung/Erläuterung**

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	25
Abbildung B3	Bewerbung um einen Listenplatz auf der Spitalliste 2023	27
Abbildung B4	Prozessuales Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge	29
Abbildung C1	Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019	34
Abbildung C2	Subsidiäre Fallzuteilungslogik	35
Abbildung C3	Wohnregionen Akutsomatik/Rehabilitation und Psychiatrie	36
Abbildung C4	Herleitung der Fallzahlen und Pflagestage	40
Abbildung C5	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	40
Abbildung C6	Prognosemodell der Akutsomatik	41
Abbildung C7	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032	42
Abbildung C8	Bevölkerung nach Altersgruppen, 2019 und 2032	43
Abbildung C9	Bevölkerung nach Alter, 2019 und 2032	43
Abbildung C10	Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032	44
Abbildung C11	Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 und 2032	44
Abbildung C12	Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	55
Abbildung C13	Beispielhafte Spitalliste Psychiatrie	56
Abbildung C14	Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation	65

	Seite
Abbildung C15 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	68
Abbildung C16 Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation	69
Abbildung D1 Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	80
Abbildung D2 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2019	81
Abbildung D3 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	82
Abbildung D4 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	82
Abbildung D5 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	83
Abbildung D6 Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019	84
Abbildung D7 Nettomigration im Kanton Zürich (>1000 Austritte) 2019	84
Abbildung D8 Drei Schritte zur Bestimmung des ambulanten Potenzials	87
Abbildung D9 Verwendung der Einflussfaktoren Akutsomatik je Szenario	88
Abbildung D10 Effekt der demografischen Entwicklung	89
Abbildung D11 Effekt der medizintechnischen Entwicklung	90
Abbildung D12 Effekt der Korrektur für kantonale Überversorgung	91
Abbildung D13 Effekt der Substitution stationär durch ambulant	92
Abbildung D14 Szenario starke Substitution stationär durch ambulant	93
Abbildung D15 Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	94
Abbildung D16 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	95
Abbildung D17 Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	96
Abbildung D18 Prognoseergebnis nach SPLB und Szenario	97
Abbildung D19 Prognoseergebnis nach Altersgruppe	97
Abbildung D20 Prognoseergebnis nach Wohnregion	98
Abbildung D21 Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019 (ausserkantonale: 2018)	99
Abbildung D22 Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	100
Abbildung D23 Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2021	102
Abbildung D24 Austritte der Zürcher Spitäler 2019	103
Abbildung D25 Marktanteil Listen- und Vertragsspitäler nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	104
Abbildung D26 Erreichbarkeit der akutsomatischen Grundversorgung	105
Abbildung D27 Erreichbarkeit von allen Akutspitalern der Grundversorgung im Kanton Zürich	105
Abbildung E1 Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	108
Abbildung E2 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2019	109
Abbildung E3 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	110
Abbildung E4 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	110
Abbildung E5 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	111
Abbildung E6 Interkantonale Nettomigration 2019	111
Abbildung E7 Einflussfaktor Inanspruchnahme	113
Abbildung E8 Verwendung der Einflussfaktoren Psychiatrie je Szenario	113
Abbildung E9 Effekt der demografischen Entwicklung	115
Abbildung E10 Effekt der Substitution stationär durch ambulant	116
Abbildung E11 Effekt der steigenden Inanspruchnahme	116
Abbildung E12 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	118
Abbildung E13 Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	119
Abbildung E14 Prognoseergebnis nach SPLB, Pflage tage 2019 und 2032	119
Abbildung E15 Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)	120
Abbildung E16 Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032	121
Abbildung E17 Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)	121
Abbildung E18 Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019	122
Abbildung E19 Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	123
Abbildung E20 Standorte Psychiatriekliniken 2021	125

	Seite
Abbildung E21 Austritte der Zürcher Spitäler 2019	126
Abbildung E22 Marktanteile Psychiatrien mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	127
Abbildung E23 Erreichbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung	127
Abbildung E24 Erreichbarkeit von allen psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich	128
Abbildung F1 Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010=100)	130
Abbildung F2 Entwicklung Austritte 2012 bis 2019	131
Abbildung F3 Austritte nach SPLB 2019	132
Abbildung F4 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	132
Abbildung F5 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	133
Abbildung F6 Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario	134
Abbildung F7 Effekt der demografischen Entwicklung	135
Abbildung F8 Effekt der medizintechnischen Entwicklung in der Akutsomatik auf die Rehabilitation	136
Abbildung F9 Effekt der Zunahme der geriatrischen Rehabilitation	136
Abbildung F10 Effekt der Substitution stationär durch ambulant	136
Abbildung F11 Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	137
Abbildung F12 Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	138
Abbildung F13 Prognoseergebnis nach SPLB, Pflegetage 2019 und 2032	138
Abbildung F14 Prognoseergebnis nach Altersgruppen	139
Abbildung F15 Prognoseergebnis nach Wohnregionen	139
Abbildung F16 Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019	140
Abbildung F17 Interkantonale Patientenmigration 2019	141
Abbildung F18 Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	141
Abbildung F19 Standorte Rehabilitationskliniken 2021	142
Abbildung F20 Austritte der Zürcher Spitäler 2019	143
Abbildung F21 Marktanteile Rehabilitationskliniken mit und ohne Zürcher Leistungsauftrag nach SPLB sowie Spitalstandort 2019	144

