



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Generalsekretariat

Zürcher Spitalplanung 2012

Teil 2: Strukturbericht

Vernehmlassungsversion Mai 2011

Vorwort des Gesundheitsdirektors

Liebe Leserin, lieber Leser

Als Zürcher Gesundheitsdirektor ist es meine Aufgabe, eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die Zürcher Bevölkerung sicherzustellen. Nicht zu jedem beliebigen Preis, sondern unter effizientem Einsatz von Staatsmitteln. Und nicht völlig frei, sondern mit Vorgaben des Bundes. Diese Vorgaben wurden mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes verändert, insbesondere im Bereich der Spitalplanung und -finanzierung. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsdirektion das neue Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) entworfen, das Anfang Mai vom Kantonsrat verabschiedet wurde. Das SPFG setzt wettbewerbsstärkende Impulse, unterstützt die freie Spitalwahl für Patientinnen und Patienten und bezieht Privatspitäler vermehrt in die Gesamtversorgung mit ein.

Parallel zum neuen Gesetz hat die Gesundheitsdirektion die Zürcher Spitalplanung aktualisiert. Die Spitalplanung 2012 orientiert sich in erster Linie an den in den nächsten zehn Jahren benötigten medizinischen Leistungen wie Blinddarm- und Hüftoperationen. Dabei handelt es sich nur um stationäre Spitalleistungen der obligatorischen Grundversicherung. Leistungen der Zusatzversicherungen und ambulante Leistungen werden von der Spitalplanung nicht erfasst.

Wie beim SPFG verfolgt der Kanton Zürich bei der Spitalplanung 2012 einen wettbewerbsorientierten Ansatz: Die Planung soll nur dort steuernd eingreifen, wo die medizinische Behandlungsqualität verbessert oder die Kosten gesenkt werden können. Ich bin überzeugt, dass die neue Spitalplanung damit eine Chance ist, den Spitalplatz Zürich zu stärken und die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung weiter zu verbessern.

Von Beginn an war es mir in der Spitalplanung 2012 ein Anliegen, dass die Gesundheitsdirektion transparent vorgeht und die Betroffenen einbezieht – auch bei schwierigen Aufgaben. So wurden für die Bildung der Leistungsgruppen, auf denen die Planung basiert, rund 100 Fachexperten aus 20 Zürcher Spitälern beigezogen. Und alle an einem Listenplatz interessierten Spitäler bekamen die Gelegenheit, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben. Mit diesem Vorgehen hat die Zürcher Spitalplanung über die Kantonsgrenzen hinaus grosses Interesse geweckt. Es freut mich, dass wir viele Kantone bei der Anwendung unseres Planungsmodells, unserer Leistungsgruppen und unseres Bewerbungsverfahrens unterstützen konnten.

Der vorliegende Strukturbericht ist das Ergebnis des Zürcher Bewerbungsverfahrens und die zweite Etappe der Spitalplanung 2012. Die erste Etappe wurde im Dezember 2009 mit der Publikation des Versorgungsberichts abgeschlossen. Damals stand die Frage im Zentrum, welche medizinischen Leistungen die Zürcher Bevölkerung im stationären Spitalbereich und in der Rehabilitation in Zukunft benötigen wird. Der heute vorliegende Strukturbericht zeigt nun, welche Spitäler diese Leistungen zukünftig erbringen sollen.

Zum Strukturbericht wird eine breite Vernehmlassung durchgeführt, um ihn zu verifizieren und wenn nötig zu optimieren. Die Gesundheitsdirektion will ihr Wirken laufend überprüfen, denn Steuerung im Gesundheitswesen ist kein einmaliger Akt, sondern ein ständiger Prozess. Unser Gesundheitswesen ist in Bewegung – und wir mit ihm.

Zürich, im Mai 2011



*Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger,
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich*

A	Überblick über die Zürcher Spitalplanung	11
1	Bisherige Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten	11
2	KVG-Revision 2007	12
3	Projekt Spitalplanung 2012	13
4	Koordination mit anderen Kantonen	17
5	Aufbau des Strukturberichts	17
B	Akutsomatik	19
1	Leistungsgruppen	19
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppen	19
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppen	20
1.3	Leistungsgruppen im Überblick	22
1.4	Übernahme der Leistungsgruppen in anderen Kantonen	26
2	Bedarfsprognose	26
2.1	Datenbasis und Prognosemethodik	26
2.2	Bisherige Nachfrage	44
2.3	Bedarfsentwicklung bis 2020	52
3	Evaluationskriterien	66
3.1	Generelle Anforderungen	67
3.2	Leistungsspezifische Anforderungen	70
4	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber	81
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	81
4.2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	82
4.3	Leistungsangebot der Bewerber	83
5	Evaluationsverfahren	88
5.1	Prüfung der generellen Anforderungen	90
5.2	Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen nach Spitälern	98
6	Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik	110

C	Rehabilitation	113
1	Leistungsgruppen	114
1.1	Anforderungen	115
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppen	115
1.3	Leistungsgruppen im Überblick	116
1.4	Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten	118
2	Bedarfsprognose	120
2.1	Datenbasis und Methodik	120
2.2	Bisherige Nachfrage	126
2.3	Bedarfsentwicklung bis 2020	129
3	Evaluationskriterien	132
3.1	Generelle Anforderungen	132
3.2	Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen	135
4	Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber	138
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	138
4.2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	140
4.3	Leistungsangebot der Bewerber	141
5	Evaluationsverfahren	146
5.1	Muskuloskelettale Rehabilitation	147
5.2	Neurologische Rehabilitation	149
5.3	Rehabilitation Querschnittsgelähmter	150
5.4	Kardiovaskuläre Rehabilitation	151
5.5	Pulmonale Rehabilitation	152
5.6	Internistisch-onkologische Rehabilitation	153
5.7	Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	154
5.8	Frührehabilitation	155
5.9	Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	156
6	Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation	157
D	Ausblick	160
1	Vernehmlassungsverfahren und Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2012	161
2	Controlling der Leistungsaufträge	162
3	Spitalplanung als rollende Planung	163
E	Anhang	164
1	Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen	165
2	Methodik Prognose Einflussfaktoren	166
3	Glossar und Verzeichnisse	175

Redaktionelle Hinweise

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

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

Projektteam Spitalplanung 2012

Hansjörg Lehmann, Leiter

Michael Vetter, stv. Leiter

Norman Bieri

Susanne Hasse

Susanne Imhof

Siegfried Schuster

Simon Stahel

Monika Troxler

A Überblick über die Zürcher Spitalplanung



Dieses Kapitel soll einen Überblick über die bisherigen Zürcher Spitalplanungen und die aktuelle Zürcher Spitalplanung 2012 geben. Nachfolgend werden zuerst die bisherigen Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten thematisiert. Anschliessend werden die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 21. Dezember 2007 sowie die Umsetzung im Kanton Zürich mit dem Projekt Spitalplanung 2012 beschrieben. Schliesslich wird die Koordination mit den Spitalplanungen anderer Kantone dargestellt und ein kurzer Überblick über die Struktur des vorliegenden Berichts gegeben.

1 Bisherige Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten

Gestützt auf die kantonale Gesundheitsgesetzgebung und die Verpflichtung zum optimalen Einsatz der Staatsmittel unterhält der Kanton Zürich bereits seit rund 60 Jahren eine Spitalplanung, die im Wesentlichen das gleiche Ziel verfolgt wie das KVG: eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Das Gesundheitsgesetz des Kantons stand daher stets im Einklang mit der bundesrechtlichen Vorgabe.

1947 veröffentlichte die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich einen ersten Plan für den Ausbau des Krankenhauswesens. Dieser Plan stellte die erste kantonale Spitalplanung dar. In den Jahren 1957 und 1965 wurden neue Planungen erstellt. 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 zunahm und neue Suchtkrankheiten auftraten. 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 der Krankenhausplanung. Die Krankenhausplanung 1991 beruhte auf der Planung 1978, wurde jedoch in vielen Bereichen ver-

feinert, präzisiert und durch medizinische Fachkonzepte ergänzt. Die Struktur der akutsomatischen Versorgung gemäss Krankenhausplanung 1991 war vierstufig und umfasste

1. eine hochspezialisierte Versorgung durch die Spitäler des universitären Komplexes;
2. eine spezialisierte überregionale Versorgung in den Zentralspitälern;
3. eine erweiterte Grundversorgung, wahrgenommen durch die über das Kantonsgebiet verteilten Schwerpunktspitäler;
4. eine dezentrale, teilregionale Grundversorgung in den Regionalspitälern.

Die Struktur wurde durch Ergänzungsspitäler vervollständigt, die Leistungen in spezialisierten Segmenten anboten.

Aufgrund des KVG vom 18. März 1994, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, wurden die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und darauf abgestützt eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen. Die der Spitalliste 1998 in der Folge zugrunde gelegte Spitalplanung basierte grundsätzlich auf der Zürcher Krankenhausplanung 1991. Die Planung erfolgte primär kapazitätsorientiert und als Steuerungsgrösse wurde der fachgebietsbezogene Bettenbedarf am Behandlungsort gewählt. Die Überkapazitäten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Bettenbedarf in Allgemeinabteilungen) wurden über Schliessungen von Regionalspitälern abgebaut. Betriebe mit weniger als 100 Betten wurden nicht in die Spitalliste aufgenommen. Die Versorgungsstruktur wurde in folgende drei Stufen gegliedert:

1. die hochspezialisierte Versorgung, welche durch die Universitätsspitäler erbracht wird;
2. die spezialisierte Versorgung, die durch die Zentral- und Universitätsspitäler sichergestellt wird;
3. 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 zu-

vor inner- und ausserkantonale Ergänzungsspitäler Leistungsaufträge, um Zürcher Kantonseinwohner in der allgemeinen Abteilung zu behandeln. Dabei handelte es sich in erster Linie um ausserhalb der vorstehenden Klassifizierung stehende Rehabilitationskliniken.

Seit der erstmaligen Festsetzung der Zürcher Spitalliste im Juni 1997 wurde diese mehrmals angepasst. Die Hauptanpassung erfolgte 2001, weshalb die Liste in der Folge als Spitalliste 2001 bezeichnet wurde. Seit ihrer erstmaligen Festsetzung ist die Zürcher Spitalliste bis heute unverändert zweigeteilt und gliedert sich in eine Liste A und eine Liste B:

- Die Spitalliste A führt alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf: Entsprechende Leistungsaufträge wurden vom Kanton bei ausgewiesenem Bedarf vergeben und mit der Beteiligung dieser Spitäler an der stationären Versorgung von Patienten der Allgemeinabteilung und je nach Auslastung von Notfall- und Risikopatienten verknüpft.

- Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In diesem Bereich galt der freie Wettbewerb. Der Kanton musste lediglich für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen sorgen. In die Spitalliste B wurden deshalb auf Antrag sämtliche Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Zürich aufgenommen, sofern sie die gesundheitspolizeilichen Bedingungen erfüllten.

2 KVG-Revision 2007

Das zentrale Element der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kosten-erstattung zu einem Preissystem: Ab 2012 müssen alle auf der neuen Spitalliste geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System¹ entschädigt werden. Nach dem bisherigen System konnten die Spitäler jeden Eingriff und jeden Aufenthaltstag einzeln verrechnen, neu werden sie

¹ DRG steht für Diagnosis Related Groups.

² Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitälern wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG, aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

³ Gemäss Art. 58c lit. b KVV kann die Planung in der Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen.

⁴ Gemäss Absatz 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) setzen die Kantone ihren Finanzierungsanteil nach Art. 49a Abs. 2 KVG spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Abs. 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

pauschal pro standardisierten Fall bezahlt. Zudem werden mit der Revision die inner- und ausserkantonale freie Spitalwahl² garantiert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen.

Als Folge dieser Revision sind auch die kantonalen Spitallisten und Spitalplanungen zu überarbeiten. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen. Neu hat die Spitalplanung jedoch leistungsorientiert zu erfolgen³. Für die Planung stehen nicht mehr Bettenkapazitäten, sondern medizinische Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit stützen.

In Zukunft wird zudem keine zweigeteilte, wie die heutige Zürcher Spitalliste mit Abschnitten A und B, sondern nur noch eine integrale Spitalliste zulässig sein. Diese hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Dabei wird inskünftig zwischen den folgenden drei Typen von Spitälern unterschieden:

1. Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahme-pflicht etc.);
2. Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
3. Ausstandsspitäler ohne Anspruch auf Vergütung gemäss KVG.

Der Kanton wird den gesetzlichen Kostenanteil der stationären Behandlung eines Zürcher Patienten in einem Spital oder einem Geburtshaus nur in einem Listenspital auf der Basis des Standards der allgemeinen Abteilung übernehmen.

Dabei muss der kantonale Kostenanteil ab 2012 mindestens 45 und ab 2017 mindestens 55 Prozent betragen.⁴ Für das Jahr 2012 hat der Zürcher Regierungsrat den Anteil bereits auf 51 Prozent festgelegt.

3 Projekt Spitalplanung 2012

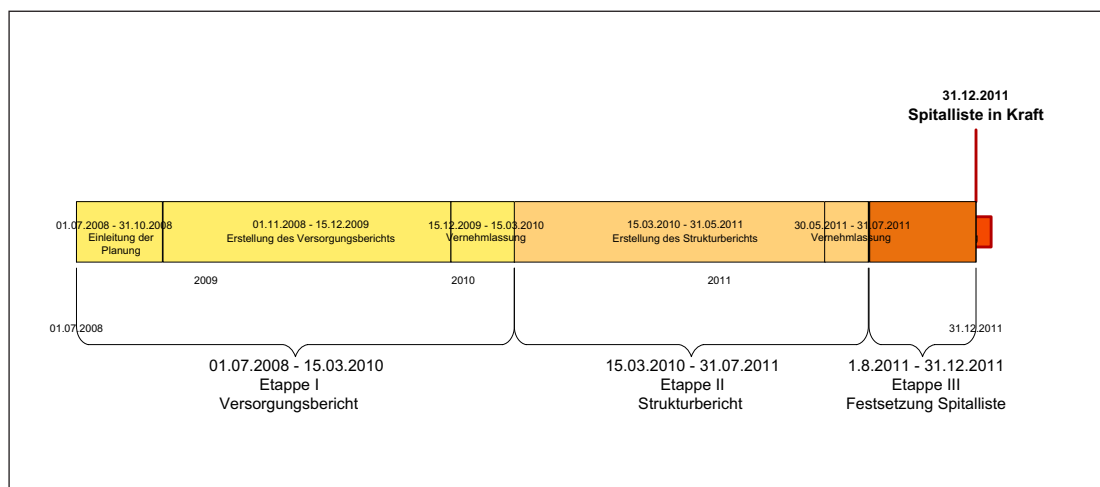
Nach den Übergangsbestimmungen des KVG haben die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, das heisst spätestens am 1. Januar 2015, den revidierten KVG-Bestimmungen zu entsprechen. Damit steht auch der Kanton Zürich vor der Aufgabe, die der geltenden Zürcher Akutspitalliste zugrunde liegende Spitalplanung zu erneuern. Der Regierungsrat hat dazu im Juli 2008 einen entsprechenden Projekt-auftrag erteilt.

Die Übergangsfrist soll dabei nicht ausgeschöpft und die Ablösung der Zürcher Spitalliste 2001 auf den 1. Januar 2012 realisiert werden. Nicht Bestandteil des Projekts Spitalplanung 2012 ist die Psychiatrie- und Pflegeheimplanung.

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz lässt den Kantonen einen gewissen Spielraum in Bezug auf das Ausmass an planerischen Eingriffen. Der Regierungsrat hat sich entschieden, den Akteuren möglichst viel Freiraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen. Mit der Spitalplanung soll primär dort steuernd eingegriffen werden, wo der Wettbewerb nicht funktioniert und deshalb mit planerischen Massnahmen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden können. Der Regierungsrat und die Gesundheitsdirektion sehen die Spitalplanung 2012 als eine Chance, den «Spitalplatz Zürich» zu stärken und die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung weiter zu verbessern.

Um ein möglichst transparentes Vorgehen zu garantieren, entschied der Regierungsrat, dass die Erarbeitung der neuen Spitalplanung in Etappen gegliedert werden soll: den Versorgungsbericht, den Strukturbericht und die Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2012. Die Gesundheitsdirektion hat den vorgesehenen Zeitplan wie unten dargestellt eingehalten:

Abbildung 1: Zeitplan der Zürcher Spitalplanung 2012



1. Etappe: Versorgungsbericht

Die erste Etappe der Spitalplanung 2012 wurde mit der Publikation des Versorgungsberichts im Dezember 2009 planmässig abgeschlossen. Im Versorgungsbericht geht es um die Frage, welche medizinischen Leistungen (Art und Menge) die Zürcher Wohnbevölkerung im stationären Spitalbereich und in der Rehabilitation in Zukunft benötigt. Dazu wurden die bisherige Nachfrageentwicklung der Zürcher Wohnbevölkerung abgebildet und der zukünftige Leistungsbedarf mit Prognosehorizont bis ins Jahr 2020 ermittelt. Es wurden Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung berücksichtigt. Da die Gesundheitsdirektion in der aktuellen Spitalplanung grossen Wert auf eine frühzeitige Einbindung der betroffenen Institutionen legt, führte sie bereits zum Versorgungsbericht eine breite Vernehmlassung durch. Die wichtigsten Kritikpunkte der Vernehmlassungsteilnehmer und der daraus abgeleitete Anpassungsbedarf werden in der nachfolgenden Box thematisiert.

Anpassungen aufgrund der Vernehmlassung zum Versorgungsbericht

Generell wurde der Versorgungsbericht positiv bewertet. Die meisten der rund 130 Rückmeldungen bezeichneten den Versorgungsbericht als übersichtlich, lesefreundlich und in der Methodik der Bedarfsermittlung nachvollziehbar. Eine Mehrheit der Spitäler begrüßte im Interesse der Planungs- und Rechtssicherheit die vorgeschlagene rasche Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung. Gesamthaft besonders positiv beurteilt wurden die sorgfältige Aufarbeitung der Daten und die klaren Aussagen zur zukünftigen Entwicklung der Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen. Einzelne kritische Einwände gab es vor allem zur Bedarfsprognose und zur Kategorisierung der medizinischen Leistungen.

1. Bedarfsprognose zu niedrig?

Die kritischen Anmerkungen konzentrieren sich auf die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Patientenzahlen. Der Bericht schätze das Wachstumspotenzial zu tief ein und berücksichtige insbesondere den überproportionalen Anstieg im Zeitraum 2003 bis 2008 nur ungenügend.

Die Gesundheitsdirektion ist dagegen überzeugt, dass die langfristige Prognose nicht von einem kurzfristigen Trend abgeleitet werden darf. So lässt sich der überproportionale Anstieg der Patientenzahlen in den Jahren 2003 bis 2008 im Wesentlichen auf in diesem Zeitraum erfolgte Änderungen in den Falldefinitionen zurückführen. Beispielsweise wurden in dieser Phase früher nicht als stationäre Aufenthalte eingestufte vorübergehende Kurzaufenthalte neu den stationären Fällen zugeteilt. Die Zahlen aus diesem Zeitraum sind deshalb mit den Zahlen der Vorjahre nur bedingt vergleichbar und für eine Trendfortschreibung ungeeignet. Dies wird durch ein deutlich tieferes Wachstum der Fallzahlen in den Jahren 1999 bis 2003 und 2009 bestätigt. Zudem geht das Statistische Amt des Kantons Zürich für die nächsten zehn Jahre von einer niedrigeren Bevölkerungszunahme aus, als sie in den Jahren 2003 bis 2008 tatsächlich stattgefunden hat. Insgesamt sind deshalb die im Versorgungsbericht festgehaltenen Prognosen der Gesundheitsdirektion plausibel. Eine Anpassung des Prognosemodells ist auch nach eingehender Prüfung aller vorgebrachten Kritikpunkte nicht angezeigt. Die Prognose wurde jedoch mit aktuelleren Daten der Medizinstatistik und den neusten Bevölkerungsprognosen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich präzisiert.

2. Akutsomatische Leistungsbereiche zu undifferenziert?

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmer erachteten die Kategorisierung der medizinischen Leistungen für die Akutspitäler in 27 Leistungsbereiche als zu wenig differenziert: Vor allem durch die organspezifische Gliederung der Leistungsbereiche würden multimorbide Patienten und Querschnittsbereiche, wie z.B. die Innere Medizin, nicht adäquat erfasst. Andere hielten die Kategorisierung im Gegensatz dazu für zu detailliert und befürchten eine unübersichtlich werdende Fragmentierung der Medizin.

Die Gesundheitsdirektion teilt die Meinung vieler Vernehmlassungsteilnehmer, dass die Leistungsbereiche für die Leistungsvergabe weiter verfeinert werden sollten. Dazu bildete sie unter Mithilfe von knapp 100 Fachexperten verschiedenster Zürcher Spitäler rund 125 Leistungsgruppen (vgl. Kapitel B1). Um der befürchteten Fragmentierung entgegenzuwirken, werden aber bestimmte Leistungsgruppen mit anderen Leistungsgruppen zu einem Verbund verknüpft, der nur als Ganzes an Anbieter vergeben werden kann. Beispielsweise ist vorgesehen, alle Leistungen der Basisversorgung nur integral als leistungsbereichsübergreifendes sogenanntes Basispaket zu vergeben.

2. Etappe: Strukturbericht

In der zweiten Etappe wurden die zur Bedarfsdeckung infrage kommenden Spitäler nach rechtsgleichen Kriterien evaluiert, mögliche Bedarfsdeckungsvarianten analysiert und darauf aufbauend Leistungsaufträge vorbereitet. Dazu hat die Gesundheitsdirektion als Basis für die zukünftigen Leistungsaufträge zusammen mit vielen Fachärzten neue Leistungsgruppierungen in der Akutsumatik und Rehabilitation entwickelt, die sich aus fachlich zusammengehörenden medizinischen Einzelleistungen zusammensetzen (vgl. Kapitel B1 und C1). An diese Leistungsgruppen knüpfte die Gesundheitsdirektion Anforderungen bezüglich des Personals, der Infrastruktur sowie bei bestimmten spezialisierten Eingriffen der Fallzahlen (vgl. Kapitel B3.2 und C3.2). Die Leistungsgruppen mit ihren leistungsspezifischen Anforderungen bildeten die Basis für das folgende Bewerbungsverfahren. Alle interessierten Spitäler und Rehabilitationskliniken wurden eingeladen, sich für einen Platz auf der Spitalliste beziehungsweise für die ausgeschriebenen Leistungsgruppen zu bewerben (vgl. Kapitel B4 und C4). Die Gesundheitsdirektion prüfte alle eingegangenen Bewerbungen und bereitete basierend darauf die Auswahl der Listenspitäler bzw. die Vergabe der Leistungsaufträge für den Erlass der Zürcher Spitalliste 2012 durch den Regierungsrat vor (vgl. Kapitel B5 und C5). Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden im vorliegenden Strukturbericht festgehalten und die Leistungsaufträge in einem Entwurf der Spitalliste dargestellt (vgl. Kapitel B6 und C6). Zum Strukturbericht wird, wie bereits zum Versorgungsbericht, eine breite Vernehmlassung durchgeführt, die bis Ende Juli 2011 dauert.

3. Etappe: Festsetzung der Spitalliste

In der dritten Etappe wird der Regierungsrat auf der Basis des überarbeiteten Strukturberichts die neue Spitalliste mit den ab 1. Januar 2012 zugelassenen Leistungserbringern verabschieden. Die Festsetzung der Spitalliste ist auf Oktober 2011 geplant. Ab diesem Zeitpunkt werden die Änderungen im Angebot und in der Nachfrage einzelner Leistungsgruppen periodisch überprüft und über eine rollende Spitalplanung neu angepasst.

4 Koordination mit anderen Kantonen

Die vorliegende Planung erfolgt primär aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben.

Dies bedeutet aber nicht, dass die Zürcher Spitalplanung 2012 ohne Berücksichtigung der Patienten und Spitalplanungen anderer Kantone stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet ein reger Austausch mit anderen Kantonen statt. Zum einen ist die Gesundheitsdirektion Kanton 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- und Fürsorgedirektion 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 sowie teilweise gemeinsame Projekte bestehen auch mit den Ostschweizer Kantonen und dem Kanton Aargau.

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 Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat sich sehr darum bemüht, dass möglichst viele Kantone ein ähnliches Prognosemodell und eine ähnliche Kategorisierung der medizinischen Leistungen für ihre Planung verwenden, damit die Bedarfsprognosen und interkantonalen Patientenströme verglichen werden können. Als Resultat dieser Anstrengungen haben bereits über zehn Kantone das «Zürcher» Prognosemodell und die «Zürcher»

Leistungsgruppen übernommen. Zudem hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz allen Kantonen empfohlen, die «Zürcher» Leistungsgruppen inklusive der damit verknüpften leistungsspezifischen Anforderungen zu übernehmen. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich konnte deshalb auf der Basis der Leistungsgruppen die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen koordinieren. Im vorliegenden Bericht werden die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung in den Kanton Zürich sowie die Abwanderung aus dem Kanton Zürich, berücksichtigt und auszugswise dargestellt (vgl. Kapitel B2.2.2.5).

5 Aufbau des Strukturberichts

Nachfolgend wird zuerst das Vorgehen in der Akutsomatik (Kapitel B) und danach das Vorgehen in der Rehabilitation (Kapitel C) beschrieben. In beiden Bereichen werden als Grundlagen für die Strukturentscheidungen zuerst die Leistungsgruppen, die Bedarfsprognose und die Evaluationskriterien thematisiert, gefolgt von der Darstellung des Bewerbungsverfahrens, der Evaluation der Listenspitäler und des Entwurfs der Spitalliste.

Anschliessend wird ein Ausblick auf das weitere Vorgehen gegeben (Kapitel D). Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang, der unter anderem Details zur Bedarfsprognose und ein Glossar enthält (Kapitel E).

B Akutsomatik



Der Begriff «Akutsomatik» ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird darunter im vorliegenden Bericht die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls verbunden mit einer medizinischen Indikation ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose gestellt oder eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist.

Unter die vorliegende Planung der Akutsomatik fallen keine psychischen Krankheiten. Auch nicht dazu gehören Massnahmen der medizinischen Rehabilitation, für die nachfolgend eine eigenständige Planung konzipiert wurde.

In diesem Kapitel «Akutsomatik» werden zuerst die akutsomatischen Leistungsgruppen thematisiert. Im zweiten Teilkapitel wird der Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung für das Jahr 2010 und die Prognose für das Jahr 2020 dargestellt. Die Kapitel «3 Evaluationskriterien», «4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber» sowie «5 Evaluationsverfahren» zeigen den Prozess, welcher zum Entwurf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik (Kapitel 6) führte.

1 Leistungsgruppen

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge detaillierter und leistungsspezifischer. Damit diese Leistungsaufträge eindeutig definiert sind, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifizierungssystemen basieren. Da die heute gebräuchlichen Klassifizierungssysteme aber zwischen Tausenden von medizinischen Leistungen unterscheiden, sind sie als Basis für Leistungsaufträge zu detailliert und zu unübersichtlich. Die medizinischen Leistungen müssen deshalb zu sinnvollen Leistungsgruppen gebündelt werden.

Idealerweise sollten diese Leistungsgruppen direkt vergeben werden können und eine Einteilung der Spitäler in Versorgungsstufen (z.B. Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung) überflüssig machen. Die Leistungsaufträge sollen durch sinnvolle Kombinationen von Leistungsgruppen flexibel und modular gestaltet werden können. Beispielsweise soll es möglich sein, einem Spital primär Leistungsgruppen im Grundversorgungsbereich, in einem bestimmten Fachbereich aber zusätzlich mehrere «spezialisierte» Leistungsgruppen mit den entsprechenden Auflagen zuzuteilen.

1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- *medizinisch sinnvolle Einheiten bilden*
Medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- *mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein*
Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen müssen im Spitalalltag praktikabel sein. Diverse Klassifikationssysteme berücksichtigen dies zu wenig, so auch das weitverbreitete und den DRG zugrunde liegende Klassifikationssystem der MDC⁵. Beispielsweise werden Behandlungen an der weiblichen Brust in den MDC unter Dermatologie eingeteilt.
- *klar und eindeutig definiert sein*
Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe sollten deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen der Diagnose-(ICD), Behandlungs- (CHOP) oder Fallpauschalencodierungen (DRG) eindeutig bestimmt sein.

⁵ MDC = Major Diagnostic Category (Hauptkategorien im DRG-System).

- *Leistungen ähnlicher Komplexität zusammenfassen*

Auflagen wie Infrastrukturvoraussetzungen oder Mindestfallzahlen sind nur bei bestimmten komplexen medizinischen Leistungen sinnvoll. Aus diesem Grund sollten Leistungsgruppen nur Leistungen mit ähnlicher medizinischer Komplexität zusammenfassen. Dies ermöglicht es, die Leistungsgruppen mit den jeweils passenden Auflagen zu versehen.

1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

Es existieren zwar eine Reihe von Klassifikationssystemen für medizinische Leistungen wie beispielsweise MDC, G-APDRG⁶ und GAA⁷. Da diese Klassifikationssysteme aber für andere Zwecke entwickelt wurden, erfüllen sie die oben genannten Anforderungen lediglich teilweise. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich zusammen mit über 100 Fachärzten von rund 20 Zürcher Spitälern eine neue Leistungsgruppierung entwickelt. Dabei wurden die 27 Leistungsbereiche des Versorgungsberichts in rund 125 Leistungsgruppen aufgeteilt. Die Bildung der Leistungsgruppen wurde auf der Basis der APDRG sowie Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) vorgenommen. Dabei können die folgenden drei Etappen unterschieden werden:

Erarbeitung der provisorischen Leistungsgruppen

Die Bildung der provisorischen Leistungsgruppen erfolgte unter Beizug von rund 30 Fachexperten in einem mehrstufigen Vorgehen. In einem ersten Schritt wurde überprüft, ob die APDRG aus medizinischer Sicht genügend homogen sind, um integral einer Leistungsgruppe zugeteilt werden zu können, oder ob sie dazu aufgeteilt werden müssen. Dabei zeigte sich, dass die meisten APDRG

aus medizinischer Sicht zu wenig homogen sind, da DRG primär nach ökonomischen und nicht nach medizinischen Kriterien gebildet werden. DRG fassen in erster Linie gleich kostenintensive und nicht medizinisch gleich komplexe Leistungen zusammen. Aus diesem Grund wurden die Leistungsgruppen meistens auf Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungscores (CHOP) gebildet.

In einem zweiten Schritt wurden die Leistungen bezüglich der Komplexität der Diagnostik und der Behandlung, der benötigten Infrastruktur, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der notwendigen zeitlichen Verfügbarkeit des Fachpersonals beurteilt. Basierend auf diesen Bewertungen wurde dann für jede Leistung entschieden, welche Anforderungen für die Erbringung dieser Leistung gelten sollten. Schliesslich wurden die Leistungen innerhalb des gleichen Leistungsbereiches mit den gleichen Anforderungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Resultat dieses Prozesses waren rund 150 provisorische Leistungsgruppen mit den dazugehörigen Anforderungen.

Überprüfung und Überarbeitung der provisorischen Leistungsgruppen

Da die Leistungsgruppen im Alltag in unterschiedlichen Spitälern umsetzbar sein müssen, wurden die provisorischen Leistungsgruppen und die entsprechenden Anforderungen von rund 100 Fachexperten verschiedener Spitäler überprüft. Da sich die Perspektive eines Universitätsspitals meist von der Perspektive anderer Spitäler unterscheidet, wurden pro Leistungsbereich ein Fachexperte eines Universitätsspitals und mindestens ein Fachexperte eines nicht-universitären Spitals berücksichtigt. Bei der Auswahl der nicht-universitären Spitäler hat die Gesundheitsdirektion Zentral-, Schwerpunkt- und Privatspitäler angemessen berücksichtigt.

⁶ R. Krüger und M. J. Lenz (2004): G-APDRG: Ein synthetisches Beschreibungsinstrument der Krankenhausleistungen, entwickelt auf der Grundlage der französischen G-GHM. In: 5. Deutsche Casemix-Konferenz, Konferenzdokumentation 2004: 254-264.

⁷ Châlé, Jean-Jacques et al., Les GAA / APDRG-CH - Groupes pour l'Analyse de l'Activité - Proposition de regroupement d'APDRG en Suisse, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, juin 2005.

Die involvierten Fachexperten engagierten sich bei der Überprüfung der provisorischen Leistungsgruppen mit grossem Einsatz und brachten viele neue Aspekte in die Konzeption der Leistungsgruppen mit ein. Dies führte dazu, dass in einigen Leistungsbereichen die provisorischen Leistungsgruppen nochmals überarbeitet wurden. In anderen Leistungsbereichen wurden hingegen nur kleinere Details geändert. In beinahe allen Leistungsbereichen wurde eine Konsenslösung gefunden. Als Ergebnis dieses Prozesses resultierten 145 Leistungsgruppen mit leistungsspezifischen Anforderungen.

Davon sind rund 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung zuzurechnen. Um eine umfassende, leistungsbereichsübergreifende Grundversorgung sicherzustellen, wurden schliesslich diese 20 Grundversorgungs-Leistungsgruppen in einer Leistungsgruppe «Basispaket» vereint.

Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG und neue CHOP- und ICD-Versionen

Ab 2012 werden alle Schweizer Spitalbehandlungen mit dem neuen Fallpauschalensystem SwissDRG abgerechnet. Das bisher in vielen Kantonen verwendete APDRG-System verliert damit seine Bedeutung in der Schweiz. Es ist deshalb nötig, das Leistungsgruppensystem auf seine Kompatibilität mit SwissDRG zu prüfen und wo nötig anzupassen. Eine vollständige Übersetzung der Leistungsgruppen in SwissDRG ist dabei nicht notwendig, da die Leistungsgruppen primär auf der Basis von CHOP- und ICD-Codes und nur in wenigen Bereichen auf der Basis von APDRG erarbeitet wurden.

Die Anpassung der Leistungsgruppen auf SwissDRG erfolgt schrittweise. Sobald eine neue Version von SwissDRG publiziert ist, wird das Leistungsgruppenkonzept daran angepasst. Zudem wird die Gesundheitsdirektion das Leistungsgruppensystem auch in Zukunft regelmässig überprüfen und es bei Bedarf den Entwicklungen in der Medizin und in den zugrundeliegenden medizinischen Klassifizierungssystemen (CHOP und ICD) anpassen.

Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen

Alle Fälle werden mit einem Algorithmus eindeutig einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BfS). Vereinzelt werden auch DRGs (SwissDRG Version 1.0) für die Zuteilung verwendet.

Bei Fällen die aufgrund ihrer Codierung in mehrere 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. Beispielsweise sind die Leistungsgruppen, die von der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) betroffen sind, zuoberst in der Hierarchie. Somit wird jeder Fall, der eine CHOP- oder ICD-Codierung aus einer IVHSM-Leistungsgruppe aufweist, unabhängig der übrigen Codierung immer einer IVHSM-Leistungsgruppe zugeteilt.

Die Definitionen und die Dokumentation des aktuellen Grouper-Algorithmus (Version 2.0) sind im Internet unter www.gd.zh.ch/strukturbericht detailliert dokumentiert.

1.3 Leistungsgruppen im Überblick

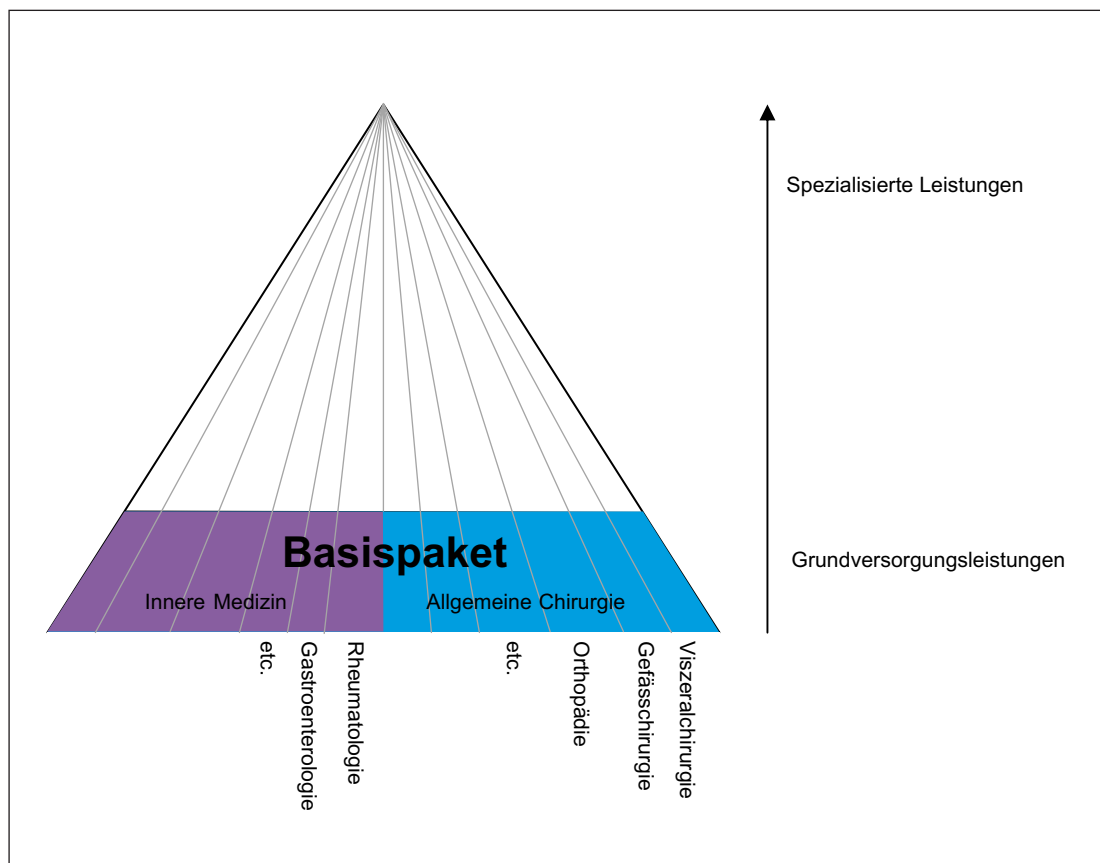
Zwei besondere Leistungsgruppen sind das Basispaket (BP) und das Basispaket Elektiv (BPE), da sie die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen darstellen. Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket Elektiv ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und über keine Notfallstation verfügen.

Basispaket (BP)

Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht.

Das Basispaket bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das Basispaket ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann.

Abbildung 2 Basispaket als Grundlage für Leistungsaufträge



Basispaket Elektiv (BPE)

Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z.B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das Basispaket Elektiv alle urologischen Basisleistungen. Zusätzlich dürfen Spitäler mit dem Basispaket Elektiv einzelne definierte Basis-Eingriffe aus der Viszeral- und Gefässchirurgie wie z.B. Hernienoperationen erbringen.

Das Basispaket Elektiv bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem Basispaket Elektiv können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Bereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Orthopädie/Rheumatologie, Gynäkologie und Urologie.

Eine Übersicht über alle rund 125 Leistungsgruppen ist in der untenstehenden Tabelle zu finden.

Tabelle 1 **Übersicht über die Leistungsgruppen**

Hauptbereich und Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
	Kürzel	Bezeichnung
Grundversorgung		
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Nervensystem & Sinnesorgane		
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
	DER1.1	Dermatologische Onkologie
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
	DER2	Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraerffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraerffnung
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrsenchirurgie
	KIE1	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre Bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit, provisorisch)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Ophthalmologie	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbitaprobleme
	AUG1.3	Lid- / Trnenapparat- und plastische Probleme
	AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
	AUG1.5	Glaukom
	AUG1.6	Katarakt
	AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme

Hauptbereich und Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
	Kürzel	Bezeichnung
Innere Organe		
Endokrinologie	END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe
Hämатologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
	PNE1.3	Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Thoraxchirurgie	PNE2	Polysomnographie
	THO1	Thoraxchirurgie
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Transplantationen	THO1.2	Mediastinaleingriffe
	TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)

Hauptbereich und Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
	Kürzel	Bezeichnung
Bewegungsapparat		
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
	BEW2	Orthopädie
	BEW3	Handchirurgie
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
	BEW5	Arthroskopie des Knies
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Knochentumore
	BEW10	Plexuschirurgie
	BEW11	Replantationen
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie & Geburtshilfe		
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
	NEO1.1	Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (Level III)
Übrige		
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie
	RAO1	Radio-Onkologie
	NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)
Querschnittsbereiche		
	KINM	Kindermedizin
	KINC	Kinderchirurgie
	KINB	Basis-Kinderchirurgie
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

© Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Alle Leistungsgruppen sind auf der Basis von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-codes (CHOP) sowie DRG eindeutig definiert. Die den Leistungsgruppen zugeordneten DRG, CHOP- und ICD-Codes sind auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich: www.gd.zh.ch/strukturbericht.

1.4 Übernehmen der Leistungsgruppen in anderen Kantonen

Die Bildung der Leistungsgruppen mit Auflagen ist eine aufwendige Arbeit, die nicht jeder Kanton alleine leisten kann und muss. Die hier vorgestellten Leistungsgruppen können grundsätzlich inklusive der Auflagen von allen Kantonen übernommen werden. Die Leistungsgruppen basieren primär auf einer medizinischen Beurteilung, die unabhängig von spezifischen Kantonsstrukturen gültig ist. Leistungsaufträge auf der Basis der Leistungsgruppen ergeben somit in jedem Kanton eine sinnvolle Versorgungsstruktur. Mit den Leistungsgruppen hat zudem jeder Kanton ein Instrument für eine zielgerichtete und effiziente leistungsorientierte Spitalplanung zur Verfügung.

Falls alle Kantone ihre Leistungsaufträge auf den gleichen Leistungsgruppen basieren, wird die interkantonale Koordination in der Spitalplanung viel einfacher, da die Bedarfsanalysen vergleichbar werden. Zudem können die Leistungsaufträge für alle Spitäler unabhängig vom Auftragskanton gleich aufgebaut werden. Dies ist insbesondere für Spitäler mit Leistungsaufträgen aus verschiedenen Kantonen ein grosser Vorteil.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz hat deshalb das Leistungsgruppenkonzept geprüft und allen Kantonen empfohlen, dieses im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung und bei der Formulierung der Leistungsaufträge für alle Spitäler anzuwenden. Auch die von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich vorgeschlagenen und medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen wurden den Kantonen zur Übernahme empfohlen. Nur in versorgungsspezifischen und begründeten Ausnahmefällen sollte davon abgewichen werden.

2 Bedarfsprognose

Das Kapitel Bedarfsprognose zeigt, welche medizinischen Leistungen die Zürcher Bevölkerung in Zukunft benötigt und wie dieser Bedarf ermittelt wurde. Zuerst werden die Datenbasis und die Methodik der Bedarfsprognose thematisiert. Danach wird die bisherige und aktuelle Nachfrage der Zürcher Wohnbevölkerung nach akutsomatischen Spitalleistungen⁸ aufgezeigt. Anschliessend wird der akutsomatische Leistungsbedarf für das Jahr 2020 prognostiziert.

2.1 Datenbasis und Prognosemethodik

Das folgende Kapitel Datenbasis und Methodik liefert das theoretische Fundament für die Bedarfsprognose der Akutsomatik. Dabei wird im ersten Unterkapitel die Datenbasis ausführlich beschrieben. Anschliessend werden die Einflussfaktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf und das Prognosemodell für die Akutsomatik dargestellt.

2.1.1 Datenbasis

Nachfolgend werden zuerst die verwendeten Datenquellen beschrieben. Die Generierung der Datensätze, die verwendeten Variablen sowie die für die Darstellung und Analyse gezeigten Ebenen werden anschliessend dargestellt. Schliesslich werden die Qualität und die Konsistenz der Daten thematisiert.

⁸ Im ganzen Kapitel B2 werden die stationären Spitalleistungen aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung analysiert und prognostiziert. Die Grundgesamtheit bilden demzufolge alle stationären Patienten mit Wohnsitz im Kanton Zürich, unabhängig vom Behandlungsort.

⁹ Patientenrecord in der Somatik mit administrativen Variablen, Diagnose- und Prozedurenvariablen, Kosten- und Ertragsinformationen.

¹⁰ Die Spitäler im Kanton Zürich liefern die Daten der Medizinischen Statistik an die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, die diese plausibilisiert und anschliessend an das BfS weiterleitet. Die Daten sind in einem ähnlichen Format wie die Medizinische Statistik des BfS und somit einfach zusammenzuführen.

2.1.1.1 Datenquellen

Für die Analyse der demografischen Daten wurde die Bevölkerungsstatistik und -prognose des Statistischen Amtes des Kantons Zürich verwendet.

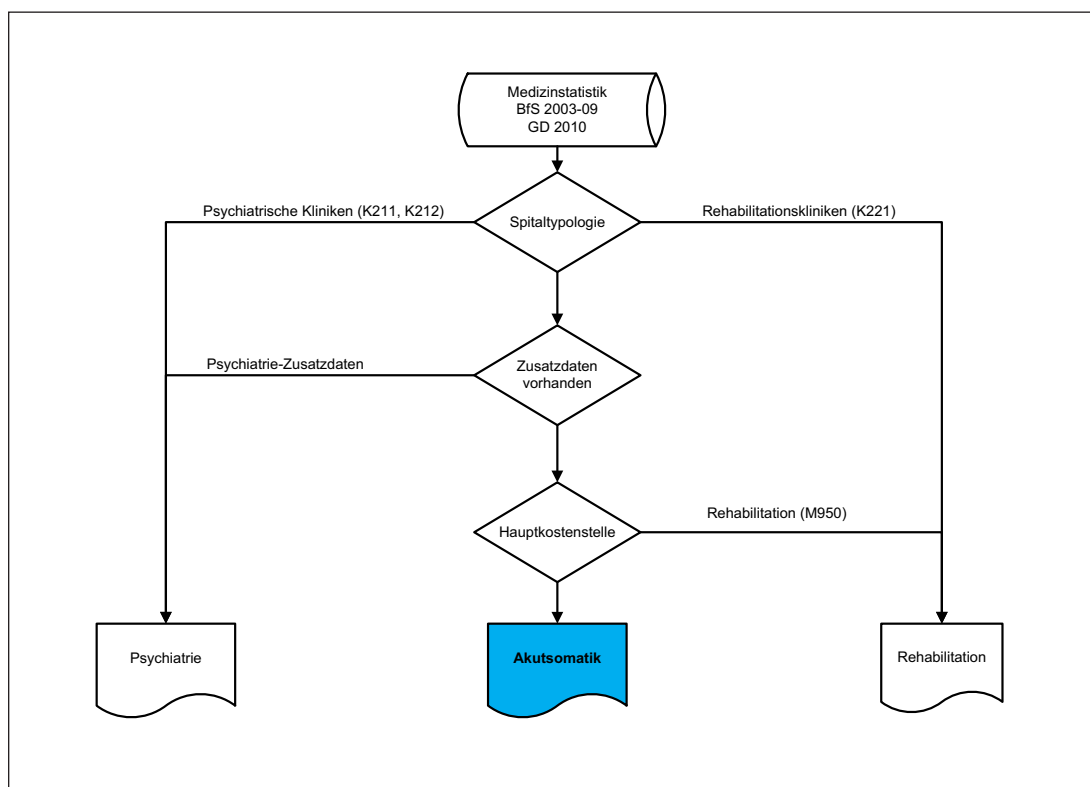
Für die Untersuchung der stationären Behandlungen in der Akutsomatik und der Rehabilitation wurde die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BfS) verwendet. Mit den darin erhobenen anonymisierten Daten stehen soziodemografische, administrative und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen zu jedem stationären Spitalaufenthalt zur Verfügung.

Die Medizinische Statistik wird zwar bereits seit 1998 erhoben, als Grundlage für eine seriöse Analyse genügt sie aber erst ab etwa 2003. Schweizweit umfasst das Jahr 2009 rund 1.5

Mio. Fälle. Für das Jahr 2010 wurden die entsprechenden Daten der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (PRISMA⁹) verwendet, weil das Bundesamt für Statistik die Daten für das Jahr 2010 erst nach der Erstellung dieses Berichts veröffentlichen wird.¹⁰ Da bei den Daten 2010 der Gesundheitsdirektion die ausserkantonalen Behandlungen von Zürcher Patienten (rund 5% der Fälle) fehlen, wurden die ausserkantonalen Behandlungen aus dem Jahr 2009 auch für das Jahr 2010 verwendet.

Aus der Medizinischen Statistik wurden nur die im Jahr 2010 abgeschlossenen stationären Fälle berücksichtigt (Behandlungsart 1.3.V03 = 3 und Statistikfall 0.2.V02 = A). Diese stationären Fälle wurden wie folgt der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie zugeteilt (vgl. Abbildung 3), wobei es zu erwähnen gilt, dass die Psychiatrieplanung nicht Bestandteil dieses Berichts ist.

Abbildung 3 Fallzuteilung in die Datensätze Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie



Die Zuteilung der Fälle in die Akutsomatik erfolgte nach dem Ausschlussprinzip: Es wurden alle Fälle der Psychiatrischen Kliniken (Spitaltypologie K211 und K212) sowie alle Fälle, welche über einen Psychiatrie-Zusatzdatensatz (0.3.V02 = 1) verfügen, ausgeschlossen. Diese bilden den Datensatz Psychiatrie. Danach wurden die Rehabilitationsfälle separiert und dem Datensatz Rehabilitation zugewiesen. Dabei wurden zuerst alle Fälle der Rehabilitationskliniken selektiert (Spitaltypologie K221) sowie alle Fälle mit der Hauptkostenstelle «Rehabilitation» (M950). Die verbleibenden Fälle bilden den Datensatz Akutsomatik.

2.1.1.2 Verwendete Variablen

In der Tabelle 2 sind die verwendeten Variablen in der Akutsomatik aufgeführt. In der Spalte Kurzbeschreibung wird erläutert, aus welchem BfS-Merkmal die Variable abgeleitet wurde.

Tabelle 2 Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik

Variable	Kurzbeschreibung
JAH	Aus der BfS-Variable Austrittsdatum (1.5.V01) wird das Jahr des Patientenaustritts bestimmt.
SPITALKANTON	Standortkanton der Institution (0.1.V04) (26 Ausprägungen)
GEM	Gemeindenummer (171 Ausprägungen) nach BfS. Nur mit den Daten 2010 von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich möglich.
WOHNKANTON	Wohnkanton des Patienten (1.1.V04) (26 Ausprägungen)
ALTER	Alter bei Eintritt (1.1.V03)
HPP	Liegeklasse des Patienten (1.3.V02), binäre Ausprägung 1 = halbprivat oder privat (Ausprägung 2 oder 3 nach BfS) 0 = sonst
KVG	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (1.4.V02), binäre Ausprägung 1 = Abrechnung nach Krankenversicherung (Ausprägung 1) 0 = sonst (Ausprägung null, 2, 3, 4, 8, 9)
NOTFALL	Eintrittsart (1.2.V03) ins Spital, binäre Ausprägung 1 = Notfall (Ausprägung 1) 0 = sonst
ICD	(Haupt-) Diagnose (1.6.V01 und Folgende)
CHOP	(Haupt-) Behandlung (1.7.V01 und Folgende)
DRG	APDRG (0.0.V14)
STAYD	Effektive Aufenthaltsdauer in Tagen
CWFAC	Fakturiertes Kostengewicht nach DRG-Vergütungsformel

2.1.1.3 Darstellungsebenen

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

- Leistungsgruppen und Leistungsbereiche: Die in Kapitel B1 vorgestellten 125 Leistungsgruppen bilden die Basis für die Darstellung der medizinischen Leistungen. Da diese Detailliertheit jedoch in vielen Fällen unnötig ist, werden die Leistungsgruppen oft zu Leistungsbereichen zusammengezogen (z.B: Leistungsbereich Dermatologie anstelle der vier Leistungsgruppen DER1, DER1.1, DER1.2 und DER2).
- Altersgruppen: Die Variable ALTER wurde zu fünf Gruppen aggregiert: 0-17, 18-39, 40-59, 60-79, 80+ Jahren. Da es gewisse DRG nur für Kinder- und Jugendliche bis und mit 17 Jahren gibt, wurde die Altersgruppe 0-17 Jahre gewählt.
- Wohnregionen: Die Gemeinden (Variable GEM) wurden in acht Wohnregionen zusammengefasst: Zürich, Winterthur, Unterland, Limmattal, Linkes Seeufer, Rechtes Seeufer, Oberes Glattal und Oberland. Diese Regionen werden von der Gesundheitsdirektion bereits seit Längerem für regionsspezifische Analysen benutzt. Die Einteilung der Regionen ist historisch begründet und dient nur der regionalen Darstellung von versorgungsplanerischen Daten. Diese Regionen sind nicht mit den subventionsrechtlichen Einzugsgebieten, die für die Beitragszahlungen der Gemeinden an die Spitäler relevant sind, zu verwechseln. Eine Karte mit der Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen wird im Anhang E1 gezeigt.

2.1.1.4 Datenqualität und -konsistenz

Jede Institution erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Daten aller Zürcher Institutionen werden von der Gesundheitsdirektion plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, wo die Daten nochmals plausibilisiert werden. Zudem überprüft die Gesundheitsdirektion regelmässig die Codierpraxis der staatsbeitragsberechtigten Spitäler. Dank dieser Massnahmen hat sich die Datenqualität der Zürcher Institutionen seit der letzten Spitalplanung erheblich verbessert und ist mittlerweile auf einem guten Niveau.¹¹

Des Weiteren hängt die Konsistenz der Daten davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. In den letzten Jahren veränderte sich die medizinische Statistik von Jahr zu Jahr, sei es durch spitalinterne Optimierungen in der Datenerfassung oder durch externe Richtlinien der Gesundheitsdirektion oder des Bundesamts für Statistik. Einen besonders grossen Einfluss hatten dabei die Änderungen in den folgenden beiden Bereichen:

Stationäre Falldefinition

Bei der Definition eines stationären Falls wurden seit dem Jahr 2003 folgende Richtlinien verändert: Bis Ende 2005 galten Aufenthalte von mehr als 24 Stunden oder Todesfälle bei einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden als stationär. Eine Ausnahmeregelung bestand bis zum 30. Juni 2004 für das Universitätsspital und das Kin-

¹¹ Allerdings ist anzunehmen, dass gewisse Variablen von einzelnen Spitälern, insbesondere von Spitälern der Liste B, teilweise nicht immer wie vorgegeben erfasst wurden.

derspital. Die beiden Spitäler deklarierten auch Patienten, die weniger als 24 Stunden hospitalisiert waren, als stationär. Seit 2006 gelten in allen Spitälern auch Aufenthalte von weniger als 24 Stunden als stationär, sofern über Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus), der Patient in ein anderes Spital überwiesen wird oder es sich um einen Todesfall handelt. Ab 2007 kamen weitere Regelungen im Bereich Verlegungen, Rückverlegungen sowie interne Verlegungen hinzu. Diese Definitionsänderungen führten zu einem Anstieg der Zürcher Fallzahlen um mehr als 10'000 Fälle.

Codierrichtlinien und DRG-Grouper-Versionen

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich schreibt den Spitälern jedes Jahr die Versionen für die Codierung der Diagnosen (ICD) und der Behandlungen (CHOP) vor und legt den für die Gruppierung der Diagnosen und Prozeduren zu verwendenden DRG-Grouper¹² fest (vgl. Tabelle 3).

Die Konsistenz der Daten im Zeitvergleich ist durch die Veränderungen in den Falldefinitionen und die verschiedenen Codier- und Grouperversionen infrage gestellt. Je detaillierter die Daten verglichen werden, desto grösser wird das Konsistenzproblem. Es empfiehlt sich deshalb, die medizinischen Leistungen über die Jahre nur auf hoher Aggregationsstufe zu vergleichen und allfällige Trends vorsichtig zu interpretieren beziehungsweise kritisch zu hinterfragen.

Tabelle 3 CHOP-, Grouper- und Fallgewichtsversionen im Kanton Zürich

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CHOP	5	6	7	8	9	10	11	11
Grouper	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10
Fallgewicht	4.1	4.1	5.1	5.1	6	6	6	6

Für die Diagnosen gilt seit 2008 der ICD-10 German Modification Katalog

¹² Der DRG-Grouper ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuweist.

2.1.2 Methodik Bedarfsprognose

Dieses Kapitel widmet sich dem Vorgehen bei der Bedarfsprognose in der Akutomatik. Zuerst wird die Wahl der Prognosetechnik und des Prognosezeitraums diskutiert. In den anschliessenden Teilkapiteln werden das Prognosemodell und die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben sowie die Entwicklung der Einflussfaktoren thematisiert. Zum Abschluss werden die drei in der Prognose verwendeten Szenarien dargestellt.

2.1.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

Häufig wird eine Prognoserechnung mit einer Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung berechnet. Dieses Vorgehen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegt. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft konstant bleiben. Beide Bedingungen sind bei den stationären Spitalleistungen nicht erfüllt. Zum einen steht die Medizinische Statistik erst seit wenigen Jahren zur Verfügung und wurde durch mehrere Änderungen, unter anderem durch die verschiedenen DRG-Versionen, merklich geprägt (vgl. Tabelle 3). Zum anderen steht 2012 mit der Einführung von SwissDRG ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung bevor, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt würde.

Aus diesen Gründen wurde für die Prognose der stationären Spitalleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung der Einflussfaktoren gewählt. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren den medizinischen Leistungsbedarf beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungsbedarf der Zürcher Wohnbevölkerung, basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren, prognostiziert.

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 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt, da dies als der maximale Zeitraum für eine plausible Bedarfsprognose eingeschätzt wurde.

2.1.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

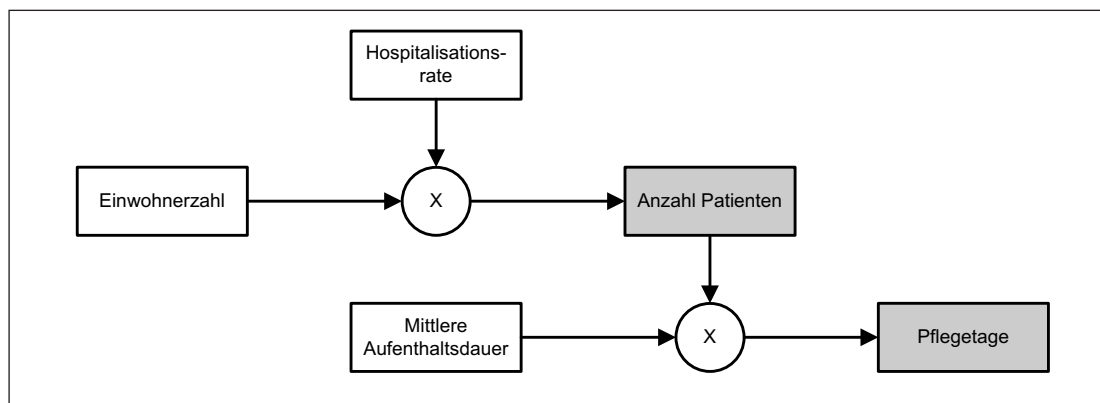
Im Vordergrund der Prognose stehen in erster Linie die Patientenzahlen und in zweiter Linie die Pfl egetage pro medizinischer Leistung im Jahr 2020. Diese werden durch die drei Bedarfsdeterminanten Einwohnerzahl, Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer bestimmt. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Die Patientenzahlen im Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2020 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate im Jahr 2020 und für die Ermittlung der Pfl egetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung 4).

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden (vgl. Anhang E2.1). Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst:

- Die Hospitalisationsrate wird primär durch die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung beeinflusst. Daneben spielen auch ökonomische Entwicklungen eine Rolle. Ob beispielsweise eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, kann auch dadurch beeinflusst sein, ob der ambulante oder der stationäre Tarif höher ist.
- Die Aufenthaltsdauer wird neben der medizintechnischen Entwicklung auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der Einführung von Fallpauschalen, beeinflusst.

Abbildung 4 Herleitung der Patientenzahlen und der Pfl egetage 2020



Im Übrigen üben verschiedene weitere – insbesondere nur schwer quantifizierbare – gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf den Bedarf im Jahr 2020 aus (vgl. Abbildung 5).

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 5 Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen

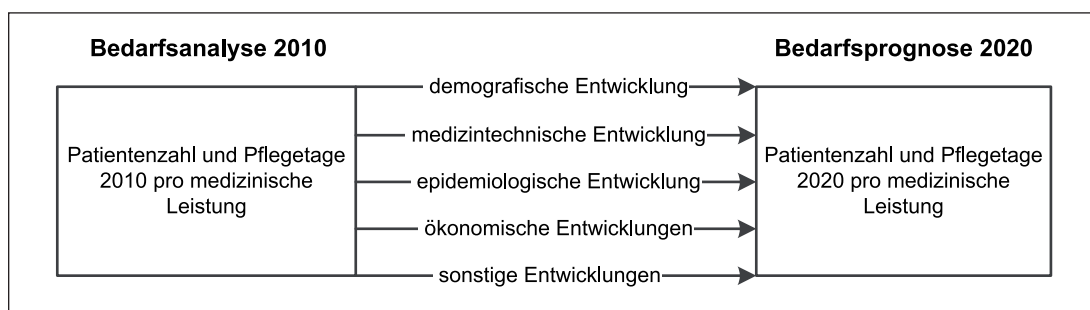
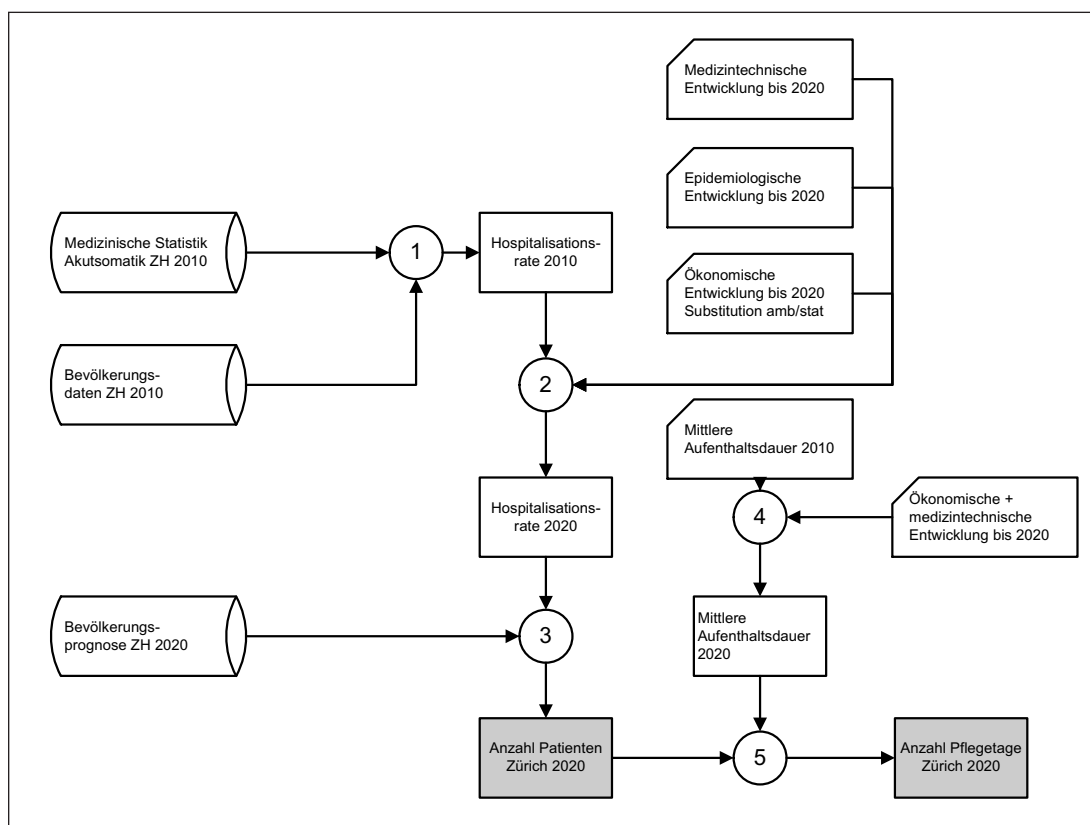


Abbildung 6 Prognosemodell der Akutomatik



Die Prognose der Patientenzahlen und Pflegetage 2020 erfolgte in den folgenden fünf Schritten:

1. Die Hospitalisationsraten der Zürcher Patienten des Jahres 2010 wurden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Behandlung stark unterscheiden, wurde die Hospitalisationsrate pro DRG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter des Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden zusätzlich die fünf Altersgruppen berücksichtigt.¹³

2. Basierend auf diesen DRG- und altersspezifischen Hospitalisationsraten 2010 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen prognostiziert.

3. Für die Prognose der Patientenzahlen im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich multipliziert. Die Patientenzahl wird dabei nicht nur durch Veränderungen der Bevölkerungsgrösse, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst.

4. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2010 wurden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen geschätzt. Da die Aufenthaltsdauer je nach Behandlung und Alter des Patienten stark variiert, wurden die Aufenthaltsdauern pro DRG und mit Berücksichtigung des Alters prognostiziert.

5. Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 multipliziert.

Drei zentrale Annahmen des Prognosemodells

- Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern hängen zwar vom Alter und der Behandlung, jedoch nicht von der Wohnregion ab. Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern wurden alters- und behandlungsspezifisch prognostiziert. Hingegen wurde auf eine regionale Unterscheidung verzichtet, da sich die regionalen Unterschiede als gering erwiesen. Es wurden somit für den ganzen Kanton Zürich identische Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern pro DRG und Altersgruppe prognostiziert.
- Die demografische Entwicklung ist jedoch in den einzelnen Wohnregionen unterschiedlich. Die demografische Entwicklung wurde gemeindespezifisch prognostiziert. Regionale Unterschiede in der Bedarfsprognose lassen sich deshalb durch die prognostizierten Unterschiede in der demografischen Entwicklung erklären.
- Im Referenzjahr 2010 gab es weder eine Über- noch eine Unterversorgung der Wohnbevölkerung. Die Nachfrage im Referenzjahr wurde mit dem Bedarf der Wohnbevölkerung gleichgesetzt.

¹³ Insgesamt resultieren daraus rund 3'000 Gruppen. (Es gibt ca. 800 verschiedene Fallgruppen (APDRG, Fallversion 6.0) und pro Fallgruppe wurden in der Regel fünf Altersgruppen berücksichtigt).

2.1.2.3 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

Für die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung wurden externe Expertengutachten in Auftrag gegeben. Bezüglich der ökonomischen Entwicklungen führte die Gesundheitsdirektion eigene Analysen durch. Weitere Einflussfaktoren wurden nicht berücksichtigt, da diese sehr schwer zu quantifizieren sind.

Nachfolgend werden das methodische Vorgehen zur Bestimmung des Einflusses der einzelnen Faktoren sowie die erwartete Entwicklung der einzelnen Faktoren kurz beschrieben. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens bei der Bestimmung der Einflussfaktoren ist im Anhang E2 zu finden. Der Einfluss der Faktoren auf den Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung 2020 wird im Kapitel B2.3 detailliert dargestellt.

2.1.2.3.1 Demografie

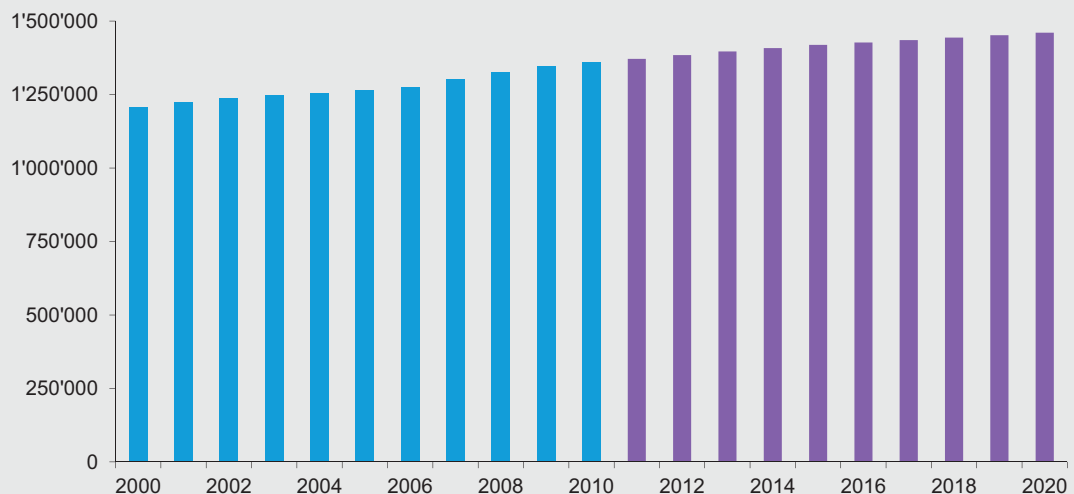
Das Statistische Amt des Kantons Zürich verwendete für die Bevölkerungsprognose einen deterministischen Ansatz: Von einem bestimmten Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wurde

durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen die Wohnbevölkerung von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang E2.1 zu finden.

Demografische Prognose

Zwischen dem Jahr 2000 und 2010 ist die Zürcher Bevölkerung von 1'206'735 auf 1'371'007 gestiegen, was einer Zunahme von rund 13 Prozent entspricht. Gemäss Prognose wird die Zürcher Bevölkerung zwischen 2010 und 2020 von 1'371'007 weiter auf 1'460'057 anwachsen, also nochmals um rund 6.5 Prozent.

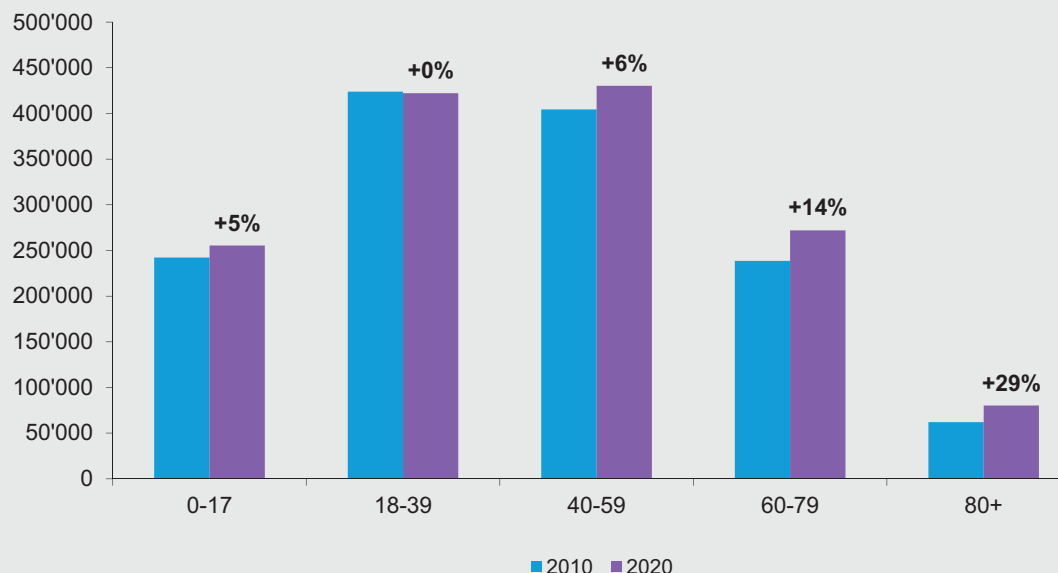
Abbildung 7 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich



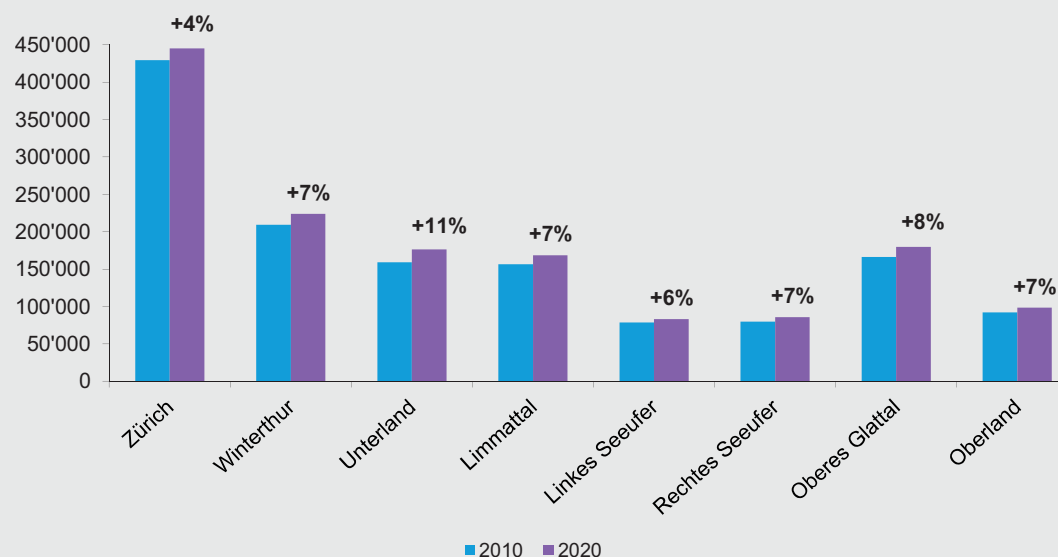
Das Statistische Amt des Kantons Zürich geht davon aus, dass die Bevölkerung vor allem wegen der Zuwanderung aus dem Ausland und weiterhin durch einen Geburtenüberschuss wachsen wird, allerdings nicht mehr in dem Ausmass der letzten Jahre.

Der Kanton Zürich liegt mit einem Bevölkerungswachstum von rund 6.5 Prozent zwischen 2010 und 2020 im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Entwicklungsprognose des Bundesamtes für Statistik geht für den gleichen Zeitraum von einem schweizweiten Bevölkerungswachstum von sieben Prozent aus, nämlich von 7.8 Mio. Einwohner auf 8.4 Mio.

Betrachtet man die Prognose der Zürcher Wohnbevölkerung gegliedert nach den einzelnen Altersgruppen, sieht man eine Zunahme von älteren Einwohnern. Die Altersgruppe der 60–79-Jährigen sowie die Altersgruppe 80+ werden in den nächsten Jahren überdurchschnittlich wachsen:

Abbildung 8 Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen

Auch regional unterscheidet sich die Bevölkerungsprognose. Während für die Wohnregion Zürich und die Seeregionen nur ein schwaches Wachstum prognostiziert wird, wird für das Unterland eine zweistellige Wachstumsrate erwartet:

Abbildung 9 Bevölkerungsentwicklung nach Wohnregionen

Je nach Wohnregion findet zudem eine mehr oder weniger ausgeprägte Alterung der Bevölkerung statt. Während in der Wohnregion Zürich kaum eine Zunahme bei den Einwohnern ab 60 Jahren erwartet wird, wächst diese Gruppe in den anderen Regionen um rund 20 bis 40 Prozent. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neben einer generellen Bevölkerungszunahme zusätzlich erhebliche Verschiebungen im Altersaufbau sowie der regionalen Verteilung der Bevölkerung zu erwarten sind. Weitere Informationen sind im Internet¹⁴ abrufbar.

¹⁴ <http://www.statistik.zh.ch/>

2.1.2.3.2 Medizintechnik¹⁵

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften führte eine breite Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung durch. Ergänzend dazu wurde eine strukturierte schriftliche Expertenbefragung durchgeführt.

Ergebnisse des medizintechnischen Gutachtens

Sowohl bei der Literatursuche als auch bei der Expertenbefragung dominieren Entwicklungen im Bereich Herz/Kreislauf. Daneben werden vor allem Entwicklungen im Bereich Bewegungsapparat erwartet. Zudem existieren Studien zur (Radio-)Onkologie und zum Bereich der Verdauungsorgane, in denen allerdings keine quantitative Entwicklung prognostiziert wird.

Im Bereich Herz/Kreislauf wird insbesondere für die Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern, die Implantation von ICDs (Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator) und die Cardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz sowie für den perkutanen Herzklappenersatz mittels Katheter eine starke Entwicklung prognostiziert. Im Bereich Orthopädie wird eine Zunahme für die Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen angenommen. Zudem werden im Bereich der Verdauungsorgane eine Ausweitung der laparoskopischen Chirurgie und im Bereich der (Radio-)Onkologie diverse neue Therapiemöglichkeiten erwartet.

Das vollständige Expertengutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ist im Internet¹⁶ abrufbar.

¹⁵ Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

¹⁶ www.gd.zh.ch/versorgungsbericht

2.1.2.3.3 Epidemiologie¹⁷

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern führte eine breite Literatursuche über die Trend-Informationen zu Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren bestimmter Krankheiten für die Schweiz durch. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums berücksichtigt (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht usw.).

Ergebnisse des epidemiologischen Gutachtens

In der Fachliteratur werden vor allem epidemiologische Entwicklungen erwartet, die einen Einfluss auf Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf, des Bewegungsapparats und in der (Radio-)Onkologie haben. Dabei ist der Einfluss auf den zukünftigen Bedarf an medizinischen Leistungen nicht immer eindeutig, da oft gegenläufige Effekte prognostiziert werden, wie das Beispiel Lungenkrebs zeigt: Während bei den Männern eine Abnahme der Lungenkrebsfälle erwartet wird, muss bei den Frauen mit einer Zunahme gerechnet werden.

Die Behandlungen im Bereich Herz/Kreislauf werden vor allem durch die erwartete Zunahme der kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst. Beim Bewegungsapparat sind die Trends widersprüchlich. Eine aufgrund einer besseren Prävention abnehmende Anzahl an Schenkelhalsfrakturen überlagert den Trend zu zunehmenden Freizeit- und Sportunfällen. Bezüglich der (Radio-)Onkologie wird vor allem eine Zunahme von Krebspatienten erwartet, die einen Einsatz von Chemotherapien benötigen. Ausserdem geht man von einer Zunahme der Geburten aus. Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass die prognostizierten Veränderungsraten in der Epidemiologie relativ gering sind.

Das vollständige Expertengutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ist im Internet¹⁸ abrufbar.

¹⁷ Epidemiologie wurde definiert als Krankheitshäufigkeit. Ziel war das Formulieren von Aussagen, inwiefern zeitliche Trends vorliegen, welche dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen oder Interventionen über die nächsten zehn Jahre objektiv verändern wird. Ausgeklammert wurden hier allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein aufgrund der sich verändernden Altersstruktur (zum Beispiel Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren).

¹⁸ www.gd.zh.ch/versorgungsbericht

2.1.2.3.4 Ökonomische Einflussfaktoren

Für den vorliegenden Bericht wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von SwissDRG. Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens ist im Anhang E2.4 zu finden.

Substitution

Inwieweit gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den zukünftigen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TARMED¹⁹) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TARMED sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.

Analyse des Substitutionspotenzials

Für die Beurteilung des Substitutionspotenzials wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche Behandlungen aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass die ambulanten Behandlungen finanziell attraktiver werden gegenüber den stationären Behandlungen und deshalb bei den zuvor identifizierten «potenziell ambulanten Behandlungen» ein gewisser Prozentsatz der bisher stationären Patienten zukünftig ambulant behandelt wird.

Vor allem die Leistungsbereiche Ophthalmologie und (Radio-)Onkologie weisen ein grosses Substitutionspotenzial auf. Bei der Ophthalmologie stehen vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen im Zentrum.

¹⁹ TARMED steht für Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.

Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Neben dem medizintechnischen Fortschritt führen auch veränderte finanzielle Anreize zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wird wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, dies muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

Analyse potenzieller Aufenthaltsverkürzungen

Im Zentrum stand ein Vergleich zwischen den Zürcher Aufenthaltsdauern und den Aufenthaltsdauern in der gesamten Schweiz pro DRG.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer bei Behandlungen, die bei Zürcher Patienten bisher deutlich länger war als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren besonders stark sinken wird. Aus diesem Grund wurden die Aufenthaltsdauern bei Behandlungen, die bei Zürcher Patienten besonders lang waren, auf die niedrigeren Werte der übrigen Schweizer Patienten gesetzt. Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre auch sinken werden, wurden als Vergleichswert nicht der heutige Durchschnitt oder der Median, sondern niedrigere Perzentile herangezogen (je nach Szenario 45., 40. oder 35. Perzentil). Bei Behandlungen mit Aufenthaltsdauern, die bei Zürcher Patienten bereits heute unterhalb des jeweiligen Perzentils der Schweizer Aufenthaltsdauern lagen, wurde keine Anpassung der Aufenthaltsdauern vorgenommen.

Überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauern im schweizerischen Vergleich wurden primär in den Leistungsbereichen Endokrinologie, Hämatologie und Rheumatologie festgestellt.

Beispiel: Leistungsbedarf für DRG 209 «Implantation von Knie- und Hüftprothesen» bei 60-79-jährigen Zürchern im Jahr 2020

- (1) Die Behandlung «Implantation von Knie- und Hüftprothesen» (DRG 209) wurde im Jahr 2010 bei Zürchern 4'726 mal durchgeführt. Rund 3'000 Behandlungen und damit beinahe zwei Drittel aller Behandlungen fanden bei den 60-79-Jährigen statt. Im gleichen Jahr (2010) wohnten rund 1.37 Mio. Personen im Kanton Zürich. Rund 240'000 davon und damit weniger als ein Fünftel der Wohnbevölkerung waren 60-79-jährig. Somit ergibt sich für die Implantation von Knie- und Hüftprothesen eine Hospitalisationsrate 2010 von 0.013 bei den 60-79-jährigen Zürchern beziehungsweise 130 Behandlungen pro 10'000 Zürcher.
- (2) Gemäss medizintechnischen Studien ist bei den Implantationen von Knie- und Hüftprothesen, insbesondere wegen anstehender Revisionen, eine Zunahme bei den Schenkelhalsfrakturen von 17 Prozent bis 2020 zu erwarten. Gemäss epidemiologischer Studien ist aufgrund einer besseren Prävention bis 2020 hingegen eine Abnahme von 7 Prozent zu erwarten. Da Implantationen von Knie- und Hüftprothesen grundsätzlich nicht ambulant erbracht werden, wird keine Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen berücksichtigt. Die Hospitalisationsrate wird somit bis 2020 voraussichtlich um zehn Prozent zunehmen und lässt sich folgendermassen berechnen $0.013 \times 1.1 = 0.0143$.
- (3) Im Jahr 2020 wird es im Kanton Zürich gemäss demografischer Prognose voraussichtlich rund 270'000 60-79-Jährige geben. Multipliziert mit der zuvor berechneten Hospitalisationsrate 2020 von 0.0143 ergeben sich somit 3'861 60-79-jährige Zürcher Patienten für die Implantation von Knie- und Hüftprothesen.
- (4) Unter anderem wegen der Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG ab 2012 wird eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauern erwartet. Die vorsichtige, aber plausible Schätzung geht davon aus, dass sich die Aufenthaltsdauern bis 2020 auf das 40. Perzentil der aktuellen Aufenthaltsdauern in der Schweiz verkürzen. Die Aufenthaltsdauer beim 40. Perzentil für die Implantation von Knie- und Hüftprothesen beträgt bei der Altersgruppe der 60-79-Jährigen zukünftig 11.3 Tage.
- (5) Die prognostizierte Patientenzahl 2020 von 3'861 multipliziert mit der erwarteten Aufenthaltsdauer 2020 von 11.3 Tagen ergibt rund 43'630 Pflegetage für die Implantation von Knie- und Hüftprothesen bei den 60-79-jährigen Zürchern im Jahr 2020.

2.1.2.4 Prognose mit drei Szenarien

Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann beziehungsweise verschiedene Meinungen über deren Entwicklung vertreten werden, wurden Prognosen für drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario, als plausibelstes Szenario, steht im Zentrum des Berichts. Die beiden anderen Szenarien zeigen die Bandbreite des möglichen Bedarfs. Dabei werden im Maximalszenario diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zum maximalen zukünftigen Leistungsbedarf führen, und im Minimalszenario diejenigen Annahmen, die zum minimalen zukünftigen Leistungsbedarf führen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 *Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien*

	Hauptszenario	Maximalszenario	Minimalszenario
Demografie	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik
Medizintechnik	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Epidemiologie	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Substitution	50% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG	Keine Substitution	90% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG
Verkürzung MAHD	40. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH	45. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH	35. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH

Die Details zur Bestimmung der Einflussfaktoren und zu den Annahmen in den drei Szenarien werden im Anhang E2 beschrieben.

2.2 Bisherige Nachfrage

Die nachfolgenden Teilkapitel geben eine Übersicht über die bisherige und die aktuelle Inanspruchnahme von stationären medizinischen Behandlungen der Zürcher Wohnbevölkerung. Diese Nachfrage wird analysiert nach den medizinischen Leistungsbereichen, den Altersgruppen, den Wohnregionen und zusätzlich auch nach der Patientenmigration pro Wohnregion.

2.2.1 Nachfrageentwicklung 2003 bis 2010

Im Zeitraum 2003 bis 2010 ist im Bereich der stationären Akutsomatik folgende Entwicklung zu verzeichnen:

Abbildung 10 Entwicklung der Patientenzahlen und Pflegetage

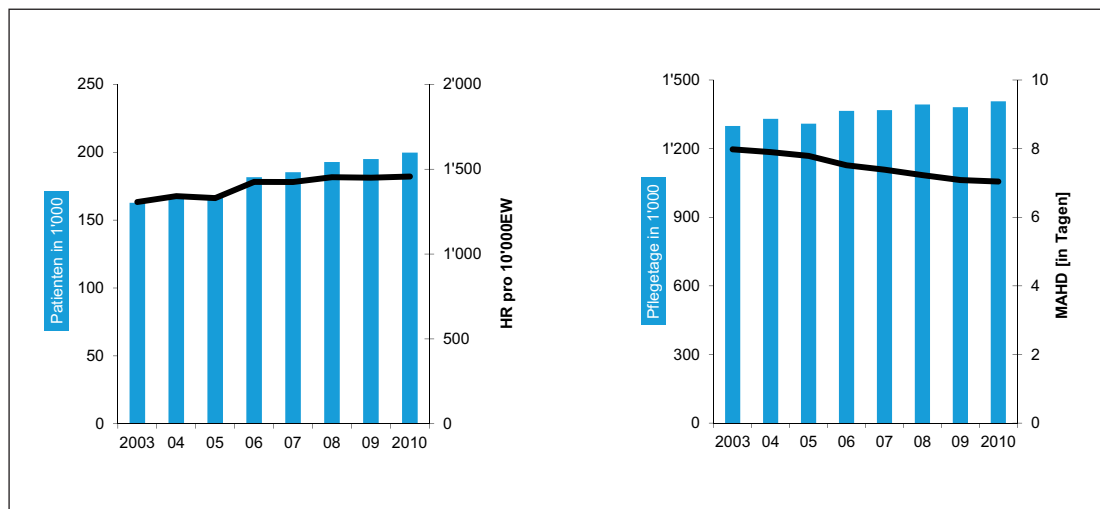


Abbildung 10 zeigt, dass im Jahr 2003 die Zürcher Wohnbevölkerung 162'800 stationäre Spitalaufenthalte benötigte, 2010 waren es knapp 200'000.²⁰ Diese Fallsteigerung von 23 Prozent ist auf verschiedene Einflüsse zurückzuführen:

- Die Wohnbevölkerung ist zwischen 2003 und 2010 um 10 Prozent gewachsen. Die zusätzliche Inanspruchnahme, das heisst die Hospitalisationsrate (Anzahl Patienten pro 10'000

²⁰ Im ganzen Kapitel B2 werden die stationären Spitalleistungen aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung analysiert und prognostiziert. Die Grundgesamtheit bilden demzufolge alle stationären Patienten mit Wohnsitz im Kanton Zürich, unabhängig vom Behandlungsort.

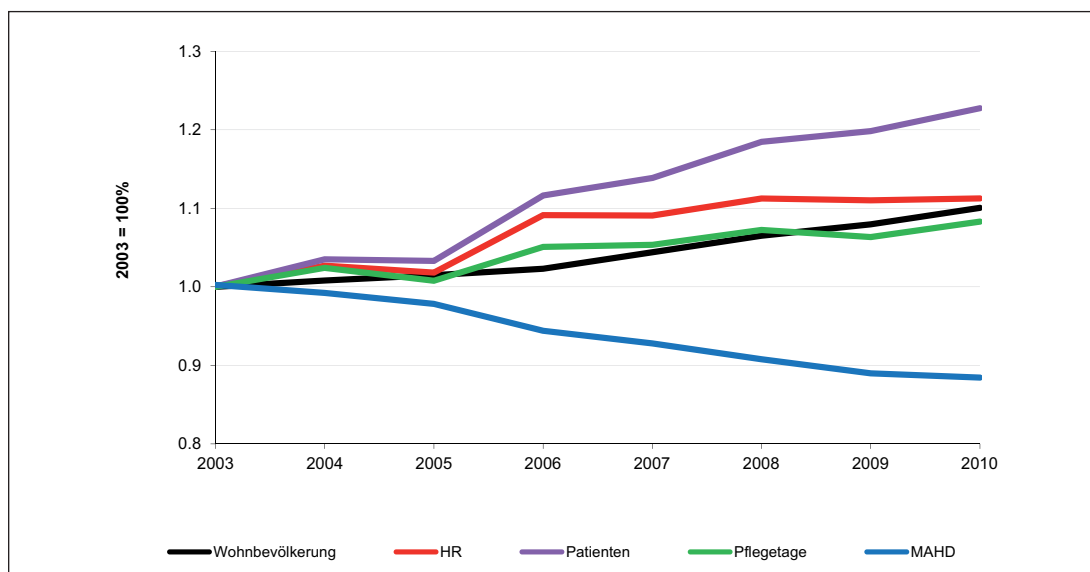
- Kantonseinwohner), ist in diesem Zeitraum um elf Prozent gestiegen.
- Erfahrungsgemäss bedürfen ältere im Vergleich zu jüngeren Personen häufiger einer Spitalbehandlung. Mit Blick auf die demografische Altersverschiebung kann damit ein weiterer Teil der Fallsteigerung erklärt werden.
 - Ein Teil der Fallzunahme ist auch auf die Veränderungen bei der Faldefinition zurückzuführen. So erfassen alle Spitäler seit 2006 beispielsweise auch Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen ein Bett über Mitternacht belegt wird (Mitternachtszensus), sowie Überweisungen in ein anderes Spital als stationären Fall.

mehr verändert, die Daten sind daher periodenübergreifend gut vergleichbar.

Zusammenfassend kann festgehalten werden (vgl. Abbildung 11): Zwischen 2003 und 2010 hat sich trotz der Bevölkerungszunahme (+10 Prozent) und einer Erhöhung der Hospitalisationsrate (+11 Prozent) die Anzahl der Pflēgetage nur leicht erhöht (+8 Prozent). Grund dafür ist die Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer (-12 Prozent) bei den stationären Zürcher Patienten.

Während die Patientenzahl kontinuierlich zugenommen hat, ist die Zahl der Pflēgetage in den letzten Jahren beinahe stabil geblieben (jährlich weniger als ein Prozent Wachstum). In Abbildung 10 rechts ist ersichtlich, dass die mittlere Aufenthaltsdauer seit 2003 von acht auf sieben Tage gesunken ist. Das ist auch der Grund, warum sich die Anzahl der Pflēgetage trotz starker Fallsteigerung nur wenig erhöht hat. Ein Jahresvergleich ist vor allem ab dem Jahr 2006 sinnvoll. In diesem Zeitraum hat sich die Faldefinition kaum

Abbildung 11 **Veränderungsraten 2003 bis 2010**



2.2.2 Nachfragestruktur 2010

2.2.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Die Tabelle 5 zeigt die stationären Leistungen der Zürcher Wohnbevölkerung im Jahr 2010 nach Leistungsbereichen und charakterisiert diese anhand ausgewählter Merkmale. Aufgrund der besseren Übersicht wird bewusst auf eine Darstellung der 125 Leistungsgruppen verzichtet.

Tabelle 5 Zürcher Patienten nach Leistungsbereichen

	Patienten abs.	Ø -Alter Jahre	Kosten- träger % KVG	Liege- klasse % HPP	MAHD Tage	Pflege- tage abs.	Ø Fall- schwere CMI
Grundversorgung							
Basispaket	74'456	55	90%	28%	6.6	489'112	0.76
Nervensystem&Sinnesorgane							
Dermatologie	1'279	62	99%	32%	10.0	12'822	1.16
Hals-Nasen-Ohren	5'557	40	91%	29%	4.5	24'797	0.88
Neurochirurgie	896	53	86%	34%	13.5	12'052	2.84
Neurologie	3'955	64	94%	27%	10.2	40'311	1.11
Ophthalmologie	3'750	70	96%	48%	2.8	10'336	0.56
Innere Organe							
Endokrinologie	546	65	95%	30%	11.7	6'391	1.11
Gastroenterologie	6'015	67	99%	32%	10.5	63'262	1.13
Viszeralchirurgie	2'646	59	96%	37%	13.5	35'831	2.50
Hämatologie	1'789	61	99%	35%	10.8	19'329	1.75
Gefäss	2'682	70	98%	37%	9.5	25'545	2.01
Herz	8'260	66	98%	43%	6.0	49'764	1.92
Nephrologie	293	56	97%	25%	7.9	2'317	0.97
Urologie	8'715	61	97%	40%	6.3	54'859	0.88
Pneumologie	3'611	62	96%	24%	13.6	49'269	2.33
Thoraxchirurgie	377	59	94%	37%	13.4	5'055	2.57
Transplantationen	179	50	91%	4%	15.1	2'702	5.32
Bewegungsapparat							
Orthopädie	26'868	56	81%	46%	7.5	201'793	1.18
Rheumatologie	2'235	62	91%	32%	10.6	23'598	0.89
Gynäkologie&Geburtshilfe							
Gynäkologie	8'272	51	99%	38%	5.1	42'186	0.89
Geburtshilfe	18'522	32	99%	25%	6.0	110'629	0.72
Neugeborene	16'261	0	94%	20%	6.0	97'763	0.45
Übrige							
(Radio-)Onkologie	2'031	57	96%	37%	7.7	15'557	0.87
Schwere Verletzungen	98	47	53%	17%	19.0	1'866	5.32
Total	199'293	50	92%	32%	7.0	1'397'146	0.97

Im Jahr 2010 beanspruchte die Zürcher Wohnbevölkerung in knapp 200'000 Fällen einen stationären Spitalaufenthalt. Die häufigste Ursache ist mit 37 Prozent der Spitalaufenthalte eine Leistung aus der Grundversorgung. Neben der Grundversorgung entfallen 17 Prozent aller Patienten auf die gemeinsamen Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neugeborene und 13 Prozent auf den Leistungsbereich Orthopädie.

Im Durchschnitt sind die Patienten rund 50 Jahre alt. Mit 70 Jahren sind die Patienten im Leistungsbereich Ophthalmologie und im Bereich Gefäss am ältesten. Aufgrund der kommenden demografischen Veränderungen muss in diesen Leistungsbereichen mit einem überdurchschnittlichen Patientenwachstum gerechnet werden.

Von allen stationären Spitalaufenthalten wurden neun von zehn Fällen über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet (vgl. Merkmal Kostenträger in Tabelle 5). In den Bereichen Neurochirurgie, Orthopädie und Schwere Verletzungen ist der Anteil an Unfallpatienten höher. Insgesamt liessen sich 32 Prozent der Zürcher in der halbprivaten oder privaten Liegeklasse behandeln.

Die Spalte MAHD zeigt die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten, die letzte Spalte die mittlere Fallschwere pro Leistungsbereich. Letztere beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle gemessen an einer Skala, die dem Gesamtressourcenaufwand entspricht. Insgesamt beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer der Zürcher Wohnbevölkerung im Jahr 2010 bei ihren Spitalaufenthalten 7.0 Tage und der CMI 0.97. Zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere besteht ein enger Zusammenhang. Eine lange mittlere Aufenthaltsdauer ist oft mit einem relativ hohen CMI verbunden. Jedoch gibt es ressourcenintensive Leistungsbereiche wie beispielsweise den Herzbereich, welcher aufgrund der teuren Medizintechnik oder Medikamente trotz tiefer mittlerer Aufenthaltsdauer vergleichsweise kostenintensiv ist. Demgegenüber werden in pflegeintensiven Leistungsbereichen wie der Rheumatologie trotz einer langen mittleren Aufenthaltsdauer nur vergleichsweise wenig Ressourcen benötigt.

2.2.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung 12 links zeigt, dass von den jüngeren Altersgruppen jährlich jeder zehnte stationär behandelt werden muss. In der Altersgruppe der 60-79-Jährigen muss jeder vierte einmal jährlich im Spital stationär aufgenommen werden, in der Altersgruppe 80+ ist es beinahe jeder zweite. Mit steigendem Alter braucht der Körper eine längere Regenerationsphase. Dies wirkt sich auf die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital aus, was in Abbildung 12 rechts ersichtlich ist.

Durch die höhere Hospitalisationsrate und die höhere mittlere Aufenthaltsdauer der älteren Generationen sind auch deren Pflage tage entspre-

chend höher. Abbildung 13 zeigt diesen Sachverhalt anschaulich.

Rund 44 Prozent aller Patienten und sogar 54 Prozent aller Pflage tage der Zürcher Wohnbevölkerung werden von Personen beansprucht, die älter als 59 Jahre alt sind (Addition der Altersgruppen 60-79 und 80+), während ihr Anteil an der gesamten Zürcher Bevölkerung lediglich 22 Prozent ausmacht. Diese überproportionale Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen von Personen ab 60 Jahren ist schweizweit im gleichen Verhältnis zu beobachten.

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung werden sich in den kommenden Jahren die Pro-

Abbildung 12 Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen

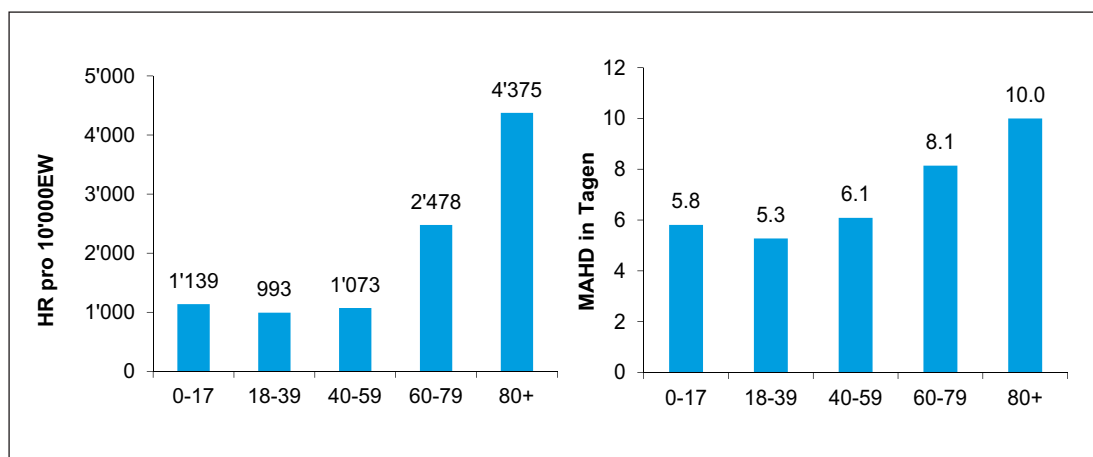
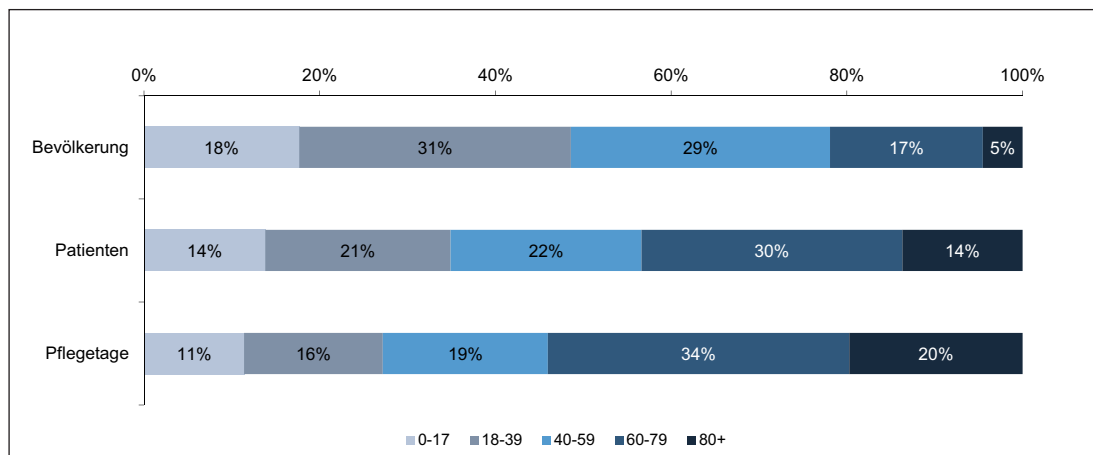


Abbildung 13 Wohnbevölkerung, Patienten und Pflage tage nach Altersgruppen



portionen weiter zu den älteren Generationen verschieben, das heisst, der Anteil der Behandlungen und Pflegetage der Patienten ab 60 Jahren wird sich weiter erhöhen.

2.2.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Spitalaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung thematisiert. Es sei an dieser Stelle nochmals vermerkt, dass die Analyseperspektive die Wohnbevölkerung und nicht die Zürcher Spitäler beinhaltet. Wenn im Folgenden beispielsweise Aussagen zur Wohnregion *Winterthur* gemacht werden, so sind die Patienten mit Wohnsitz in der Region *Winterthur* gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln liessen. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen sowie die Bevölkerungszahl 2010 pro Wohnregion sind im Anhang E1 ersichtlich.

Mit knapp 65'000 Patienten stammt ein Drittel aller Patienten aus der Wohnregion *Zürich*. Das Durchschnittsalter dieser Patienten liegt leicht über dem kantonalen Durchschnitt von 50 Jahren. Auffällig ist an dieser Wohnregion, dass deren Patienten öfters stationär behandelt werden als Patienten aus anderen Wohnregionen (vgl. Merkmal Hospitalisationsrate HR) und dass die mittlere Aufenthaltsdauer sowie auch die durchschnittliche Fallschwere deutlich über dem Zürcher Mittelwert liegen. Im Gegensatz dazu sind die Patienten aus der Wohnregion *Oberland* jünger, liegen kürzer im Spital und deren durchschnittliche Fallschwere ist tiefer.

Aus der Wohnregion *Rechtes Seeufer* liessen sich 48 Prozent privat oder halbprivat behandeln. Am wenigsten Zusatzversicherte stammen aus der Region *Oberland* (22 Prozent).

Es kann festgehalten werden, dass regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von stationären Leistungen bestehen. Diese sind hauptsächlich mit den regional unterschiedlichen Altersstrukturen der Wohnbevölkerung zu erklären.

Tabelle 6 Patienten nach Wohnregion im Jahr 2010

	Patienten abs.	Ø -Alter Jahre	Liege- klasse % HPP	HR pro 10'000EW	MAHD Tage	Ø Fall- schwere CMI
Zürich	64'652	51	34%	1'505	7.5	1.00
Winterthur	29'379	49	27%	1'405	6.9	0.96
Unterland	20'181	48	30%	1'269	6.7	0.94
Limmattal	22'630	48	28%	1'446	6.7	0.94
Linkes Seeufer	11'693	52	36%	1'486	6.9	0.96
Rechtes Seeufer	12'816	53	48%	1'606	6.7	0.95
Oberes Glattal	24'157	49	33%	1'453	6.8	0.96
Oberland	13'785	49	22%	1'495	6.5	0.91
Total	199'293	50	32%	1'454	7.0	0.97

2.2.2.4 Innerkantonale Patientenmigration

Ein Grossteil der Patienten aus einer Wohnregion lässt sich nicht in der eigenen Wohnregion behandeln. Zum einen wird nicht das vollständige medizinische Spektrum in jeder Wohnregion angeboten, zum anderen besteht innerkantonale Spitalwahlfreiheit: Der Zürcher Patient kann seinen Behandlungsort im Kanton Zürich frei wählen. Tabelle 7 zeigt, wo sich die Patienten einer Wohnregion im Jahr 2010 behandeln liessen.

92 Prozent der Bevölkerung der Wohnregion Zürich lässt sich auch in der eigenen Region behandeln. Mit 71 Prozent bleibt auch die Bevölkerung der Wohnregion Winterthur für eine stationäre Behandlung oft in der eigenen Region. Hingegen liegt der «Eigenversorgungsgrad» in den Wohnregionen *Unterland, Limmattal, Linkes* und *Rechtes Seeufer, Oberes Glattal* und *Oberland*

nur zwischen 36 und 58 Prozent (vgl. die fett gedruckten Zahlen in der Diagonale). Aus diesen Wohnregionen ist eine deutliche Abwanderung in die Region Zürich zu verzeichnen. Von allen stationären Patienten des Kantons Zürich werden mehr als die Hälfte in der Region *Zürich* behandelt. Verantwortlich für diese Migration sind unter anderem das breite medizinische Spektrum sowie die hohe Spitaldichte in der Region *Zürich*.

Die Annahme, dass jüngere Patienten mobiler sind als ältere, lässt sich mit den Daten bestätigen. In allen Wohnregionen steigt nämlich mit zunehmendem Alter der «Eigenversorgungsgrad».

Tabelle 7 Patientenmigration in % aller Patienten einer Wohnregion

Behandlungsregion	Wohnregion der Patienten								Total
	Zürich	Winterthur	Unterland	Limmattal	Linkes Seeufer	Rechtes Seeufer	Oberes Glattal	Oberland	
Zürich	92%	13%	42%	41%	45%	50%	48%	24%	54%
Winterthur		71%	10%				4%	5%	13%
Unterland			42%	2%					5%
Limmattal				49%					6%
Linkes Seeufer	2%				50%				4%
Rechtes Seeufer						43%		5%	3%
Oberes Glattal							36%	4%	5%
Oberland							7%	58%	5%
Anderer Kanton	3%	12%	4%	6%	4%	3%	3%	3%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Migrationen kleiner als zwei Prozent werden nicht dargestellt. Daher sind die Zahlen in den einzelnen Spalten nicht genau auf 100 Prozent summierbar.

2.2.2.5 Interkantonale Patientenmigration

Lediglich rund fünf Prozent der Zürcher Kantons-einwohner lassen sich ausserkantonale behandeln (Abwanderung). Demgegenüber stehen Patienten aus dem Ausland oder aus anderen Kantonen, die für eine stationäre Behandlung in den Kanton Zürich kommen (Zuwanderung). Diese machen an allen im Kanton Zürich behandelten Patienten 14 Prozent aus. Die Nettowanderung in den Kanton Zürich ist demzufolge positiv.

Tabelle 8 zeigt, in welchen Kantonen sich die Zürcher behandeln liessen (Abwanderung) und aus welchen Kantonen die ausserkantonalen Patienten nach Zürich kommen (Zuwanderung).

Abwanderung

Grundsätzlich lässt sich die Zürcher Wohnbevölkerung im Kanton Zürich behandeln. Lediglich 9'662 Zürcher Patienten nahmen eine stationäre Spitalbehandlung in einem anderen Kanton in Anspruch.²¹ Das entspricht 4.8 Prozent der Behandlungen und 4.3 Prozent der Pflage tage, welche die Zürcher Wohnbevölkerung im Jahr 2010 beanspruchte. Die mittlere Aufenthaltsdauer von 6.3 Tagen und die mittlere Fallschwere von 0.83 deuten darauf hin, dass es sich um weniger komplexe Behandlungen als jene im Kanton Zürich handelt (MAHD 7.0 Tage; CMI 0.97). Dies zeigt sich auch daran, dass eine Mehrheit aller ausserkantonalen Hospitalisationen Leistungen aus dem Basispaket sind und auf Notfälle zurückzuführen sind. Vereinzelt gibt es jedoch auch kleine spezialisierte Bereiche wie Teile aus der Ophthalmologie, die Bariatrische Chirurgie sowie die spezialisierte Neonatologie, in denen eine relevante Abwanderung zu verzeichnen ist.

Zürcher Patienten gehen für ausserkantonale Behandlungen am häufigsten in den Kanton Schaffhausen. Dies lässt sich damit erklären, dass der Kanton Zürich mit dem Kanton Schaffhausen ein Spitalabkommen abgeschlossen hat, welches die medizinische Versorgung der Einwohner des nördlichen Weinlandes mit den Gemeinden Benken, Dachsen, Feuerthalen, Flurlingen, Laufen-Uhwiesen, Marthalen, Rheinau und Trüllikon gewährleistet.

Zuwanderung

Im Jahr 2010 betrug die Patientenzahl der Zuwanderer an Zürcher Akutspitälern rund 31'000. Das entspricht 14.1 Prozent aller im Kanton Zürich behandelten Patienten. Diese beanspruchten 14.8 Prozent aller Pflage tage im Kanton Zürich. Im Gegensatz zur Abwanderung sind es mehrheitlich elektive Eingriffe, nur 28 Prozent waren Notfälle.

Die ausserkantonalen Patienten wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen, rund 3'000 Patienten haben ihren Wohnsitz im Ausland. Die durchschnittliche Fallschwere aller Zuwanderer beträgt 1.36 und liegt damit rund 70 Prozent über dem mittleren Zürcher Fallgewicht. Die Behandlungen der Zuwanderer sind daher meistens komplexer Natur. Diese Patienten kommen für eine stationäre Behandlung im Herzbereich nach Zürich oder für Behandlungen, die unter die interkantonale Vereinbarung der Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) fallen. Ebenfalls eine bedeutende Zuwanderung ist in den spezialisierten Leistungsgruppen *BEW9* Knochentumore und *BEW11* Replantationen der Orthopädie feststellbar.

Tabelle 8 Zu- und Abwanderung von Patienten in den Kanton Zürich

	SH	AG	SG	TG	GR	BE	SZ	Andere Kantone	Total
Abwanderung	2'191	1'050	906	790	1'255	645	449	2'376	9'662
Zuwanderung	1'685	6'074	4'290	1'886	1'403	728	4'658	10'435	31'159
Nettowanderung	-506	5'024	3'384	1'096	148	83	4'209	8'059	21'497

²¹ Es stehen keine Daten bezüglich Zürcher Patienten im Ausland zur Verfügung.

Die ausserkantonalen Patienten lassen sich mehrheitlich in der Stadt Zürich behandeln: 24 Prozent aller Zuwanderer lassen sich am UniversitätsSpital Zürich, 11 Prozent an der Klinik Hirslanden, 9 Prozent an der Schulthess-Klinik, 8 Prozent an der Klinik im Park und je 7 Prozent am Kinderspital Zürich und dem Stadtspital Triemli behandeln.

2.3 Bedarfsentwicklung 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2010 wurde unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie von Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen der medizinische Bedarf für das Jahr 2020 prognostiziert. In den folgenden Darstellungen werden das Ausgangsjahr 2010 und das Prognosejahr 2020 gezeigt. Auf eine detaillierte Darstellung der Entwicklung zwischen diesen beiden Zeitpunkten wird hingeworfen. Im folgenden Teilkapitel wird die Auswirkung der verschiedenen Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 beschrieben. Anschliessend wird der prognostizierte Leistungsbedarf der Zürcher Bevölkerung dargestellt. In diesem Kapitel wird bewusst auf eine detaillierte Darstellung nach den 125 Leistungsgruppen verzichtet. Einerseits ist damit die Übersicht gewährt, andererseits sind die Veränderungen innerhalb der Leistungsbereiche mehrheitlich homogen. Falls es innerhalb eines Leistungsbereichs zwischen den einzelnen Leistungsgruppen jedoch nennenswerte Unterschiede gibt, so wird dies erwähnt.

2.3.1 Auswirkungen der Einflussfaktoren

Nachfolgend wird der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Leistungsbedarf im Jahr 2020 einzeln beschrieben und in einer Tabelle zusammengefasst. Dabei ist zu beachten, dass die jeweiligen Veränderungen lediglich den einen Einflussfaktor berücksichtigt. Die effektive Prognose, in der alle Einflussfaktoren zusammengefasst sind, wird in Kapitel 2.3.2 beschrieben.

2.3.1.1 Demografie

Falls nur die Demografie als Einflussfaktor berücksichtigt würde, wäre von einer Zunahme der Patientenzahl um rund 10 Prozent und der Pflegetage um rund 12 Prozent auszugehen (vgl. Tabelle 9). Die demografische Entwicklung wirkt sich weniger durch eine Zunahme der Bevölkerung als vielmehr durch die zunehmende Alterung der Zürcher Bevölkerung auf den zukünftigen Leistungsbedarf aus. Deshalb hat die demografische Entwicklung vor allem einen Einfluss auf medizinische Leistungen mit vorwiegend älteren Patienten wie beispielsweise im Herzbereich sowie in der Ophthalmologie. Leistungsbereiche mit jüngeren Patienten wie beispielsweise die Geburtshilfe oder Hals-Nasen-Ohren weisen demgegenüber niedrigere Veränderungsraten auf.

Tabelle 9 Einfluss der demografischen Entwicklung

	2010			2020			Veränderung in %	
	Patienten	PT	MAHD	Patienten	PT	MAHD	Patienten	PT
Grundversorgung								
Basispaket	74'456	489'112	6.6	83'229	560'510	6.7	+11.8	+14.6
Nervensystem&Sinnesorgane								
Dermatologie	1'279	12'822	10.0	1'457	14'647	10.1	+13.9	+14.2
Hals-Nasen-Ohren	5'557	24'797	4.5	5'911	26'818	4.5	+6.4	+8.1
Neurochirurgie	896	12'052	13.5	987	13'345	13.5	+10.2	+10.7
Neurologie	3'955	40'311	10.2	4'552	46'841	10.3	+15.1	+16.2
Ophthalmologie	3'750	10'336	2.8	4'396	12'113	2.8	+17.2	+17.2
Innere Organe								
Endokrinologie	546	6'391	11.7	633	7'447	11.8	+15.9	+16.5
Gastroenterologie	6'015	63'262	10.5	6'957	73'947	10.6	+15.7	+16.9
Viszeralchirurgie	2'646	35'831	13.5	2'957	40'454	13.7	+11.7	+12.9
Hämatologie	1'789	19'329	10.8	2'040	22'047	10.8	+14.0	+14.1
Gefäss	2'682	25'545	9.5	3'116	29'657	9.5	+16.2	+16.1
Herz	8'260	49'764	6.0	9'441	57'022	6.0	+14.3	+14.6
Nephrologie	293	2'317	7.9	321	2'563	8.0	+9.6	+10.6
Urologie	8'715	54'859	6.3	9'814	62'582	6.4	+12.6	+14.1
Pneumologie	3'611	49'269	13.6	4'118	56'379	13.7	+14.0	+14.4
Thoraxchirurgie	377	5'055	13.4	420	5'657	13.5	+11.4	+11.9
Transplantationen	179	2'702	15.1	194	2'916	15.0	+8.6	+7.9
Bewegungsapparat								
Orthopädie	26'868	201'793	7.5	29'667	227'836	7.7	+10.4	+12.9
Rheumatologie	2'235	23'598	10.6	2'543	27'188	10.7	+13.8	+15.2
Gynäkologie&Geburtshilfe								
Gynäkologie	8'272	42'186	5.1	8'908	46'167	5.2	+7.7	+9.4
Geburtshilfe	18'522	110'629	6.0	18'525	110'662	6.0	+0.0	+0.0
Neugeborene	16'261	97'763	6.0	17'144	103'069	6.0	+5.4	+5.4
Übrige								
(Radio-)Onkologie	2'031	15'557	7.7	2'251	17'445	7.8	+10.8	+12.1
Schwere Verletzungen	98	1'866	19.0	106	2'015	19.0	+8.0	+8.0
Total	199'293	1'397'146	7.0	219'685	1'569'325	7.1	+10.2	+12.3

2.3.1.2 Medizintechnologie

Die prognostizierte medizintechnische Entwicklung wirkt sich auf die Leistungsbereiche Gefäss, Herz und Orthopädie aus (vgl. Tabelle 10). Im Herzbereich wird insbesondere wegen der Implantation von Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator (ICD), der Cardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bei Herzinsuffizienz, des perkutanen Herzklappenersatzes mittels Katheter sowie der Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern mit einer Zunahme der Patienten von mindestens 21 bis maximal 66 Prozent gerechnet. Im Gefässbereich werden die Fallzahlen aufgrund der endovaskulären Implantationen von Kunststoffgrafts zur Behandlung eines nicht-rupturierten abdominellen Aortenaneurysmas zunehmen. In der Orthopädie wird die Hospitalisationsrate vor allem infolge einer erwarteten Zunahme von Revisionsoperationen bei totalen Hüft- und Knieprothesen um knapp 1'000 Patienten (drei Prozent) zunehmen.

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Fallzunahme bis 2020 von rund zwei Prozent aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik prognostiziert. Im Maximalszenario wird eine Fallzunahme von rund drei Prozent und im Minimalszenario eine Zunahme von etwas mehr als einem Prozent erwartet.

Die beiden Szenarien Maximal und Minimal weichen vom Hauptszenario ab, falls in der Fachliteratur unterschiedliche Entwicklungen prognostiziert beziehungsweise eine entsprechende Bandbreite angegeben wurde. Da für diverse Leistungsbereiche keine quantitativen medizintechnischen Studien existieren, wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose für diese Leistungsbereiche auch keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert.²²

Tabelle 10 Einfluss der medizintechnischen Entwicklungen auf die Patientenzahlen 2020

	2010			2020	
	Patienten	Hauptszenario		Max.	Min.
Gefäss	2'682	2'768	+3%	+5%	+2%
Herz	8'260	11'463	+39%	+66%	+21%
Orthopädie	26'868	27'679	+3%	+3%	+3%
...					
Total	199'293	203'488	+2%	+3%	+1%

Dargestellt sind nur Leistungsbereiche, bei welchen durch die medizintechnische Entwicklung eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderungen auf die Gesamtzahl der Behandlungen von Zürcher Patienten.

²² Im Bewusstsein dieser Problematik halten wir das gewählte Vorgehen für zweckmässig. Dies weil wir davon ausgehen, dass die relevanten Innovationen durch die Fachliteratur reflektiert werden.

2.3.1.3 Epidemiologie

Die prognostizierten epidemiologischen Entwicklungen wirken sich vor allem auf die Leistungsbe-
reiche Geburtshilfe, (Radio-)Onkologie und Or-
thopädie aus (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020

	2010	2020			
	Patienten	Hauptszenario		Max.	Min.
Basispaket	74'456	74'534	+0.1%	+0.2%	-0.0%
Dermatologie	1'279	1'281	+0.1%	+0.1%	+0.1%
Neurologie	3'955	3'971	+0.4%	+2.0%	-0.8%
Endokrinologie	546	546	+0.0%	+0.1%	-0.1%
Viszeralchirurgie	2'646	2'643	-0.1%	-0.2%	-0.2%
Hämatologie	1'789	1'792	+0.2%	+0.2%	+0.1%
Gefäss	2'682	2'695	+0.5%	+2.5%	-1.0%
Herz	8'260	8'307	+0.6%	+2.9%	-1.2%
Pneumologie	3'611	3'603	-0.2%	+0.0%	-0.5%
Orthopädie	26'868	26'628	-0.9%	-0.4%	-1.6%
Gynäkologie	8'272	8'249	-0.3%	-0.3%	-0.3%
Geburtshilfe	18'522	18'797	+1.5%	+3.7%	+0.0%
(Radio-)Onkologie	2'031	2'049	+0.9%	+0.9%	+0.9%
...					
Total	199'293	199'471	+0.1%	+0.6%	-0.3%

Dargestellt sind nur Leistungsbereiche, bei welchen durch die epidemiologische Entwicklung eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderungen auf die Gesamtzahl der Behandlungen von Zürcher Patienten.

In der Geburtshilfe wird eine Zunahme der Gebur-
tenzahl erwartet. In der (Radio-)Onkologie wird
vor allem eine Zunahme bei solchen Krebspatienten
erwartet, die eine Chemotherapie benötigen.
Im Herzbereich wirkt sich primär die erwartete Zu-
nahme der kardiovaskulären Risikofaktoren aus
und in der Pneumologie wird eine Senkung der
Hospitalisationsrate erwartet, da bis 2020 weni-
ger Patienten mit Lungenkrebs prognostiziert wer-
den. In der Orthopädie führt eine verbesserte Prä-
vention zu einer Abnahme der Fallzahlen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die
prognostizierten Veränderungsraten in der Epide-
miologie einen geringen Einfluss auf den zukünf-
tigen Leistungsbedarf ausüben. Im Hauptszena-
rio wird nur eine Fallzunahme von 0.1 Prozent bis
2020 prognostiziert. Im Maximalszenario wird
eine Fallzunahme von 0.6 Prozent und im Mini-
malszenario eine Fallabnahme von 0.3 Prozent
erwartet.

2.3.1.4 Ökonomische Einflussfaktoren

Substitution

Die prognostizierte Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen wirkt sich vor allem auf die Leistungsbereiche *Ophthalmologie, Herz und (Radio-)Onkologie* aus (vgl. Tabelle 12). Im Hauptszenario weisen diese Bereiche eine Abnahme von bis zu 36 Prozent der stationären Patienten auf. Die gezeigten Werte sind als Prognose und nicht als Zielvorgabe der Gesundheitsdirektion zu verstehen.

In der *Ophthalmologie* sind vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen und im Herzbereich die interventionelle Kardiologie sowie die Katheterablationstherapie bei paroxysmalem Vorhofflimmern betroffen. Weiter

geht man davon aus, dass ein Teil der Chemotherapien (im Leistungsbereich *(Radio-)Onkologie* enthalten) zukünftig ambulant erbracht werden.

Insgesamt führt die prognostizierte Substitution im Hauptszenario zu einer Abnahme der Patientenzahl von rund vier Prozent und im Maximalszenario zu einer Abnahme von acht Prozent.

Im Hauptszenario wird unterstellt, dass 50 Prozent der Kurzlieger (maximal zwei Übernachtungen) von «potenziell ambulanten Behandlungen» zukünftig nicht mehr stationär, sondern ambulant behandelt werden. Im Maximalszenario wird angenommen, dass sogar 90 Prozent dieser Kurzlieger in Zukunft ambulant behandelt werden. Im Minimalszenario findet keine Substitution statt.

Tabelle 12 Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020

	2010	2020			
	Patienten	Hauptszenario	Max.	Min.	
Basispaket	74'456	72'234	-3%	0%	-5%
Dermatologie	1'279	1'248	-2%	0%	-4%
Hals-Nasen-Ohren	5'557	5'485	-1%	0%	-2%
Ophthalmologie	3'750	2'393	-36%	0%	-65%
Endokrinologie	546	540	-1%	0%	-2%
Gastroenterologie	6'015	5'889	-2%	0%	-4%
Hämatologie	1'789	1'729	-3%	0%	-6%
Gefäss	2'682	2'666	-1%	0%	-1%
Herz	8'260	6'466	-22%	0%	-39%
Nephrologie	293	290	-1%	0%	-2%
Urologie	8'715	8'142	-7%	0%	-12%
Pneumologie	3'611	3'577	-1%	0%	-2%
Transplantationen	179	178	-1%	0%	-1%
Orthopädie	26'868	25'167	-6%	0%	-11%
Rheumatologie	2'235	2'197	-2%	0%	-3%
Gynäkologie	8'272	7'730	-7%	0%	-12%
(Radio-)Onkologie	2'031	1'753	-14%	0%	-25%
...					
Total	199'293	190'426	-4%	0%	-8%

Dargestellt sind nur Leistungsbereiche, bei welchen durch die Substitution eine Veränderung erwartet wird. Das Total jedoch zeigt die Veränderungen auf die Gesamtzahl der Behandlungen von Zürcher Patienten.

Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Die prognostizierte Verkürzung der Aufenthaltsdauer wirkt sich vor allem auf die Leistungsbereiche Endokrinologie, Rheumatologie, Neurologie und Gastroenterologie aus (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern

	2010		2020			
	Patienten	MAHD	MAHD Hauptszenario	Max.	Min.	
Grundversorgung						
Basispaket	74'456	6.6	6.0	-8%	-4%	-13%
Nervensystem&Sinnesorgane						
Dermatologie	1'279	10.0	7.9	-21%	-19%	-25%
Hals-Nasen-Ohren	5'557	4.5	4.2	-6%	-5%	-8%
Neurochirurgie	896	13.5	11.5	-15%	-10%	-20%
Neurologie	3'955	10.2	7.6	-25%	-22%	-30%
Ophthalmologie	3'750	2.8	2.7	-2%	-1%	-2%
Innere Organe						
Endokrinologie	546	11.7	8.2	-30%	-26%	-34%
Gastroenterologie	6'015	10.5	8.0	-24%	-20%	-29%
Viszeralchirurgie	2'646	13.5	11.8	-13%	-10%	-17%
Hämatologie	1'789	10.8	8.9	-18%	-14%	-22%
Gefäss	2'682	9.5	7.6	-20%	-18%	-25%
Herz	8'260	6.0	5.7	-5%	-4%	-7%
Nephrologie	293	7.9	7.3	-8%	-4%	-14%
Urologie	8'715	6.3	5.8	-8%	-6%	-11%
Pneumologie	3'611	13.6	11.2	-18%	-13%	-24%
Thoraxchirurgie	377	13.4	12.5	-6%	-5%	-12%
Transplantationen	179	15.1	12.3	-18%	-15%	-22%
Bewegungsapparat						
Orthopädie	26'868	7.5	6.9	-9%	-6%	-11%
Rheumatologie	2'235	10.6	7.9	-26%	-20%	-30%
Gynäkologie&Geburtshilfe						
Gynäkologie	8'272	5.1	4.8	-7%	-4%	-9%
Geburtshilfe	18'522	6.0	5.6	-7%	-6%	-8%
Neugeborene	16'261	6.0	5.9	-2%	-1%	-4%
Übrige						
(Radio-)Onkologie	2'031	7.7	6.0	-22%	-18%	-24%
Schwere Verletzungen	98	19.0	15.5	-19%	-16%	-23%
Total	199'293	7.0	6.3	-10%	-7%	-14%

Insgesamt wird im Hauptszenario eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um etwas mehr als einen halben Tag erwartet. Dies entspricht einer Aufenthaltsverkürzung von zehn Prozent über einen Zeitraum von zehn Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer würde sich dementsprechend durchschnittlich um rund 0.07 Tage pro Jahr reduzieren. Im Maximalszenario wird ein Rückgang von knapp 0.5 Tagen und im Minimalszenario ein Rückgang von 0.9 Tagen erwartet.

Im Hauptszenario wurde präsumiert, dass Behandlungen von Zürcher Patienten bis 2020 nur mehr so lange dauern, wie es der Aufenthaltsdauer auf dem 40. Perzentil aller Schweizer Patienten entspricht. Das Maximalszenario wurde auf der Basis des 45. Perzentils und das Minimalszenario der Basis des 35. Perzentils berechnet (vgl. Anhang E2.4).

2.3.2 Akutsomatischer Bedarf 2020

Der prognostizierte Bedarf wird aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung gezeigt. Dabei werden die Prognosen nach den Merkmalen Leistungsbereich, Altersgruppen, Wohnregionen und innerkantonalen Patientenmigration analysiert.

2.3.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2020

Die Tabelle 14 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der Hospitalisationsrate, der Patientenzahl, mittleren Aufenthaltsdauer und Pflage tage bis 2020. Da eine soziodemografische Prognose immer in Wechselbeziehungen zu anderen unsicheren Entwicklungen steht, werden in der Tabelle 14 auch die Ergebnisse einer minimalen und einer maximalen Bedarfsentwicklung gezeigt. In der nachfolgenden Tabelle wird zur besseren Übersicht nur mehr das Hauptszenario dargestellt.

Tabelle 14 Prognostizierter Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung 2020

	2010	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Hospitalisation/10'000 EW	1'454	1'466	+0.8%	+7.6%	-4.4%
Patienten (in 1'000)	199	214	+7.4%	+14.6%	+1.9%
Mittlere Aufenthaltsdauer	7.0	6.5	-7.1%	-5.8%	-9.6%
Pflegetage (in 1'000)	1'397	1'393	-0.3%	+7.9%	-7.9%
Pflegetage/10'000 EW	10'191	9'543	-6.4%	+1.3%	-13.5%

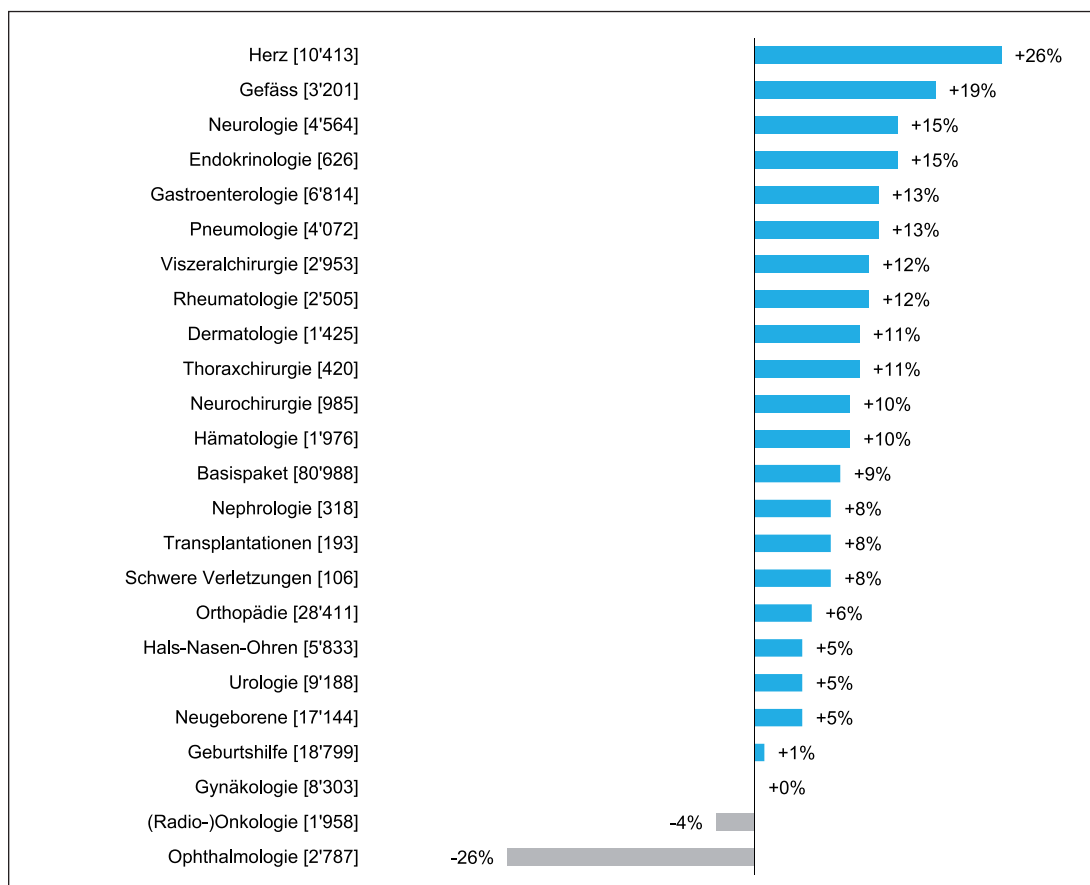
Zwischen dem Jahr 2010 und 2020 ist mit einer schwachen Zunahme von knapp einem Prozent der Hospitalisationsrate zu rechnen. Während die Alterung der Zürcher Wohnbevölkerung die Hospitalisationsrate insgesamt erhöht, dämpft die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen diese Entwicklung. Insgesamt wird im Hauptszenario eine Zunahme von stationären Patienten von sieben Prozent prognostiziert. Diese Zunahme ist primär eine Folge der erwarteten demografischen Entwicklung.

Bei der mittleren Aufenthaltsdauer wird eine weitere Verkürzung von heute 7.0 auf 6.5 Tage erwartet. Die Einführung von SwissDRG wird die Aufenthaltsdauern voraussichtlich weiter verkürzen. Dieser Effekt wird aber durch die erwartete Substitution kurzer stationärer durch ambulante Behandlungen und durch den mit der Alterung der Bevölkerung einhergehenden grösseren Anteil an aufwendigeren Behandlungen gedämpft. Obwohl im Hauptszenario eine Abnahme der Pflage tage pro Kopf von sechs Prozent prognostiziert wird (Pflegetage/10'000 Einwohner), ergibt sich die gleiche Menge an Pflage tagen infolge der demografischen Entwicklung.

2.3.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen

Die Abbildung 14 zeigt, dass die Prognosen je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich sind. Während im Leistungsbereich Herz mit einer deutlichen Zunahme der Patienten von 26 Prozent gerechnet wird, ist bei der Ophthalmologie mit einer Abnahme von 26 Prozent zu rechnen. Je nach Leistungsbereich wird die Entwicklung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst (vgl. Kapitel B2.3).

Abbildung 14 Prognostizierte Veränderung der Patientenzahl pro Leistungsbereich



Im Herzbereich wird die deutliche Zunahme von 26 Prozent primär durch die demografische Alterung und durch die medizintechnische Entwicklung verursacht. Insbesondere wird mit einer deutlichen Zunahme von Herzinsuffizienz-Patienten gerechnet. Aus medizintechnischer Sicht ist die erwartete Verdoppelung der Implantationen von Defibrillatoren und Herzschrittmachern hervorzuheben. Ausserdem wird im Herzbereich nicht mit einer Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer gerechnet. Einerseits sind die Aufenthaltsdauern im Herzbereich im schweizweiten Vergleich heute eher kurz und werden sich daher nicht mehr stark verringern.

Das starke Patientenwachstum in den Leistungsbereichen *Gefäss*, *Neurologie*, *Endokrinologie* und *Gastroenterologie* wird primär durch die Alterung der Bevölkerung beeinflusst. Die erwartete Fallzunahme ist in diesen Bereichen allerdings viel grösser als die Zunahme der Pflgetage. In allen vier Bereichen wird die mittlere Aufenthaltsdauer um mindestens 18 Prozent sinken und darum die Anzahl der Pflgetage trotz der Fallzunahme auch abnehmen (vgl. Tabelle 15). Die starke Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauern in diesen Bereichen wird erwartet, da im schweizweiten Vergleich die Aufenthaltsdauern derzeit eher lang sind.

Für den grössten Leistungsbereich, die Grundversorgung mit 74'456 Fällen und 489'112 Pflgetagen im Jahr 2010, wird wegen der demografischen Entwicklung eine Zunahme der Fallzahl und Pflgetagezahl bei leichter Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer erwartet.

Für den mit 3'750 Fällen (zwei Prozent aller Leistungen 2010) eher kleinen Leistungsbereich *Ophthalmologie* wird mit 26 Prozent der stärkste Rückgang an Patienten erwartet. In diesem Leistungsbereich werden derzeit viele Behandlungen stationär durchgeführt, die in Zukunft zumindest teilweise auch ambulant durchgeführt werden könnten. Die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen dominiert den in der *Ophthalmologie* besonders starken Einfluss der demografischen Alterung deutlich.

Auch der Patientenrückgang im Leistungsbereich (*Radio-)**Onkologie* von vier Prozent und beinahe 25 Prozent bei den Pflgetagen wird durch die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen bewirkt.

Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Grundauftrag aller Zürcher Akutspitäler. Obwohl hochbetagte Menschen oft multimorbid und dement sind und deshalb häufig eine spezifische Behandlung benötigen, werden sie heute in den Spitälern – meist in der Abteilung der Inneren Medizin – behandelt.

Die Selektion der akutgeriatrischen Patienten aus der Medizinischen Statistik ist schwierig, weil diese bisher keiner spezifischen DRG zugeordnet sind und mit den in der Medizinischen Statistik erhobenen Merkmalen nur ungenügend abgebildet werden können. Aus diesem Grund ist auch eine genaue Prognose akutgeriatrischer Patienten nicht möglich. Klar ist jedoch, dass die Versorgung und Behandlung geriatrischer Patienten aufgrund der demografischen Alterung zunehmend wichtiger wird. Im Jahr 1970 betrug der Anteil der Altersgruppe 80+ lediglich 1.6 Prozent, 1990 3.7 Prozent, 2010 bereits rund 4.5 Prozent. Bei der Altersgruppe 80+ ist eine Bevölkerungszunahme von 29 Prozent bis ins Jahr 2020 zu erwarten.

Tabelle 15 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereichen

	Patienten (in 1'000)			MAHD			Pflegetage (in 1'000)		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
Grundversorgung									
Basispaket	74.5	81.0	+9%	6.6	6.2	-5%	489	506	+3%
Nervensystem&Sinnesorgane									
Dermatologie	1.3	1.4	+11%	10.0	8.1	-20%	13	11	-10%
Hals-Nasen-Ohren	5.6	5.8	+5%	4.5	4.3	-5%	25	25	+0%
Neurochirurgie	0.9	1.0	+10%	13.5	11.5	-14%	12	11	-6%
Neurologie	4.0	4.6	+15%	10.2	7.8	-23%	40	36	-12%
Ophthalmologie	3.8	2.8	-26%	2.8	2.7	-1%	10	8	-26%
Innere Organe									
Endokrinologie	0.5	0.6	+15%	11.7	8.4	-28%	6	5	-18%
Gastroenterologie	6.0	6.8	+13%	10.5	8.1	-23%	63	56	-12%
Viszeralchirurgie	2.6	3.0	+12%	13.5	11.9	-12%	36	35	-2%
Hämatologie	1.8	2.0	+10%	10.8	9.0	-17%	19	18	-8%
Gefäss	2.7	3.2	+19%	9.5	7.6	-20%	26	24	-5%
Herz	8.3	10.4	+26%	6.0	6.1	+1%	50	63	+27%
Nephrologie	0.3	0.3	+8%	7.9	7.3	-7%	2	2	+0%
Urologie	8.7	9.2	+5%	6.3	5.9	-6%	55	54	-1%
Pneumologie	3.6	4.1	+13%	13.6	11.3	-17%	49	46	-7%
Thoraxchirurgie	0.4	0.4	+11%	13.4	12.6	-6%	5	5	+5%
Transplantationen	0.2	0.2	+8%	15.1	12.3	-19%	3	2	-12%
Bewegungsapparat									
Orthopädie	26.9	28.4	+6%	7.5	7.2	-4%	202	205	+2%
Rheumatologie	2.2	2.5	+12%	10.6	8.1	-24%	24	20	-15%
Gynäkologie&Geburtshilfe									
Gynäkologie	8.3	8.3	+0%	5.1	4.9	-4%	42	40	-4%
Geburtshilfe	18.5	18.8	+1%	6.0	5.6	-7%	111	105	-5%
Neugeborene	16.3	17.1	+5%	6.0	5.9	-2%	98	101	+3%
Übrige									
(Radio-)Onkologie	2.0	2.0	-4%	7.7	6.1	-21%	16	12	-23%
Schwere Verletzungen	0.1	0.1	+8%	19.0	15.6	-18%	2	2	-12%
Total	199.3	214.0	+7%	7.0	6.5	-7%	1'397	1'393	-0%

2.3.2.3 Prognose nach Altersgruppen

Infolge der demografischen Verschiebung wird der Anteil der Patienten ab 60 Jahren weiter wachsen von 44 auf 47 Prozent aller Patienten im Jahr 2020. Der entsprechende Anteil der Pflegetage wird bei den über 60-Jährigen von heute 54 auf 59 Prozent anwachsen.

In der Tabelle 16 ist ersichtlich, dass ausser bei den 18-39-Jährigen bei allen Altersgruppen mit einer Zunahme der Behandlungen gerechnet wird, besonders prägnant bei den Patienten ab 60 Jahren. In allen Altersgruppen wird mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern gerechnet. Die beiden Entwicklungen ergeben gemeinsam eine Abnahme der Pflegetage bei den unter 60-Jährigen und eine Zunahme der Pflegetage bei Patienten ab 60 Jahren.

Tabelle 16 Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen

	Patienten (in 1'000)			MAHD			Pflegetage (in 1'000)		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
0-17	28	29	+4%	5.8	5.2	-11%	160	149	-7%
18-39	42	41	-3%	5.3	4.8	-9%	222	197	-11%
40-59	43	44	+2%	6.1	5.3	-14%	263	232	-12%
60-79	59	66	+11%	8.1	7.5	-8%	479	490	+2%
80+	27	34	+27%	10.0	9.4	-6%	272	325	+19%
Total	199	214	+7%	7.0	6.5	-7%	1'397	1'393	-0%

2.3.2.4 Prognose in den Wohnregionen

Die Zürcher Bevölkerung wächst bis 2020 in allen Wohnregionen. Die demografische Entwicklung unterscheidet sich jedoch regional relativ stark (vgl. Abbildung 9 auf Seite 37). Die unterschiedliche demografische Entwicklung spiegelt sich in den prognostizierten Patientenzahlen und Pflegetagen der Regionen in der Tabelle 17. Zur Erinnerung sei an dieser Stelle erwähnt, dass sich die prognostizierten Patientenzahlen und Pflegetage immer auf den Wohnort und nicht auf den Behandlungsort beziehen.

Tabelle 17 Prognostizierter Bedarf 2020 in den Wohnregionen

	Patienten (in 1'000)			MAHD			Pflegetage (in 1'000)		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
Zürich	65	64	-0%	7.5	6.5	-14%	486	418	-14%
Winterthur	29	33	+13%	6.9	6.5	-6%	204	217	+6%
Unterland	20	25	+25%	6.7	6.4	-4%	135	162	+20%
Limmattal	23	25	+9%	6.7	6.5	-3%	151	159	+6%
Linkes Seeufer	12	12	+7%	6.9	6.6	-5%	81	82	+2%
Rechtes Seeufer	13	13	+3%	6.7	6.7	+0%	85	88	+3%
Oberes Glattal	24	26	+9%	6.8	6.5	-4%	164	172	+5%
Oberland	14	15	+5%	6.5	6.5	-0%	90	94	+5%
Total	199	214	+7%	7.0	6.5	-7%	1'397	1'393	-0%

Mit Ausnahme der Wohnregion *Zürich* wird für alle Regionen eine Zunahme akutsomatischer Behandlungen prognostiziert. Die Regionen *Winterthur* und *Unterland* weisen ein Patientenwachstum im zweistelligen Prozentbereich auf. In diesen Regionen wird auch die Bevölkerung in den Altersgruppen 60+ überproportional wachsen.

Da die Aufenthaltsdauern in der Region *Zürich* derzeit eher lang sind,²³ wird eine überdurchschnittlich grosse Verkürzung der Aufenthaltsdauern erwartet. Für die Patienten der Region *Zürich* resultiert dadurch ein prognostizierter Rückgang der Pflegetage um vierzehn Prozent.

²³ Auch unter Berücksichtigung der Komplexität der Behandlungen und des Patientenalters.

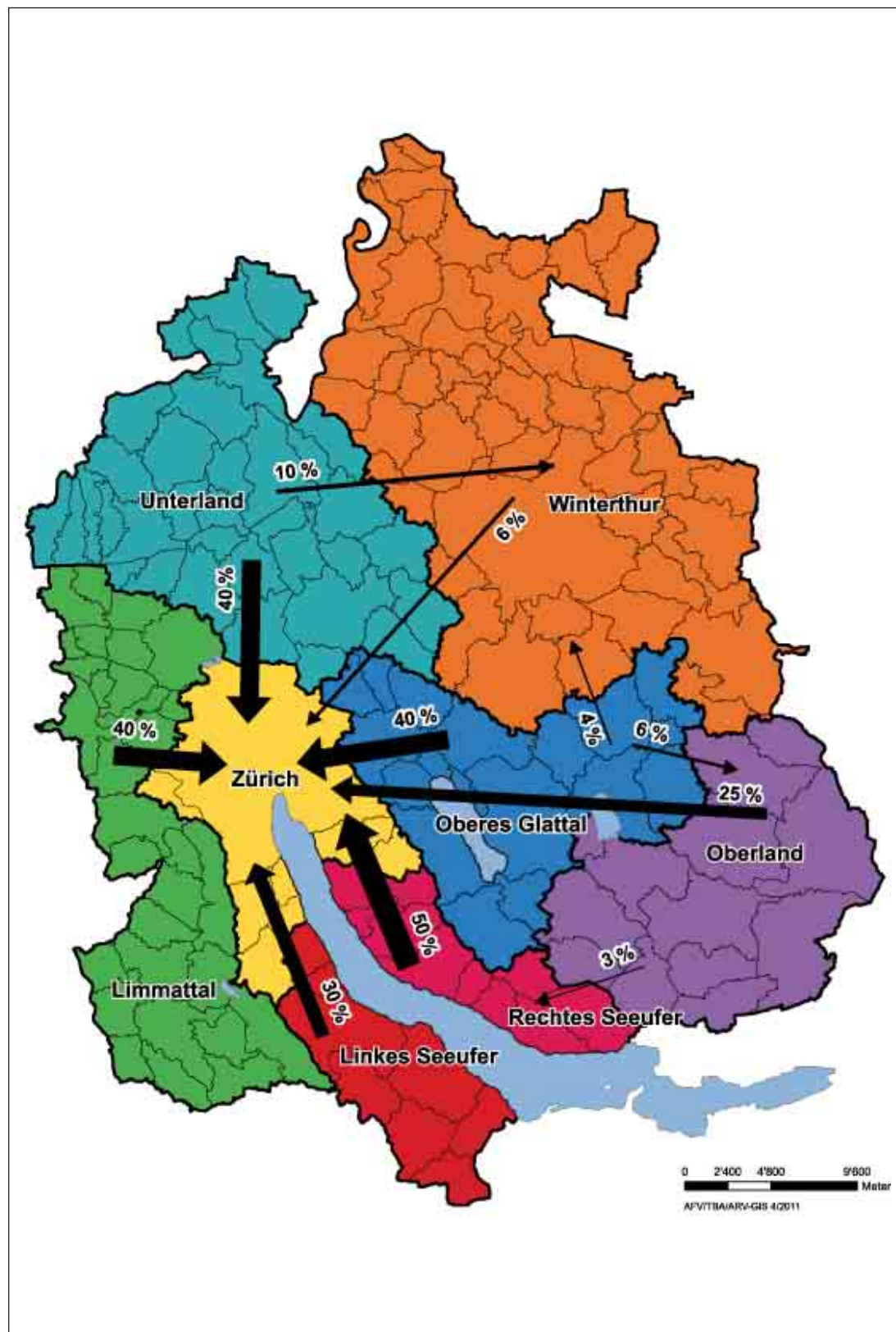
Berücksichtigung innerkantonaler Patientenmigration

Aus der Prognose der Patienten und Pflgetage für die Wohnregionen kann jedoch nicht direkt auf den künftigen Bedarf an Spitalleistungen in den Wohnregionen geschlossen werden, da sich viele Patienten nicht in der eigenen Wohnregion behandeln lassen. Insbesondere in die Region Zürich findet eine grosse Zuwanderung von Patienten aus anderen Zürcher Regionen statt. So wurden in der Region Zürich im Jahr 2010 54 Prozent aller stationären Patienten des Kantons Zürich behandelt, obwohl in dieser Wohnregion lediglich 33 Prozent der Patienten des Kantons Zürich wohnen (vgl. Kapitel 2.2.2.4).

In der Abbildung 15 sind die wichtigsten Patientenwanderungen zwischen den Wohnregionen grafisch dargestellt. Die Pfeile in der Grafik zeigen die Nettowanderung der Patienten zwischen den verschiedenen Zürcher Wohnregionen. Beispielsweise zeigt ein Pfeil von der Region Unterland in die Region Winterthur, dass sich mehr Patienten aus der Region Unterland in der Region Winterthur behandeln lassen als dies umgekehrt der Fall ist. Der «Nettoverlust» der Region Unterland gegenüber der Region Winterthur beträgt rund zehn Prozent. Am auffälligsten ist die grosse Nettowanderung in die Region Zürich. Lediglich die Region Winterthur weist eine geringe Nettowanderung von 6 Prozent in die Region Zürich auf. Hingegen findet aus den Wohnregionen Unterland, Oberes Glattal, Rechtes Seeufer sowie Limmattal eine Nettowanderung von 40 Prozent und mehr in die Region Zürich statt.

Werden für die Prognose in den Wohnregionen zusätzlich die bisherigen Nettopatientenströme zwischen den Regionen berücksichtigt, so hat dies den grössten Einfluss auf die Region Zürich. Die Spitäler in der Region Zürich werden aufgrund der Patienten-Zuwanderung mit mehr Patienten zu rechnen haben, obwohl für die Bevölkerung in der Wohnregion Zürich keine Patientenzunahme prognostiziert wird (vgl. Tabelle 17).

Abbildung 15 Nettopatientenmigration zwischen den einzelnen Wohnregionen



3 Evaluationskriterien

Die Zürcher Spitalplanung 2012 bekennt sich zum Grundsatz, den Akteuren möglichst viel unternehmerischen Freiraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen. Damit trotz dieser gewährten unternehmerischen Freiheit die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt bleibt, müssen klare Rahmenbedingungen für die Erteilung der Leistungsaufträge gesetzt werden. Gilt es doch mögliche Folgen wie eine fragmentierte Versorgungsstruktur, Unterversorgung und eine suboptimale Allokation der Leistungen zu verhindern. Klare Rahmenbedin-

gungen stellen zudem sicher, dass für alle Leistungserbringer die gleichen Anforderungen zur Erlangung eines Leistungsauftrages gelten.

Das KVG sieht dazu insbesondere die Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit vor sowie die generelle Aufnahmepflicht. Zusätzlich sind gemäss KVV der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien bei der Evaluation der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Gesetzliche Grundlagen für die Evaluation der Listenspitäler

Die Evaluationskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit werden sowohl in Art. 39 Abs. 2ter KVG genannt «der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit» sowie in Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 «die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.»

Im Übrigen wird in Art. 41a Abs. 1 KVG eine Aufnahmepflicht für Listenspitäler wie folgt statuiert: «Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).»

In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) präzisierte und ergänzte der Bundesrat die Evaluationskriterien in Art. 58b Abs. 4 und 5 weiter: «Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung der Synergien.»

Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien sind insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat zusammen mit Experten grosse Anstrengungen unternommen, zweckmässige Anforderungen zu definieren, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Bei der Definition dieser Anforderungen hat sich gezeigt, dass zwischen generellen und leistungsspezifischen Anforderungen an ein Listenspital zu unterscheiden ist. Während beispielsweise jedes Listenspital ein Qualitätssicherungskonzept benötigt, ist eine spezialisierte Intensivstation nur für Spitäler erforderlich, die bestimmte Leistungen anbieten möchten.

3.1 Generelle Anforderungen

Nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen muss jedes Listenspital generelle Anforderungen gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen sowie die allgemeine Aufnahmebereitschaft im Sinne von Art. 41a KVG unabhängig von seinem Leistungsspektrum gewährleisten. Leistungserbringer, die auf der Zürcher Spitalliste 2012 figurieren möchten, müssen die nachfolgenden, von der Gesundheitsdirektion definierten generellen Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und sonstigen Anforderungen erfüllen.

3.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In

Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die Gesundheitsdirektion verzichtet in der Akutomatik bewusst auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da das Risiko allokativer Fehlentscheide besteht. Ergebnisqualitätsindikatoren wie Mortalitätsraten geben lediglich einen eingeschränkten und oft sogar einen verzerrten Eindruck der effektiven Qualität, da die unterschiedliche Fallschwere und die Vor- und Nachbehandlungen der Patienten nicht angemessen berücksichtigt werden können.

Bereits heute erbringen die Zürcher Spitäler Leistungen in guter medizinischer Qualität. Deshalb genügt es, Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Die nachfolgend beschriebenen generellen Qualitätsanforderungen müssen, im Gegensatz zu den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, alle Listenspitäler unabhängig ihres Leistungsspektrums erfüllen.

- *Qualitätssicherungskonzept:* Gemäss Art. 77 KVV müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten. Die Modalitäten der Durchführung sind in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern zu vereinbaren. Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept verfügen und dieses auf Nachfrage der Gesundheitsdirektion vorlegen können. Die Qualitätsziele haben Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beinhalten.
- *Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen:* Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z.B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden.

- *Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)*: In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) spitalweit eingeführt sein. Das Zwischenfallmeldesystem soll den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang zu CIRS. Die Eingabemeldungen von CIRS werden analysiert, das Verbesserungspotenzial aufgezeigt, der Spitalleitung anonym weitergeleitet und die notwendigen Veränderungen umgesetzt.
- *Multiprofessionelle Entlassungspfade*: Jedes Listenspital hat einen oder mehrere multiprofessionelle Entlassungspfade etabliert, die den Entlassungsprozess systematisieren und die Versorgung der Patientenschnittstellen unabhängig, kontinuierlich und auch ambulant gewährleisten sollen.
- *Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen*: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Einweisern durchführen. Die Ergebnisse dieser Befragungen sind öffentlich bekannt zu machen.
- *Durchführung von Reanimationsübungen*: Ärzte, Pflegende und Therapeuten nehmen mindestens einmal pro Jahr an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen teil. Stetige Reanimationsschulungen gemäss dem neuesten Wissensstand lassen das klinische Personal in Notfallsituationen routiniert reagieren. Das klinische Personal erhält im Rahmen des Einführungsblocks eine Reanimations-schulung (Theorie und Übung) und nimmt jedes Jahr an einer Reanimationsübung teil. Eine Protokollaufzeichnung über die Reanimationsschulungen findet statt.
- *Spitalhygiene/Infektiologie*: Jedes Listenspital hat eine interdisziplinäre Hygienekommission am Spital zu etablieren, deren Sitzungen protokolliert und die Ergebnisse der Spitalleitung mitgeteilt werden. Zudem bestehen ein dokumentiertes Hygienekonzept, gemäss welchem die Spitalmitarbeiter geschult werden sowie ein Konzept zum präventiven Antibiotikagebrauch. Schliesslich ist eine Surveillance von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen zu führen.

3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren, für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG schreiben zwar Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vor. Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung erscheint jedoch vor dem Hintergrund der künftigen Vergütung nach SwissDRG an Bedeutung zu verlieren. Mit der Einführung der gewichteten Fallpauschalen (DRG) wird das Kosten-erstattungssystem durch ein Preissystem ersetzt. Wie hoch die Kosten eines einzelnen Leistungserbringers sind, spielt deshalb eine eher untergeordnete Rolle. Grundsätzlich ist es Sache der Leistungserbringer, die Leistungen zu konkurrenzfähigen Kosten zu erbringen. Der Wettbewerb unter DRG führt tendenziell dazu, dass langfristig nur noch Leistungen angeboten werden, die der Anbieter effizient genug und damit kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter sollten in einem Wettbewerb unter DRG langfristig ausscheiden.

Die Gesundheitsdirektion unterzieht, wie vom KVG verlangt, alle potenziellen Listenspitäler einer vertieften Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es werden jedoch lediglich offensichtlich unwirtschaftliche Leistungserbringer nicht für die Spitalliste berücksichtigt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Spitälern vorgenommen.

Grundsätzlich stehen Spitäler mit hohen Kosten unter dem Verdacht, unwirtschaftlich zu arbeiten. Da hohe Kosten jedoch auch durch die Behandlung von besonders komplexen Patienten verursacht werden können, wird der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler berücksichtigt, indem die Kosten der Spitäler durch ihren DRG-Case-mix dividiert werden. Diese Kostenstandardisierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Spitälern. Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Spitäler bieten sich grundsätzlich die Durchschnittskosten aller in Zürcher Spitälern behandelten Patienten an. Trotz detaillierter Vorgaben der Gesundheitsdirektion ist jedoch nicht auszuschliessen, dass kleinere Kostenabweichungen nicht nur auf eine ineffiziente Arbeitsweise, sondern auch auf Unterschiede in der Kostenabgrenzung zurückzuführen sind. Aus diesem Grund werden lediglich Spitäler als unwirtschaftlich eingestuft, deren Betriebskosten mehr als 15 Prozent über den Durchschnittskosten der in Zürcher Spitälern behandelten Patienten liegen.

Als Basis für den Kostenvergleich verlangt die Gesundheitsdirektion von allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die Lieferung bestimmter Kostendaten, insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung (KTR) der Jahre 2008 und 2009, die zum einen fallbezogen und mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BfS) verknüpft sein muss. Zum anderen muss die KTR die folgenden acht Kostenarten unterscheiden: Kosten Arztdienst, Arzthonorare, Pflegekosten, Sachkosten, Hotellerie, medizintechnische Leistungen, Administration & sonstige Kosten sowie Anlage-nutzungskosten. Um die Angaben in der KTR zu plausibilisieren, werden zusätzlich bestimmte Kostendaten aus der Betriebsbuchhaltung verlangt.

3.1.3 Sonstige generelle Anforderungen

Neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in der KVV insbesondere der Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 KVV) als Anforderung für Listenspitäler aufgeführt.

Da der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist gewährleistet sein muss, spielt auch die Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler eine Rolle. Insofern werden diejenigen Leistungserbringer bevorzugt, die bei gleichem medizinischem Angebot für die Zürcher Bevölkerung schneller und besser zu erreichen sind.

Im Übrigen müssen gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG potenzielle Listenspitäler fähig und bereit sein, alle Zürcher Patienten, d.h. auch lediglich grundversicherte Personen, innert nützlicher Frist aufzunehmen und adäquat zu behandeln. Eine Auswahl der Patienten nach dem Versicherungsstatus ist Listenspitälern nicht gestattet.

Ergänzend zu den Bestimmungen des KVG und der KVV werden die Anforderungen an die Listenspitäler gemäss dem neuen kantonalen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG), das am 2. Mai 2011 vom Kantonsrat verabschiedet wurde, zu beachten sein. Eine wichtige Anforderung für Listenspitäler betrifft die Aus- und Weiterbildung. In § 5 lit. f SPFG wird ein Nachweis betreffend Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens gefordert. Sobald das SPFG in Kraft tritt, werden die Listenspitäler auch hierzu verpflichtet werden oder sie haben entsprechende finanzielle Ausgleichsleistungen zu erbringen. Daher müssen potenzielle Listenspitäler die Bereitschaft erklären, den gesetzlichen Anforderungen des SPFG Folge zu leisten.

3.2 Leistungsspezifische Anforderungen

Je nach Leistungsspektrum bzw. Leistungsgruppen, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden. Diese wurden mit verschiedenen Fachexperten erarbeitet. In den folgenden Teilkapiteln 3.2.1-3.2.8 werden diese Anforderungen kurz beschrieben und im Teilkapitel 3.2.9 wird eine Übersicht aller Anforderungen pro Leistungsgruppe gezeigt.

3.2.1 Facharzt und Verfügbarkeit

Je nach Leistungsgruppe sind unterschiedliche Fachärzte vorgeschrieben (FMH oder ausländischer äquivalenter Titel).²⁴ Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patienten von diesen Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte, die Behandlung zu delegieren. Bei bestimmten Leistungsgruppen ist auch der Beizug von Beleg- oder Konsiliarärzten möglich.

Die vorgeschriebene zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte ist ebenfalls von der jeweiligen Leistungsgruppe abhängig. Dabei werden vier Levels der zeitlichen Verfügbarkeit unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Behandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. In der unten stehenden Tabelle sind die vier Levels der zeitlichen Verfügbarkeit definiert.

Tabelle 18 Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte

Level 1	FA Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Die Fachärzte ¹ sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit entsprechendem Leistungsauftrag verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt.

¹ Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation (auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich)

²⁴ Ein Spezialfall bildet der Leistungsbereich Gynäkologie. Bei verschiedenen onkologischen Behandlungen in der Gynäkologie ist grundsätzlich ein Schwerpunkttitlet «gynäkologische Onkologie» sinnvoll. Allerdings verfügen nur sehr wenige Gynäkologen über einen solchen Schwerpunkttitlet, da für diesen Schwerpunkttitlet eine relativ grosse Erfahrung in verschiedenen seltenen Operationen vorgeschrieben ist. Verschiedene Gynäkologen verfügen jedoch in einem Teil der Operationen über die für den Schwerpunkttitlet geforderte Erfahrung. Dementsprechend sollen auch Gynäkologen ohne Schwerpunkttitlet diejenigen onkologischen Behandlungen durchführen können, in denen sie über die entsprechende Erfahrung verfügen. Bei den malignen Neoplasien der Mamma sind zudem nicht nur die Gynäkologen, sondern alle Fachärzte mit Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma zugelassen.

3.2.2 Notfallstation

Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unter-

schiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe sind zudem spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.

Tabelle 19 *Notfall-Levels*

	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung (im Haus)	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).	7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.	24-Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.	24-Stunden: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt.
	17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.		Die Notfallsectio hat in weniger als 15min zu erfolgen (d.h.vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit))
Am Spital notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Innere Medizin (in 30 Minuten ¹) - Chirurgie (in 30 Minuten ¹) - Anästhesie (in 15 Minuten)		Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus) Hebammen: 24 Std. vor Ort

¹ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig.

3.2.3 Intensivstation

Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden.

Tabelle 20 *Intensivstations-Levels*

	Level 1 Intermediate Care (IMC)	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	Richtlinien sind durch SGI in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden diese von der GD geprüft und soweit zweckmässig übernommen.	Die Richtlinien vom 1.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten (http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinienis.html).	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: Anzahl Pflegetage p.a. ≥ 2'600 Anzahl Beatmungstage p.a. ≥ 1'000

3.2.4 Verknüpfte Leistungen

Viele Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dies sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Ist die fachübergreifende Behandlung besonders eng und die zeitliche Verfügbarkeit besonders wichtig, müssen diese Leistungen am gleichen Standort erbracht werden.

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort erbracht werden, sondern können in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer geleistet werden. Eine Kooperation ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln, die folgende Punkte umfasst:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der spitalübergreifenden Schnittstellen;
- die Ansprechpartner sind benannt;
- der inhaltliche Umfang und die Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
- medizinische Dokumentation: Dem zugewiesenen Spital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

3.2.5 Tumorboard

Bei Leistungen an Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, Onkologen, Internisten, Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden. Dabei sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
- Die für das Tumorboard genannten Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärzte besteht.
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Patientenakte übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können.

3.2.6 Mindestfallzahlen

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. Allerdings sind die Grundlagen für die Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vollumfänglich erarbeitet. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenige oder keine empirische Evidenz. Die wissenschaftliche Literatur dazu ist aber im Wachsen begriffen. Zudem gibt es zwar viele Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität zeigen, hingegen lässt sich bei vielen Behandlungen kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Dies widerspiegelt sich auch in der Praxis. Ein Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern zeigt, dass die Höhe der Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variiert.

Da die Höhe der Mindestfallzahlen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt und auch in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt wird, hat sich die Gesundheitsdirektion entschieden, mit eher niedrigen Mindestfallzahlen erste Erfahrungen zu sammeln.

Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital²⁵ vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Diese niedrigen Mindestfallzahlen von 10 pro Spital stellen für diese Leistungsgruppen eine sinnvolle minimale Schwelle dar, die in erster Linie verhindern soll, dass Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden.

Zusätzlich werden für je eine Leistungsgruppe in der Viszeralchirurgie, in der Herzchirurgie und in der Thoraxchirurgie höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland existieren. Es handelt sich um eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (PNE1.1), eine Mindestfallzahl von 50 in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) und eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1).

Die Gesundheitsdirektion wird in den nächsten Jahren die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen analysieren. Im Falle von positiven Erfahrungen ist geplant, die bestehenden Mindestfallzahlen anzupassen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen zu prüfen. Parallel dazu werden in Zukunft die Fallzahlen aller Listenspitäler pro Leistungsgruppe publiziert.

²⁵ Die Behandlungen werden pro Standort gezählt. Die Gesundheitsdirektion ist sich bewusst, dass nicht nur das Spital, sondern auch der behandelnde Arzt einen Einfluss auf die Qualität hat. In der vorliegenden Planung wird jedoch auf die Einführung einer Mindestfallzahl pro Arzt verzichtet. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem primär Leistungen mit Mindestfallzahlen versehen werden, bei denen nicht nur ein einzelner Arzt, sondern Teams oder das ganze Spitalumfeld einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität haben.

3.2.7 Sonstige leistungsspezifische Anforderungen

Bei bestimmten Behandlungen müssen zusätzliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen wie z.B. Ernährungs- und Diabetesberatung, Sprechstunde sowie Vor- oder Nachsorge erbracht werden:

- *Wundambulatorium*: Leistungen an Wundpatienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium voraus, das heisst eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialisten (Ärzte und Pflege) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege.
- *Beizug eines Konsiliararztes FMH Neurologie*: Bei zerebrovaskulären Störungen muss ein Konsiliararzt FMH Neurologie bei medizinischer Notwendigkeit in der Akutphase (<12h) zur Triage und in der Postakutphase zur Abklärung einer Verlegung in eine Stroke Unit beigezogen werden. Lysen dürfen nur an Spitälern mit einer Intensivstation Level 2 oder 3 durchgeführt werden.
- *Stroke Unit*: Leistungserbringer, die einen Leistungsauftrag für die Behandlung zerebrovaskulärer Störungen in einer Stroke Unit möchten, haben die Richtlinien der Fachgesellschaft zu erfüllen. Diese sind noch in Erarbeitung. Sobald diese veröffentlicht sind, werden sie von der Gesundheitsdirektion geprüft und gegebenenfalls angepasst.
- *Ernährungs- und Diabetesberatung*: Für endokrinologische Patienten muss eine Ernährungs- und Diabetesberatung angeboten werden. In der Ernährungsberatung werden die Patienten von Fachpersonen beraten, die Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt geben. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.
- *SMOB²⁶-Kriterien*: Für die Behandlung bariatrischer Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien bzw. die Zertifizierung als Adipositas-Primär- bzw. -Referenzzentrum vorausgesetzt.
- Für autologe Blutstammzelltransplantation ist eine *JACIE²⁷-Akkreditierung* erforderlich.
- Für Leistungserbringer mit Nephrologie ist eine *ambulante Hämodialyse und Peritonealdialyse* erforderlich.
- Für Polysomnographien ist eine *Schlaflabor-Zertifizierung durch die SGSSC²⁸* notwendig.
- *Handchirurgisches Spezialambulatorium*: Leistungserbringer mit einer Handchirurgie müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium betreiben, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden. Begleitend hat eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung zu stehen.
- *Intraoperatives Nerven-Monitoring*: Leistungserbringer, die Plexuschirurgie oder Replantationen durchführen, müssen in Zusammenarbeit mit der Neurologie ein intraoperatives Nerven-Monitoring betreiben.

²⁶ Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB).

²⁷ Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE ist eine nicht-kommerzielle europäische Organisation, die 1998 durch die beiden führenden Organisationen für Stammzelltransplantationen in Europa, die European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und die International Society for Cellular Therapy (ISCT) gegründet wurde. Ziel von JACIE ist die Etablierung und Überwachung von Qualitätsstandards für die Stammzelltransplantation in Europa. Zentren, die die Qualitätsanforderungen von JACIE erfüllen, können eine Zertifizierung erhalten.

²⁸ Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie.

- *Gynäkologische Endokrinologie und psychiatrische Betreuung:* Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität muss die gynäkologisch-endokrinologische sowie die psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen sichergestellt sein.
- *BAG-Strahlenschutzbedingungen:* In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.
- *Unterbruchfreies Monitoring:* Epilepsiepatienten müssen durch fachlich geschultes Personal (elektrophysiologisch-technische Assistenten und kein Pflegepersonal) rund um die Uhr in unmittelbarer Nähe (d.h. direkt nebenan mit Videoüberwachung) überwacht werden können.
- *Interdisziplinäre Indikationskonferenz:* Für Patienten der Gefässchirurgie und Angiologie ist eine interdisziplinäre Indikationskonferenz durchzuführen.
- *Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung:* Einfachere pneumologische Patienten können auch in einem Spital ohne Intensivstation Level 2 behandelt werden, sofern die Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung besteht.
- *Anforderungen gemäss den Levels I der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland:* Leistungserbringer, die Geburtshilfe anbieten wollen, haben die entsprechenden Anforderungen der Fachgesellschaft zu erfüllen.

3.2.8 Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen

Verschiedene medizinische Leistungen können nicht organspezifisch definiert und gruppiert werden, da sie quer zu den organspezifischen Behandlungen stehen. Für diese Leistungen wurden die Querschnittsleistungsgruppen Basispaket, Basispaket Elektiv, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Basiskinderchirurgie, Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie, Kompetenzzentrum für Palliative Care und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker gebildet. Nachfolgend werden die Anforderungen an diese Querschnittsleistungsgruppen dargestellt.

einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis müssen deshalb die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie am Spital vertreten sein. Zudem müssen weitere Anforderungen in den Bereichen Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie erfüllt werden (vgl. Tabelle 21).

3.2.8.1 Anforderungen an Basispakete

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür hat die Gesundheitsdirektion zwei Basispakete definiert, welche die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden: Basispaket (BP) und Basispaket Elektiv (BPE).

Das Basispaket Elektiv bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem Basispaket Elektiv können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt (z.B. Internist, Anästhesist) rund um die Uhr verfügbar. Zudem müssen ein Laborbetrieb sowie Kooperationen mit einem Spital mit Basispaket und einer Infektiologie gewährleistet werden (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie Anästhesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Kapitel 3.2.2)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Kapitel 3.2.3)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung ¹	-

¹ Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

3.2.8.2 Pädiatrie und Kinderchirurgie

Für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden Leistungsaufträge für die Pädiatrie und die Kinderchirurgie erteilt. Diese Behandlungen erfolgen grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder eine von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheit an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre ambulant oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von speziell qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Folgende Kriterien gelten zudem für eine Kinderklinik:

- Leitung und ärztlicher Dienst durch Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie (FMH Kinder- und Jugendmedizin) respektive Kinderchirurgie (FMH Kinderchirurgie);
- Kinderanästhesie²⁹ bei operativen Eingriffen an Kindern unter 6 Jahren;
- Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege;
- kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur;
- Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen;
- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab dem siebtem Hospitalisationstag.

Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenhospital durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern müssen nicht zwingend an einer Kinderklinik erfolgen, sondern können unter bestimmten Voraussetzungen auch an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Dafür ist ein Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie vorgesehen. Die dafür infrage kommenden chirurgischen Leistungen wie z.B. bei unkomplizierten Appendizitis, einfachen Frakturen und Tonsillenhypertrophie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Homepage der Gesundheitsdirektion ersichtlich ist: www.gd.zh.ch/strukturbericht.

Für einen Leistungsauftrag in der Basis-Kinderchirurgie muss bei Kindern unter 6 Jahren eine Kinderanästhesie²⁹ gewährleistet sein. Die Kinderanästhesie und der Operateur müssen auch nach einer Operation während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten einsatzbereit sein. Zudem darf das Spital lediglich diejenigen Behandlungen durchführen, für die es in der Erwachsenenmedizin einen entsprechenden Leistungsauftrag besitzt.

²⁹ Eine Anästhesie bei Kindern unter 6 Jahren muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inkl. dazugehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (vgl. Standards und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) 2004).

3.2.8.3 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden.

In einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie wird der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen, akut erkrankten alten und meist multimorbiden Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld besonders Rechnung getragen. Für Behandlungen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie ist der CHOP 93.89.9 «geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlungen» vorgesehen. In der SwissDRG-Version 1.0 sind akutgeriatrische DRG definiert, die alle über diesen CHOP 93.89.9 «geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlungen» angesteuert werden. Um diesen CHOP in Zukunft codieren zu dürfen, sind Mindestanforderungen definiert, welche die Gesundheitsdirektion auch als Voraussetzung für einen Leistungsauftrag in der Akutgeriatrie vorsieht:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich «Klinische Geriatrie» erforderlich);
- standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität);
- soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen);
- wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele;

- aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal;
- teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie;
- eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

3.2.8.4 Kompetenzzentrum Palliative Care

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hochstehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen (gem. Richtlinien Palliative Care, SAMW).

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum Palliative Care zu positionieren.

Kompetenzzentren sollen neben der Betreuung von Patienten mit komplexen Palliative-Care-Bedürfnissen auch als Promotoren für Palliative Care wirken und sich für die Entwicklung von Standards und die Aus- und Weiterbildung in Palliative Care einsetzen. Ein Kompetenzzentrum für Palliative Care nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle, psychosozialen Stabilisierung und vorausschauenden Behandlungsplanung;
- stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen;
- Vernetzung mit ambulanten Leistungserbringern und mit spezialisierten Institutionen;
- Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care;
- Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen;
- Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, d.h. Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards, Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) sowie Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärzte, Pflegende und Therapeuten.

Derzeit werden Nationale Guidelines zu Palliative Care erarbeitet. Sobald diese verabschiedet sind, werden sie auch für den Kanton Zürich Gültigkeit haben. Bis dahin gelten die von der Gesundheitsdirektion definierten Anforderungen an ein Kompetenzzentrum für Palliative Care. Die nachfolgend von der Gesundheitsdirektion aufgeführten Anforderungen sind Bestandteil der auf nationaler Ebene erarbeiteten Standards für Palliative-Care-Versorgungsstrukturen:

- Organisation: Kompetenzzentrum als selbstständige organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur; ein schriftliches Betriebskonzept liegt vor;
- Infrastruktur: Unterbringung des Kompetenzzentrums in eigenen, vom übrigen Spitalbetrieb abgegrenzten Räumlichkeiten mit angemessener Atmosphäre, Einzel- oder Zweibettzimmer mit Nasszelle, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige;
- Personal: Interdisziplinäres Team; Präsenz einer Fachärztin/eines Facharztes mit Ausbildung in Palliative Care (Ausbildungslevel B2/C) und einer Pflegefachperson mit Ausbildung in Palliative Care (Ausbildungslevel B2/C) rund um die Uhr (24/7); Verfügbarkeit «in house» verschiedener therapeutischer Fachrichtungen wie Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie sowie Sozialarbeit und Seelsorge;
- Stellenschlüssel: Kompetenzzentrum mit 0.15 Arztstellen/Bett und 1.2 Pflegestellen/Bett (Vollzeitäquivalente);
- Prozesse: eigene Ein- und Austrittsprozesse des Kompetenzzentrums, getrennt von der normalen Patientenaufnahme; Vernetzung im Palliative Care-Versorgungsnetz der Region bzw. des Kantons;
- Zertifikat: Seit 2011 können sich Palliative-Care-Stationen aufgrund der Qualitätskriterien des SQPC durch SanaCert zertifizieren lassen. Die Gesundheitsdirektion wird für die Beibehaltung des per 1. Januar 2012 erteilten Leistungsauftrages für ein Kompetenzzentrum «Palliative Care» ab spätestens 2014 eine Zertifizierung verlangen.

3.2.8.5 Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

Abhängigkeitskranke, die eine akutsomatische oft länger dauernde Behandlung benötigen, weisen neben den somatischen Problemen meist auch psychische und soziale Beschwerden auf, die den normalen Spitalbetrieb behindern und eine spezielle Behandlung der Patienten erfordern. Leistungserbringer, die sich auf die akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker spezialisieren, müssen deshalb über entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Fachpersonal verfügen. Insbesondere muss jederzeit ein Psychiater zur Verfügung stehen.

3.2.9 Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick

In der ausfaltbaren Tabelle 23 sind alle Leistungsgruppen und deren Anforderungen dargestellt.

Um die Anwendung der Leistungsgruppen zu erläutern, werden nachfolgend Beispiele aus der Viszeralchirurgie anhand der Tabelle 22 erläutert. Grundvoraussetzung für alle Leistungsgruppen in der *Viszeralchirurgie* ist das Basispaket (BP). Für die Leistungsgruppen VIS1.1-VIS1.5 bildet zudem die Leistungsgruppe VIS1 Viszeralchirurgie ebenfalls eine Grundvoraussetzung (sichtbar an der hierarchisch konzipierten Bezeichnung der Leistungsgruppen). So bildet die Leistungsgruppe VIS1 die Basis für die übrigen Leistungsgruppen in der Viszeralchirurgie mit den Kürzeln VIS1.X.

Tabelle 22 Leistungsgruppen im Leistungsbereich Viszeralchirurgie

		Basispaket	FMH Facharzt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfallstation	Intensivstation	Verknüpfung «inhouse»	Verknüpfung Kooperation	Tumorboard	Mindestfallzahlen
VIS1	Viszeralchirurgie	BP	(Viszeralch.)	2	2	1	GAE 1		Ja	
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.2	Ja	10
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+VIS1.1	Ja	10
VIS1.3	Oesophaguschirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	3			Ja	10
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	2		END1		50
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2			Ja	10

Möchte ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1 Viszeralchirurgie, muss er das Basispaket anbieten und über Fachärzte für *Viszeralchirurgie*³⁰ verfügen, die jederzeit innert 60 Minuten die notwendige diagnostische oder therapeutische Intervention im Spital beginnen können (Verfügbarkeit Level 2). Zudem muss er eine Intensiv- und Notfallstation mit Level 1 betreiben, die Leistungsgruppe GAE1 *Gastroenterologie* anbieten sowie an einem Tumorboard teilnehmen.

Möchte ein Leistungserbringer die Leistungsgruppe VIS1.1 *Grosse Pankreaseingriffe* oder die Leistungsgruppe VIS1.2 *Grosse Lebereingriffe* anbieten, muss er neben dem Basispaket auch die Leistungsgruppe VIS1 *Viszeralchirurgie* anbieten. Zusätzlich muss er die Leistungsgruppe GAE1.1 *Spezialisierte Gastroenterologie* selber und die Leistungsgruppe END1 *Endokrinologie* in Kooperation anbieten sowie die Mindestfallzahl von jährlich 10 erreichen.

³⁰ Da der Facharzt in Klammern steht, können die Behandlungen dieser Leistungsgruppe auch durch einen Beleg- oder Konsiliararzt erbracht werden.

4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber

Der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich war es in der Spitalplanung 2012 ein wichtiges Anliegen, den Spitälern innerhalb eines klar definierten Rahmens möglichst viel unternehmerische Freiheit einzuräumen. Aus diesem Grund wurde den an einem Listenplatz interessierten Spitälern erstmals Gelegenheit gegeben, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben. Damit erhielten die Listenspitäler die Möglichkeit, sich – soweit zweckmässig – zu spezialisieren und auf ihre Stärken zu konzentrieren. Dies ist vor dem Hintergrund der Umstellung der Spitalfinanzierung auf Fallpauschalen ab 2012 besonders sinnvoll. Die Erfahrungen mit Fallpauschalen in anderen Ländern haben gezeigt, dass sich die Leistungserbringer vermehrt auf diejenigen Bereiche konzentrieren, die sie besonders effizient und

günstig erbringen können. Diese Entwicklung erachtet die Gesundheitsdirektion als überaus sinnvoll und sie ist auch ganz im Sinne des KVG. Im Übrigen entschied sich die Gesundheitsdirektion auch deshalb für ein Bewerbungsverfahren, um allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die gleichen Chancen einzuräumen.

4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Mitte September 2010 wurden alle bisherigen Leistungserbringer der Zürcher Spitalliste 2001 sowie weitere der Gesundheitsdirektion bekannte Interessenten zu einer Informationsveranstaltung über das Bewerbungsverfahren eingeladen. An dieser Veranstaltung wurde der Ablauf des Bewerbungsverfahrens, die Evaluationskriterien und die Bewerbungsdatei (vgl. unten stehende Box) erläutert.

Bewerbungsdatei Akutomatik

Die Bewerber mussten sich für die verschiedenen Leistungsgruppen bewerben und dabei nachweisen, dass sie alle dazu notwendigen Anforderungen erfüllen. Beispielsweise mussten die Bewerber die Anzahl der angestellten Fachärzte pro FMH-Titel sowie deren zeitliche Verfügbarkeit angeben. Ebenfalls wurde der Notfall- und Intensivstationslevel abgefragt.

Dazu mussten die Bewerber viele voneinander abhängige Entscheidungen fällen, was die Bewerbung zu einer komplexen Aufgabe machte. Um den Bewerbern ihre Aufgabe soweit wie möglich zu vereinfachen, programmierte die Gesundheitsdirektion deshalb eine aufwendige Excel-Bewerbungsdatei, die es den Bewerbern erlaubte, verschiedene Szenarien durchzuspielen und ihre Bewerbung übersichtlich zu gestalten.

Die Bewerbungsdatei sowie weitere Unterlagen zum Bewerbungsverfahren, insbesondere eine komplette Liste, welche APDRG, medizinischen Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet wurden, sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion zu finden: www.gd.zh.ch/bewerbung

Formell wurde das Bewerbungsverfahren am 22. September 2010 mit der Zusendung der Bewerbungsdatei per E-Mail an die Leistungserbringer eröffnet. Diese wurden aufgefordert, die Bewerbungsdatei bis zum 30. November 2010 auszufüllen und an die Gesundheitsdirektion zu retournieren oder andernfalls eine schriftliche Verzichtserklärung auf einen Listenplatz einzureichen. Aus Gründen des Gleichbehandlungsgebotes musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen.

Insgesamt haben sich rund 31 Akutspitäler und drei Geburtshäuser beworben. Neben allen bisherigen Listenspitälern haben sich auch Spitäler beworben, die bisher nicht auf der Zürcher Spitalliste (Abschnitt A) figurierten und damit bisher keine Staatsbeiträge vom Kanton Zürich erhalten haben. Darunter sind sowohl Zürcher Privatkliniken als auch ausserkantonale Spitäler zu finden.

Die Gesundheitsdirektion unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Dabei zeigte sich, dass viele Spitäler die elektronischen Bewerbungsunterlagen genau studiert und sorgfältig ausgefüllt hatten. Einige Spitaldirektionen nutzten zudem die Chance, sich im Rahmen des Bewerbungsverfahrens vertieft mit der künftigen Ausrichtung ihres Spitals auseinanderzusetzen. Da jedoch die meisten Bewerbungen noch einige Unstimmigkeiten enthielten, vereinbarte die Gesundheitsdirektion mit fast allen Bewerbern Gespräche, um diesen die Möglichkeit einer Bereinigung ihrer Bewerbungen zu geben. Diese Besprechungen fanden in den Monaten Januar bis März 2011 statt. Als Vorbereitung und als Diskussionsgrundlage für diese Gespräche versandte die Gesundheitsdirektion einen individuellen Fragenkatalog zur jeweiligen Bewerbung.

In den Gesprächen wurde von der Gesundheitsdirektion vor allem der Wahrheitsgehalt der Angaben überprüft, und die Leistungserbringer dafür sensibilisiert, dass ein zukünftiger Leistungsauftrag auch eine Leistungspflicht für alle Patienten in Bezug auf das gesamte Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe fordere. Der Gesundheitsdi-

rektion war es überaus wichtig, dass sich die Leistungserbringer nur für diejenigen Leistungsgruppen bewerben, welche sie auch nachhaltig anbieten können. Den Bewerbern wurde daraufhin die Gelegenheit gegeben, ihre Bewerbung ganz oder in einzelnen Bereichen zu überdenken und anzupassen und/oder zurückzuziehen.

Im Nachgang an diese Gespräche stellte die Gesundheitsdirektion den Bewerbern ein Kurzprotokoll und eine unverbindliche Einschätzung in Bezug auf die Erteilung eines Leistungsauftrags zurück. Dabei wurde pro Leistungsgruppe vermerkt, ob ein Leistungsauftrag grundsätzlich infrage kommt und welche Bestätigungen und Nachweise vom Leistungserbringer allenfalls noch zu liefern sind. Zudem mussten sich die Leistungserbringer definitiv entscheiden, ob sie an den Bewerbungen festhalten oder diese zurückziehen möchten. Falls die definitiven Bewerbungen von den unverbindlichen Einschätzungen der Gesundheitsdirektion abwichen, konnten die Bewerber diese nochmals kommentieren und begründen.

4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen

In der ausfaltbaren Tabelle 24 ist eine Übersicht über alle definitiven Bewerbungen ersichtlich.

Für die Gesundheitsdirektion war das Bewerbungsverfahren mit viel Aufwand verbunden, insgesamt kann jedoch ein positives Fazit gezogen werden. Das transparente Vorgehen, der direkte Kontakt sowie die Möglichkeit, eigene Standpunkte einzubringen und mit der Gesundheitsdirektion zu diskutieren, wurden von allen Bewerbern geschätzt. Auch die Gesundheitsdirektion erlebte die Gespräche mit den Bewerbern als konstruktiv und profitierte von den wertvollen Anregungen zu den Leistungsgruppen und deren Anforderungen, die zu einer weiteren Verbesserung des Leistungsgruppensystems führten.

Im Übrigen darf auch konstatiert werden, dass der intensive mündliche und schriftliche Austausch zwischen der Gesundheitsdirektion und den Leistungserbringern mehrheitlich zu einvernehmlichen Lösungen geführt hat.

4.3 Leistungsangebot der Bewerber

Im Folgenden werden die einzelnen Bewerber bezüglich ihres Leistungsangebots im Jahr 2010³¹ charakterisiert. Zum einen wird die Angebotsstruktur der einzelnen Bewerber dargestellt, zum anderen wird das Augenmerk auf die Zürcher Patienten an den sich bewerbenden Spitälern gelegt.

4.3.1 Profil der Bewerber

Zwischen den einzelnen Spitälern bestehen teilweise beträchtliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Betriebsgrösse und ihres Leistungsspektrums. In der nachfolgenden Tabelle 25 wird anhand der Patientenzahlen gezeigt, wie sich die Schwerpunkte pro Spital auf die einzelnen Leistungsbereiche verteilen.

Gut erkennbar ist in Tabelle 25, dass in den Schwerpunktspitälern Bülach, Limmattal, Männedorf, Uster, Waid, Wetzikon, Zimmerberg und Zollikerberg zur Hälfte Leistungen aus dem Basispaket angeboten werden. Der proportional hohe Patientenanteil in der Grundversorgung des Stadtspitals Waid ist darauf zurückzuführen, dass es keine Geburtsabteilung und keine Gynäkologie anbietet und zudem mit der Abteilung «Akutgeriatrie» einen grossen Anteil an Patienten behandelt, die derzeit zur Grundversorgung gezählt werden. Spezialisierte Kliniken wie die Schulthess-Klinik oder die Uroviva Klinik für Urologie sind hingegen nur in wenigen Leistungsbereichen tätig.

In der ausfaltbaren Tabelle 26 auf der folgenden Seite sind die Patientenzahlen detailliert pro Spital und Leistungsgruppe dargestellt.

³¹ Von den ausserkantonalen Bewerbern stehen lediglich die Daten aus dem Jahr 2009 zur Verfügung.

Tabelle 25 Angebotsstruktur der Bewerber in Prozent

	UniversitätsSpital Zürich	Kantonsspital Winterthur	Stadtspital Triemli	Klinik Hirslanden	GZO AG Spital Wetzikon	Spital Uster	Spital Limmattal	Spital Bülach	Spital Zollikerberg	Stadtspital Waid	Klinik im Park	Spital Männedorf	Schulthess-Klinik	Kinderspital Zürich	See-Spital Horgen	See-Spital Kilchberg	Universitätsklinik Balgrist	Spital Affoltern	Klinik Lindberg	Paracelsus-Spital Richterswil	Schweiz. Epilepsie-Zentrum	Sune Egge	Urovia Klinik für Urologie	Adus Medica	Geburtshaus Zürcher Oberland	Geburtshaus Delphys	Geburtshaus Weinland	Kantonsspital Schaffhausen	Kantonsspital Zug	Kantonsspital Aarau	UniversitätsSpital Basel	Aeskulap-Klinik Brunnen		
Grundversorgung																																		
Basispaket	22	41	35	21	48	47	45	51	33	65	17	47	5	50	51	25	13	54	24	31	22	78	1					49	51	39	31	85		
Nervensystem&Sinnesorgane																																		
Dermatologie	2																					18										2		
Hals-Nasen-Ohren	7	1		3	3	3	1	1	1	3	3	2		6	3	4			4	4					100			1	2	4	4			
Neurochirurgie	2													2																1	1			
Neurologie	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4		2		3	3			2			70						2	2	4	4				
Ophthalmologie	4	4	3	2					2		3	2																			2			
Innere Organe																																		
Endokrinologie																			1															
Gastroenterologie	2	3	3	3	4	4	3	4	4	7	1	6		1	5			3	4	3									4	3	3	2		
Viszeralchirurgie	2	1	1	2			3		2	1	1	1		1					5										2	1	1	1		
Hämatologie	2								1		1	1		4						1										2	2	1		
Gefäss	3	2	1	2			1		1	2					1														1	1	2	2		
Herz	10	3	14	14					1	25				6					1											6	11			
Nephrologie																																		
Urologie	5	4	5	6	6	5	6	3	3	4	3	4		4	2	8			8	5			96						4	5	6	4		
Pneumologie	3	3	2	1	2	1	2	2	4		2	2		4	2						8								2	1	3	4		
Thoraxchirurgie																																		
Transplantationen	1																																	
Bewegungsapparat																																		
Orthopädie	4	10	5	20	7	10	10	7	12	7	20	12	93	7	9	33	82	14	24	2		2	3						7	10	8	8		
Rheumatologie	1	1	2				1		1	1		1	1	1	1		4		1			1							1		1	3		
Gynäkologie&Geburtshilfe																																		
Gynäkologie	4	4	3	7	6	4	4	3	5		6	4			3	7		3	6	7									4	2	3	3	1	
Geburtshilfe	10	8	9	8	11	10	10	13	18		8	8			9	10		11	10	22						50	50		11	10	6	9		
Neugeborene	7	8	8	7	9	9	8	12	16		6	6		6	7	10		10	8	20						50	50		9	8	6	8		
Übrige																																		
(Radio-)Onkologie	2	2	3											2						2									1		3	7		
Schwere Verletzungen																																		
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (abs in 1'000)	36.5	23.9	21.5	15.5	10.4	10.3	10.1	9.7	9.6	9.3	7.8	7.7	7.2	6.9	6.7	5.9	4.4	3.6	2.9	1.9	0.8	0.1	0.1	0.1	0.0	0.4	0.2	0.1	8.4	8.8	25.5	29.8	0.2	

4.3.2 Zürcher Patienten in den sich bewerbenden Spitälern

In diesem Teilkapitel werden nur die Zürcher Patienten in den sich bewerbenden Spitälern betrachtet. Die ausserkantonalen Patienten an diesen Zürcher Spitälern (die sogenannte Zuwanderung) werden in Kapitel 2.2.2.5 thematisiert.

Tabelle 27 Stationäre Zürcher Patienten nach Spital 2010

	Patienten		ø -Alter	Kosten- träger	Liege- klasse	MAHD	Pflege- tage	ø Fall- schwere
	abs.	in %						
Zürcher Spitäler								
UniversitätsSpital Zürich	29'057	15%	48	92%	20%	7.4	216'003	1.24
Kantonsspital Winterthur	22'773	11%	49	93%	19%	7.0	159'121	0.92
Stadtspital Triemli	19'389	10%	52	96%	18%	7.8	151'160	1.05
Klinik Hirslanden	11'924	6%	54	96%	98%	6.3	75'713	0.94
Spital Uster	10'032	5%	50	92%	22%	7.0	70'585	0.84
GZO AG Spital Wetzikon	9'973	5%	49	93%	17%	6.3	62'930	0.79
Spital Bülach	9'239	5%	49	95%	21%	6.4	59'160	0.77
Spital Zollikerberg	9'123	5%	48	96%	29%	6.8	61'638	0.90
Spital Limmattal	9'072	5%	52	94%	21%	6.5	59'353	0.86
Stadtspital Waid	9'034	5%	66	94%	19%	10.5	95'047	1.21
Spital Männedorf	6'737	3%	54	94%	29%	6.4	43'122	0.84
Klinik Im Park	5'266	3%	55	95%	97%	5.6	29'280	0.98
See-Spital Horgen	6'295	3%	53	93%	25%	6.9	43'510	0.84
See-Spital Kilchberg	5'148	3%	46	94%	24%	5.0	25'989	0.78
Kinderspital Zürich	4'807	2%	6	70%	9%	7.7	37'080	1.12
Schulthess-Klinik	4'571	2%	57	83%	50%	6.5	29'585	1.09
Spital Affoltern	3'204	2%	49	91%	22%	6.3	20'096	0.74
Universitätsklinik Balgrist	3'121	2%	54	81%	28%	8.2	25'582	1.20
Klinik Lindberg	2'337	1%	51	91%	97%	6.4	15'062	0.90
Paracelsus-Spital Richterswil	1'399	1%	42	98%	18%	7.3	10'249	0.71
Schweiz. Epilepsie-Zentrum	367	0%	37	86%	15%	12.5	4'572	1.30
Sune-Egge	139	0%	41	100%	0%	58.1	8'079	4.90
Uroviva Klinik für Urologie	137	0%	59	100%	100%	2.2	308	0.45
Adus Medica	1	0%	30	0%	100%	2.0	2	0.47
Geburtshaus Zürcher Oberland	340	0%	16	100%	100%	5.5	1'865	0.44
Geburtshaus Delphys	242	0%	18	93%	100%	4.1	998	0.40
Geburtshaus Weinland	70	0%	16	100%	100%	8.7	611	0.66
Zürcher Spitäler ohne Bewerbung	5'834	3%	54	92%	100%	5.1	29'845	0.81
Ausserkantonale Spitäler								
Kantonsspital Schaffhausen	1'924	1%	50	95%	22%	7.7	14'846	0.92
Kantonsspital Zug	252	0%	41	83%	23%	4.7	1'192	0.67
Kantonsspital Aarau	181	0%	44	83%	28%	7.7	1'400	1.39
Universitätsspital Basel	169	0%	48	83%	38%	5.2	887	0.80
Aeskulap-Klinik Brunnen	42	0%	62	95%	48%	20.0	839	1.52
Andere Spitäler ohne Bewerbung	7'094	4%	46	76%	35%	5.8	41'437	0.80
Total	199'293	100%	50	92%	32%	7.0	1'397'146	0.97

Von den rund 200'000 Zürcher Patienten wurden die meisten am UniversitätsSpital Zürich (15 Prozent) behandelt, elf Prozent am Kantonsspital Winterthur und zehn Prozent am Stadtspital Triemli. Mit einem Patientenanteil von sechs Prozent folgt die Klinik Hirslanden an vierter Stelle. Sieben Prozent aller stationären Spitalaufenthalte werden durch Spitäler abgedeckt, die sich nicht für die Zürcher Spitalliste 2012 beworben haben. Knapp die Hälfte dieser Behandlungen werden durch die innerkantonalen Spitäler Privatklinik Bethanien, Klinik Pyramide am See, Klinik Pyramide Schwerzenbach und die Klinik Tiefenbrunnen erbracht. Insgesamt behandeln ausserkantonale Bewerber wenig Zürcher Patienten. Eine Ausnahme bildet das Kantonsspital Schaffhausen in welchem jährlich knapp 2'000 Zürcher stationär behandelt werden.

Am jüngsten sind die Patienten in den Geburtshäusern³², am ältesten sind die Patienten mit durchschnittlich 66 Jahren am Stadtspital Waid. Das Stadtspital Waid weist mit über zehn Tagen die höchste mittlere Aufenthaltsdauer aus. Dies lässt sich dadurch erklären, dass das Stadtspital Waid als einziges Spital über eine Geriatrieabteilung verfügt, in welcher die Patienten wegen ihrer Multimorbidität sehr lange liegen.

Der Anteil der zusatzversicherten Patienten liegt im Kinderspital und im Sune-Egge bei weniger als zehn Prozent. Hingegen behandeln die bisherigen Privatspitäler sowie die Schulthess-Klinik mindestens zur Hälfte Patienten mit einer Zusatzversicherung.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der mittleren Aufenthaltsdauer und der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) pro Institution. Universitätskliniken wie das UniversitätsSpital Zürich, Kinderspital, Balgrist und in gewissen Bereichen auch das Stadtspital Triemli erbringen komplexe Leistungen (überdurchschnittliche MAHD und hoher CMI). Demgegenüber stehen die Schwerpunktspitäler, deren Patienten kürzer hospitalisiert sind und die im Vergleich weniger teure Apparaturen und Implantate benötigen.

Nachfolgende Tabelle 28 zeigt die Versorgungsrelevanz der einzelnen Institutionen pro Leistungsbereich. Daraus kann die Relevanz der einzelnen Spitäler pro Leistungsbereich für die Versorgung von Zürcher Patienten abgeleitet werden. So werden beispielsweise am UniversitätsSpital Zürich beinahe in allen Leistungsbereichen mehr als zehn Prozent aller Zürcher Patienten behandelt, während die Spezialkliniken wie beispielsweise die Schulthess-Klinik oder die Uro-viva Klinik für Urologie nur in wenigen Leistungsbereichen zur Versorgung von Zürcher Patienten beitragen.

³² Das junge Durchschnittsalter in den Geburtshäusern ist insofern verzerrt, da der Altersdurchschnitt von den Frauen und Neugeborenen zusammen berechnet wird.

Tabelle 28

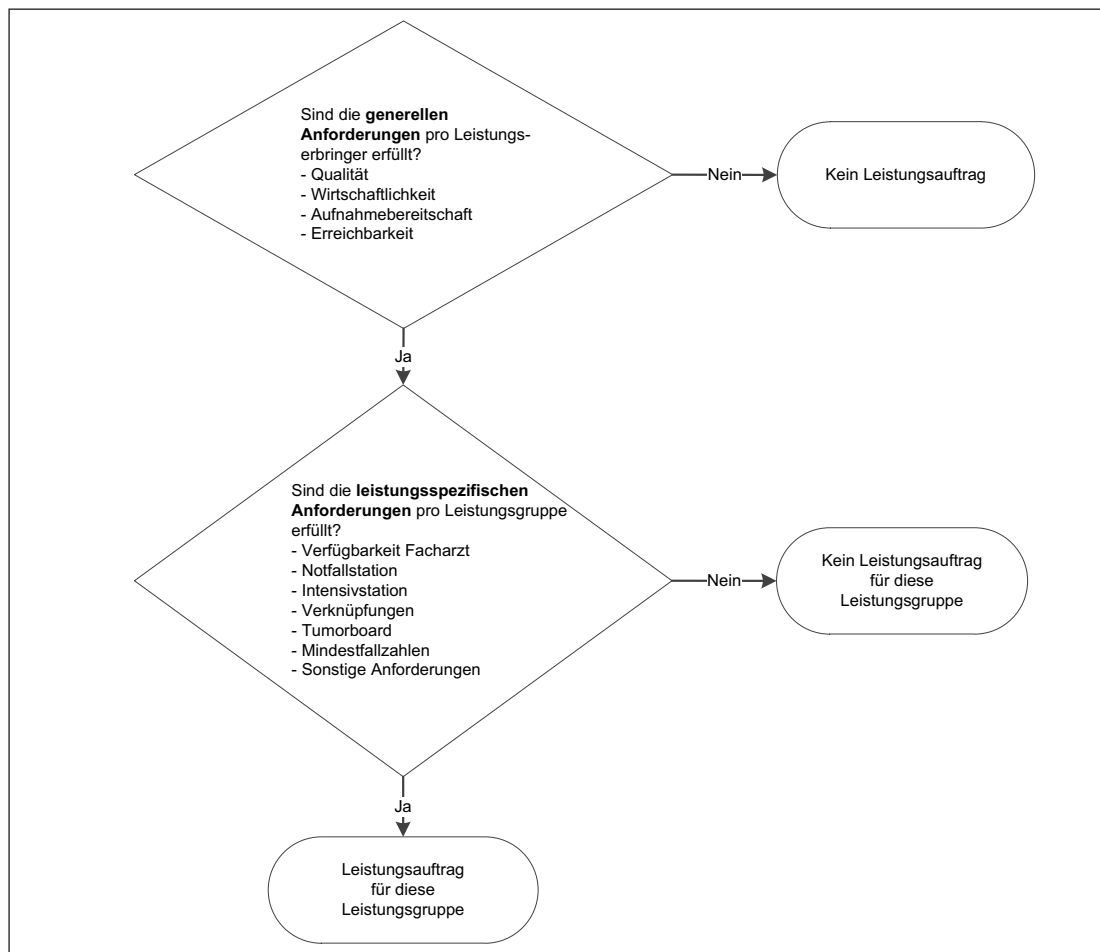
Versorgungsrelevanz der Spitäler für die Zürcher Bevölkerung 2010

	UniversitätsSpital Zürich	Kantonsspital Winterthur	Stadsspital Triemli	Klinik Hirslanden	Spital Uster	GZO AG Spital Wetzikon	Spital Bülach	Spital Zollikoberberg	Spital Limmattal	Stadsspital Waid	Spital Männedorf	Klinik Im Park	See-Spital Horgen	See-Spital Kilchberg	Kinderspital Zürich	Schulthess-Klinik	Spital Affoltern	Universitätsklinik Balgrist	Klinik Lindberg	Paracelsus-Spital Richterswil	Schweiz. Epilepsie-Zentrum	Sune-Egge	Urovia Klinik für Urologie	Adus Medica	Vista Diagnostics	Geburtshaus Zürcher Oberland	Geburtshaus Delphys	Geburtshaus Weinland	Übrige Spitäler ohne Bewertung	Kantonsspital Schaffhausen	Kantonsspital Zug	Kantonsspital Aarau	Universitätsspital Basel	Aeskulap-Klinik Brunnen	Total (%)	Total (abs)	
Grundversorgung																																					
Basispaket	9	13	9	4	6	6	6	4	6	8	4	1	4	2	4			2												2	1				100	74'389	
Nervensystem&Sinnesorgane																																					
Dermatologie	49	8	6	2	3	2	4	3	3	4	1		2		2			2												3	1				100	1'278	
Hals-Nasen-Ohren	34	5	3	6	6	5		2	2	4	3	2	4	4	6			1												6					100	5'557	
Neurochirurgie	61	9	1	7								6			8																	2			100	896	
Neurologie	22	10	10	3	4	5	5	3	4	8	4	4	4		3			2			6														100	3'962	
Ophthalmologie	29	21	14	7				4	1		4	6																		8					100	3'750	
Innere Organe																																					
Endokrinologie	14	17	11		5	3	4	2	3	13	8		7		5				4																100	546	
Gastroenterologie	9	13	10	6	7	6	6	6	5	11	6	1	5		1			2	1												1				100	6'007	
Viszeralchirurgie	22	10	9	9	2	4	3	2	10	6	3	3	1	1	3				3										4	1				100	2'646		
Hämatologie	29	11	10	2	5	2	4	2	3	6	4	3	3		9			1																	100	1'773	
Gefäss	37	15	9	8	2					4	6	2	6	2	2														2	1					100	2'347	
Herz	31	9	25	15						1		11			1																				100	8'617	
Nephrologie	57	10			1			3	2	11		2	1		4																2			100	293		
Urologie	19	11	12	7	5	7	3	3	6		2	3	1	5	2				2					2						4				100	8'715		
Pneumologie	18	18	13	3	6	3	4	4	4	9	4		4		4																			100	3'611		
Thoraxchirurgie	45	10	12	11		2			8	1	3				3																				100	367	
Transplantationen	90	2													3																		1		100	179	
Bewegungsapparat																																					
Orthopädie	4	9	4	9	4	3	3	4	3	2	3	4	2	6	1	16		2	9	2										7				100	26'858		
Rheumatologie	15	13	18	3	3	4	4	3	5	6	3		4	1	3	3	1	5	1												2			100	2'237		
Gynäkologie&Geburtshilfe																																					
Gynäkologie	16	11	8	10	5	7	3	6	5		3	4	2	4					2	1										5				100	8'275		
Geburtshilfe	17	10	10	6	6	6	7	9	5		3	3	3	3				2	1	2						1		3	1					100	18'522		
Neugeborene	15	11	11	6	5	5	7	9	5		2	3	3	3	2			2	1	2						1		2	1					100	16'261		
Übrige																																					
(Radio-)Onkologie	31	22	22	5	2	1		2	2						4														2			1		100	2'108		
Schwere Verletzungen	70	10	2	1		1		1	2	2	1				4																1	1		100	99		
Total (%)	15	11	10	6	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1									3				100	199'293			

5 Evaluationsverfahren

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Bewerber gemäss den in Kapitel 3 thematisierten Kriterien evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren ist in der unten stehenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 16 Evaluationsverfahren Akutsomatik



Zuerst werden die generellen Anforderungen bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit geprüft. Erfüllt ein Spital eine dieser Anforderungen nicht, scheidet es aus dem Evaluationsverfahren aus und erhält keinen Leistungsauftrag.

Bewerber, welche die generellen Anforderungen erfüllen, werden anschliessend auf die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen überprüft. Je nachdem für welche Leistungsgruppen sich ein Spital beworben hat, sind geringere oder

höhere leistungsspezifische Anforderungen zu erfüllen.

Grundsätzlich erteilt die Gesundheitsdirektion unbefristete Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden, wenn ein Spital die Anforderungen nicht mehr erfüllt. In bestimmten Fällen werden jedoch befristete Leistungsaufträge für zwei Jahre erteilt (vgl. Box).

Befristete Leistungsaufträge

– *Ungenügende Kosten- und Leistungsdaten*

Generell wird der Leistungsauftrag befristet vergeben, wenn ein Leistungserbringer im Rahmen des Bewerbungsverfahrens nicht in der Lage war, der Gesundheitsdirektion die geforderten Kosten- und/oder Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Falls die Gesundheitsdirektion diese Spitäler wegen ungenügender Datengrundlage nicht bereits vom Evaluationsprozess ausgeschlossen hat, stehen diese Spitäler in der Pflicht, ihre Versäumnisse zu korrigieren und diese Daten in Zukunft der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen.

– *«Neue» Listenspitäler*

Ebenfalls generell befristet wird der Leistungsauftrag bei Spitälern, die bisher nicht auf der Spitalliste A aufgeführt waren, da diese neue Pflichten insbesondere bezüglich der Aufnahmepflicht aller Patienten unabhängig des Versicherungsstatus zu erfüllen haben. Die Gesundheitsdirektion wird die Einhaltung dieser Pflichten während der befristeten Laufzeit der Leistungsaufträge überprüfen.

– *Herzchirurgie*

Die Gesundheitsdirektion plant die führende Stellung der Zürcher Herzchirurgie weiter zu stärken und wird den eingeleiteten Prozess der Konzentration der Zürcher Herzchirurgie weiter unterstützen. Um für diesen Prozess flexible rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, werden alle Leistungsaufträge für Leistungsgruppen in der Herzchirurgie befristet.

– *Geburtshilfe und Neonatologie*

In der Fachgesellschaft Neonatologie ist eine definitive Entscheidung bezüglich der spezialisierten Neonatologie noch ausstehend. Aus diesem Grund werden die Leistungsgruppen NEO1.1 und NEO1.1.1 befristet vergeben. Da die spezialisierten Leistungsgruppen in der Geburtshilfe auf die entsprechenden Leistungsgruppen NEO1.1 und NEO1.1.1 in der Neonatologie abzustimmen sind, werden auch die Leistungsgruppen GEB1.1 und GEB1.1.1 befristet vergeben.

– *Akutgeriatrie*

Bisher hatte das Stadtspital Waid als einziges Spital einen Leistungsauftrag für Akutgeriatrie. Die übrigen Bewerber müssen diesen Leistungsbereich neu aufbauen und mussten der Gesundheitsdirektion dazu ein Konzept einreichen. Grundsätzlich erhalten alle Bewerber, die ein genügendes und nachvollziehbares Konzept eingereicht haben, einen befristeten Leistungsauftrag. Allerdings werden die Umsetzungsfortschritte dieser Konzepte bis zur Festsetzung der Spitalliste im Herbst 2011 überprüft. Sollte sich dabei zeigen, dass ein Bewerber nicht in der Lage sein wird, die geforderten Leistungen ab dem 1. Januar 2012 zu erbringen, wird kein Leistungsauftrag erteilt.

– *Mindestfallzahlen*

Die Gesundheitsdirektion hat die Mindestfallzahlen bewusst niedrig festgelegt. Diese niedrigen Werte sollten von den Spitälern kontinuierlich erreicht werden. Aus diesem Grund werden Leistungsaufträge befristet vergeben, wenn unsicher ist, dass die Mindestfallzahlen in den folgenden Jahren erreicht werden, beispielsweise wenn ein Spital ein wichtiges Team verloren hat oder wenn die Mindestfallzahlen lediglich knapp erreicht wurden. Als knapp gelten dabei Fallzahlen, die weniger als fünf Fälle über der geforderten Mindestfallzahl liegen.

– *Palliative Care*

Erstmals im Jahr 2011 ist es für die Spitäler möglich, sich aufgrund der Qualitätskriterien des Schweizerischen Vereins für Qualität für Palliative Care (SQPC) für ein Palliative-Care-Kompetenzzentrum durch SanaCert zertifizieren zu lassen. Die Gesundheitsdirektion wird ab 2014 für alle Kompetenzzentren eine solche Zertifizierung verlangen. Aus diesem Grund werden für die Kompetenzzentren Palliative Care nur befristete Leistungsaufträge erteilt.

Nachfolgend werden in Kapitel 5.1 die Überprüfung der generellen Anforderungen und in Kapitel 5.2 die Überprüfung der leistungsspezifischen Anforderungen thematisiert.

5.1 Prüfung der generellen Anforderungen

In diesem Kapitel werden zuerst die generellen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen geprüft. Danach werden die Aufnahmebereitschaft und die Erreichbarkeit der Bewerber validiert. Zudem werden die Ausbildungsleistungen der Bewerber in Relation zum künftigen Ausbildungsbedarf thematisiert. Als Abschluss des Kapitels wird gezeigt, welche Bewerber die generellen Anforderungen erfüllen und welche nicht.

5.1.1 Prüfung der generellen Qualitätsanforderungen

Die Überprüfung der generellen Qualitätsanforderungen hat ergeben, dass die meisten Bewerber bereits heute die wesentlichen, von der Gesundheitsdirektion geforderten Qualitätsanforderungen an ein Listenspital erfüllen.

Verschiedene Spitäler müssen beispielsweise noch Entlassungspfade etablieren und die Durchführung von jährlichen Reanimationsübungen strukturiert organisieren. Solche Übungen sind schon länger in den Spitälern üblich, aber bis anhin wurde oft nicht kontrolliert, ob auch alle Ärzte, Pflegenden und Therapeuten mindestens einmal jährlich daran teilnehmen.

Kleinere Spitäler und Neubewerber müssen teilweise auch noch ein Qualitätssicherungskonzept erstellen bzw. ein Critical Incident Reporting System (CIRS) einführen sowie die Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen implementieren.

Allerdings konnten sämtliche Bewerber zusichern, die von der Gesundheitsdirektion geforderten, generellen Qualitätsanforderungen spätestens ab 1. Januar 2012 erfüllen zu können.

5.1.2 Prüfung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen

In diesem Kapitel wird die Wirtschaftlichkeit aller Bewerber anhand eines Vergleichs der schwe-regradbereinigten Fallkosten beurteilt. In diesem Kostenvergleich wird der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler berücksichtigt, indem die Fallkosten durch den DRG-Casemix geteilt werden. Die Gewichtung ermöglicht es, dass Spitäler mit kostenintensiven Patienten wie beispielsweise die Universitätsspitäler mit den Schwerpunktspitälern verglichen werden können. Diese Kosten-Standardisierung erlaubt einen fairen Vergleich zwischen den Spitälern.

Als Basis für den Kostenvergleich verlangte die Gesundheitsdirektion von allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die Lieferung bestimmter Kostendaten, insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung (KTR) der Jahre 2008 und 2009. Sie muss zum einen fallbezogen und mit der Medizinstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BfS) verknüpft sein. Zum anderen muss die KTR die folgenden acht Kostenarten unterscheiden: Kosten Arztdienst, Arzthonorare, Pflegekosten, Sachkosten, Hotellerie, medizintechnische Leistungen, Administration & sonstige Kosten sowie Anlagenutzungskosten. Um die Angaben in der KTR zu plausibilisieren, wurden von den Spitälern zusätzlich bestimmte Kostendaten aus der Betriebsbuchhaltung eingefordert. Neubewerber, die bisher keine bzw. wenige stationäre Patienten behandelten, mussten der Gesundheitsdirektion einen Businessplan einreichen.

Obwohl bereits im Oktober 2008 alle an einem Spitalistenplatz interessierten Spitäler schriftlich informiert wurden, dass sie die KTR der Jahre 2008 und 2009 nach dem Datenformat der Gesundheitsdirektion (inklusive Arztkosten und Arzthonorare) zu liefern haben werden, waren verschiedene Bewerber Ende 2010 nicht in der Lage, die Daten in der verlangten Form zu liefern. Beispielsweise konnten die Klinik Lindberg und das Kantonsspital Schaffhausen keine KTR für das Jahr 2008 liefern. Die Kliniken Lindberg, Hirs-

landen und Im Park waren zudem nicht in der Lage, die vollständige KTR zu liefern. Bei allen drei Kliniken fehlen die Arztkosten und Arzthonorare teilweise oder sogar vollständig.

Da die Arztkosten immerhin rund 20 Prozent der Betriebskosten ausmachen, stellte sich die Frage, wie mit Bewerbern, die Kostendaten ohne Arztkosten geliefert haben, umgegangen werden soll. Grundsätzlich stehen folgende drei Varianten zur Auswahl:

- Alle Bewerber, die unvollständige Kostendaten geliefert haben, werden ausgeschlossen.
- Die fehlenden Arztkosten werden geschätzt. Da Bewerber mit hohen Arztkosten einen Anreiz haben, keine Arztkosten zu liefern, sollte die Schätzung dementsprechend hoch sein, beispielsweise könnte sie sich am Bewerber mit dem grössten Arztkostenanteil orientieren.
- Die Arztkosten werden bei allen Bewerbern abgezogen und der Kostenvergleich basiert auf den Betriebskosten abzüglich den Arztkosten und Arzthonoraren. D.h. ein Kostenvergleich findet ohne Arztkosten und Arzthonorare statt.

Die erste Variante wäre zwar eine harte, jedoch konsequente Lösung, welche die trotz mehr als zwei Jahren Vorlaufzeit unvollständige Lieferung von Kostendaten mit einem Ausschluss sanktioniert. Die zweite Variante ist eine Zwischenlösung und die dritte Variante stellt ein grosses Entgegenkommen gegenüber den Bewerbern ohne Arztkosten dar. Zugunsten der Bewerber hat sich die Gesundheitsdirektion für die dritte Variante entschieden.

Im Übrigen hat die Plausibilisierung der KTR-Daten mit anderen Kostendaten aus der Betriebsbuchhaltung bei allen Spitälern eine gute Übereinstimmung zwischen der KTR und der übrigen Betriebsbuchhaltung ergeben. Eine Ausnahme ist die Klinik Lindberg: Bei der Klinik Lindberg sind

die Kosten für stationäre Patienten in der KTR rund 10 Prozent niedriger als in der Betriebsbuchhaltung. Wiederum zugunsten des Bewerbers wurden für die nachfolgenden Berechnungen mit einem gewissen Vorbehalt die niedrigeren Kosten der KTR verwendet.

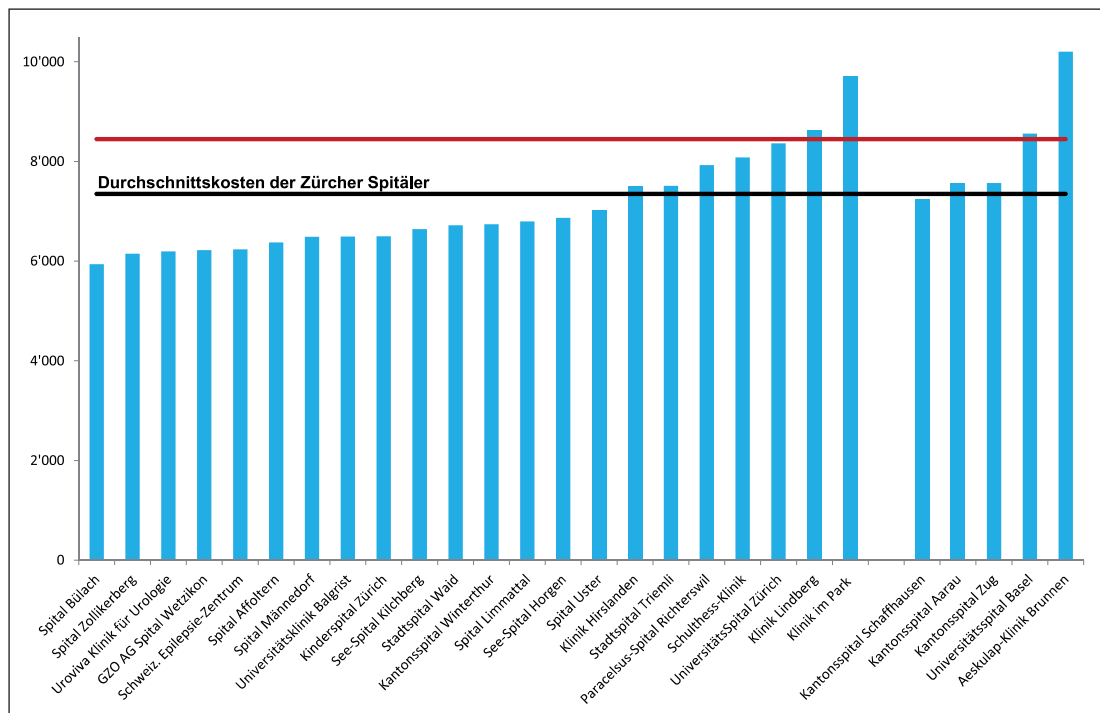
Die schweregradbereinigten Fallkosten werden mit der gleichen Methode berechnet, welche die Gesundheitsdirektion seit vielen Jahren für das Benchmarking und als Basis für die Globalbudgetierung der staatsbeitragsberechtigten A-Listenspitäler verwendet. Dabei werden von den Betriebskosten (ohne Investitionen bzw. Anlage-nutzungskosten) diejenigen Kosten abgezogen, die nicht mit der stationären Spitalversorgung allgemein versicherter Patienten zusammenhängen. Ausgeschieden werden die Kosten für ambulante Leistungen, Notfall, Aus- und Weiterbildung, Lehre und Forschung sowie die Mehrkosten für die Behandlung von zusatzversicherten Patienten (Pauschalabzug von 781 Franken pro Patient der Liegeklasse Halbprivat oder Privat). Die verbleibenden Kosten werden durch die schweregradgewichtete Anzahl stationärer Fälle dividiert. Damit können für jedes Spital die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten berechnet werden.³³

Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Spitäler bieten sich grundsätzlich die Durchschnittskosten aller in Zürcher Spitälern behandelten Patienten an. Da nicht auszuschliessen ist, dass gewisse Besonderheiten einzelner Spitäler, wie z.B. unübliche Kostenabgrenzungen oder ein spezieller Patientenmix, im Kostenvergleich nicht vollständig berücksichtigt werden, wird zu den Durchschnittskosten eine «Sicherheitsmarge» dazugerechnet. Lediglich Spitäler, deren Betriebskosten mehr als 15 Prozent über den Durchschnittskosten der in Zürcher Spitälern behandelten Patienten liegen, werden als unwirtschaftlich eingestuft.

³³ Die Fallschwere der Behandlungen wird mit dem Patientenklassifikationssystem APDRG Version 6.0 gemessen, in dem jede stationäre Behandlung in eine von rund 880 unterschiedlich schweren Fallgruppen eingeordnet ist.

In der unten stehenden Abbildung werden die schweregradbereinigten Kosten (ohne Arztkosten) aller Bewerber im Jahr 2009 dargestellt. Die schwarze horizontale Linie stellt die Durchschnittskosten der in Zürcher Spitälern behandelten Patienten und die rote horizontale Linie die 15-Prozent-Grenze dar.

Abbildung 17 Schweregradbereinigte Fallkosten (ohne Arztkosten) der Bewerber



Die Mehrheit der Bewerber liegt unterhalb der Durchschnittskosten, lediglich die Klinik Hirslanden, das Stadtspital Triemli, das Paracelsus-Spital Richterswil, die Schulthess-Klinik, das UniversitätsSpital Zürich, die Klinik Lindberg, die Klinik Im Park, das Universitätsspital Basel sowie die Aeskulap-Klinik in Brunnen weisen überdurchschnittliche Kosten auf. Vier Spitäler weisen zudem Kosten auf, die mehr als 15 Prozent über den Durchschnittskosten der in Zürcher Spitälern behandelten Patienten liegen. Es sind dies die Klinik Lindberg mit 17 Prozent, die Klinik Im Park mit 32 Prozent, das Universitätsspital Basel mit 17 Prozent sowie die Aeskulap-Klinik in Brunnen mit 39 Prozent.

Die hohen Kosten der Kliniken Im Park und Lindberg erscheinen noch bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, dass sie von der Nichtberücksichtigung der Arztkosten beim Kostenvergleich tendenziell profitieren, da Privatkliniken meist höhere Arztkosten und Arzthonorare aufweisen.

Bei der Klinik Lindberg gilt es zudem zu berücksichtigen, dass im Kostenvergleich mehrfach zu ihren Gunsten entschieden wurde. Zusätzlich zur Nichtsanktionierung der fehlenden Arztkosten wurden im Kostenvergleich die Daten der KTR 2009 verwendet, obwohl die Klinik Lindberg in den übrigen Kostendaten rund zehn Prozent hö-

here Kosten für stationäre Patienten ausgewiesen hat. Zudem war die Klinik Lindberg nicht in der Lage, eine KTR für das Jahr 2008 zu liefern.

Da die Klinik Lindberg, die Klinik Im Park, das Universitätsspital Basel und die Aeskulap-Klinik in Brunnen die Wirtschaftlichkeitsanforderungen somit nicht erfüllen, können sie für die Zürcher Spitalliste nicht berücksichtigt werden.

5.1.3 Prüfung der sonstigen Anforderungen

Zusätzlich zur Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen die zukünftigen Listenspitäler die Kriterien *Aufnahmebereitschaft*, *Erreichbarkeit* und *Ausbildung* erfüllen. Nachfolgend wird thematisiert, ob die Bewerber diese Anforderungen erfüllen.

5.1.3.1 Aufnahmebereitschaft

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

Sämtliche Bewerber haben der Gesundheitsdirektion zugesichert, dass sie alle Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufnehmen werden. Dies gilt auch für diejenigen Bewerber, die bisher auf der Zürcher Spitalliste B aufgeführt waren und bis anhin ausschliesslich Zusatzversicherte bzw. Selbstzahler stationär behandelt haben.

5.1.3.2 Erreichbarkeit

Gemäss Gesetz haben die kantonalen Spitalplanungen unter anderem auch den Zugang der Patienten zur (Spital-)Behandlung innert nützlicher Frist beziehungsweise die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der einzelnen Spitalstandorte zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV).

Die Erreichbarkeit bildet die von einem festgelegten Standort aus erreichbaren Aktivitäten (Wohn- oder Arbeitsplätze) in Abhängigkeit von der Transportdistanz (Fahrzeit) ab. Sie stellt somit ein objektivierbares Mass für die Beurteilung der Standortgunst zentraler Einrichtungen (wie Spitäler, Schulen etc.) beziehungsweise der regionalen und kantonalen Versorgungsqualität mit zentralen Einrichtungen dar.

Für den vom KVG geforderten Nachweis der angemessenen Zugänglichkeit zur Spitalbehandlung hat die Spitalplanung 2012 für die 15 innerkantonalen Spitalstandorte mit einer Notfallstation, die als qualitativ und wirtschaftlich genügend betrachtet wurden, in Zusammenarbeit mit dem Amt für Verkehr der kantonalen Volkswirtschaftsdirektion und dem GIS-Zentrum der kantonalen Baudirektion eine entsprechende Analyse durchgeführt. Angesichts der prioritären Bedeutung des medizinischen Notfalls stand dabei die Ermittlung der Erreichbarkeit für den motorisierten Privatverkehr (und nicht für den öffentlichen Verkehr) im Vordergrund. Bei einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes betrug die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- beziehungsweise Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital für über 95 Prozent der Zürcher Wohnbevölkerung weniger als 20 Minuten.

Da in den qualitativ und wirtschaftlich genügenden Zürcher Spitälern zudem der gesamte medizinische Bedarf der Zürcher Bevölkerung gedeckt werden kann, werden grundsätzlich keine ausserkantonalen Leistungserbringer benötigt. Es stellt sich die Frage, ob die Erreichbarkeit für die Zürcher Bevölkerung in Grenzgebieten mit der Berücksichtigung eines ausserkantonalen Bewerbers wesentlich verbessert werden kann. Von den ausserkantonalen Bewerbern kommen hierfür lediglich die Kantonsspitäler Schaffhausen und Zug infrage, da sie für die Bevölkerung des nördlichen Weinlandes bzw. des Knonauer Amtes rasch zu erreichen sind. Allerdings ist die Erreichbarkeit eines Akutspitals im Knonauer Amt dank des Bezirksspitals Affoltern bereits sehr gut, so dass das Kantonsspital Zug kaum zu einer verbesserten Erreichbarkeit beiträgt. Für die Ein-

wohner verschiedener Gemeinden des nördlichen Weinlandes ist die Fahrzeit ins Kantonsspital Winterthur oder ins Spital Bülach hingegen wesentlich länger als ins Kantonsspital Schaffhausen. Aus diesem Grund wird das Kantonsspital Schaffhausen im Gegensatz zu den anderen ausserkantonalen Bewerbern für die Zürcher Spitalliste berücksichtigt. Somit werden das Universitätsspital Basel, das Kantonsspital Aarau, das Kantonsspital Zug und die Aeskulap-Klinik in Brunnen nicht auf die Zürcher Spitalliste aufgenommen.

Unter Berücksichtigung des Kantonsspitals Schaffhausen beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- beziehungsweise Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital für über 99 Prozent der Wohnbevölkerung und über 99 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze weniger als 20 Minuten (vgl. Tabelle 29).

In einigen Randgebieten des Kantons wird eine Fahrzeit von mehr als 30 Minuten benötigt (vgl. Abbildung 18). Diese wirken sich aber angesichts ihrer geringen Wohn- und Arbeitsdichten kaum auf die kantonale Versorgungsqualität mit Spital-einrichtungen aus.

Methodik zur Ermittlung der Erreichbarkeit

Die Berechnung der Erreichbarkeiten erfolgte unter Verwendung des Zürcher Verkehrsmodells 2007. Sie basiert auf der gemeindespezifischen Verteilung der Wohnbevölkerung des Jahres 2009, der Arbeitsplätze des Jahres 2008, dem im Jahre 2007 bestehenden kantonalen Verkehrsnetz sowie auf der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung.

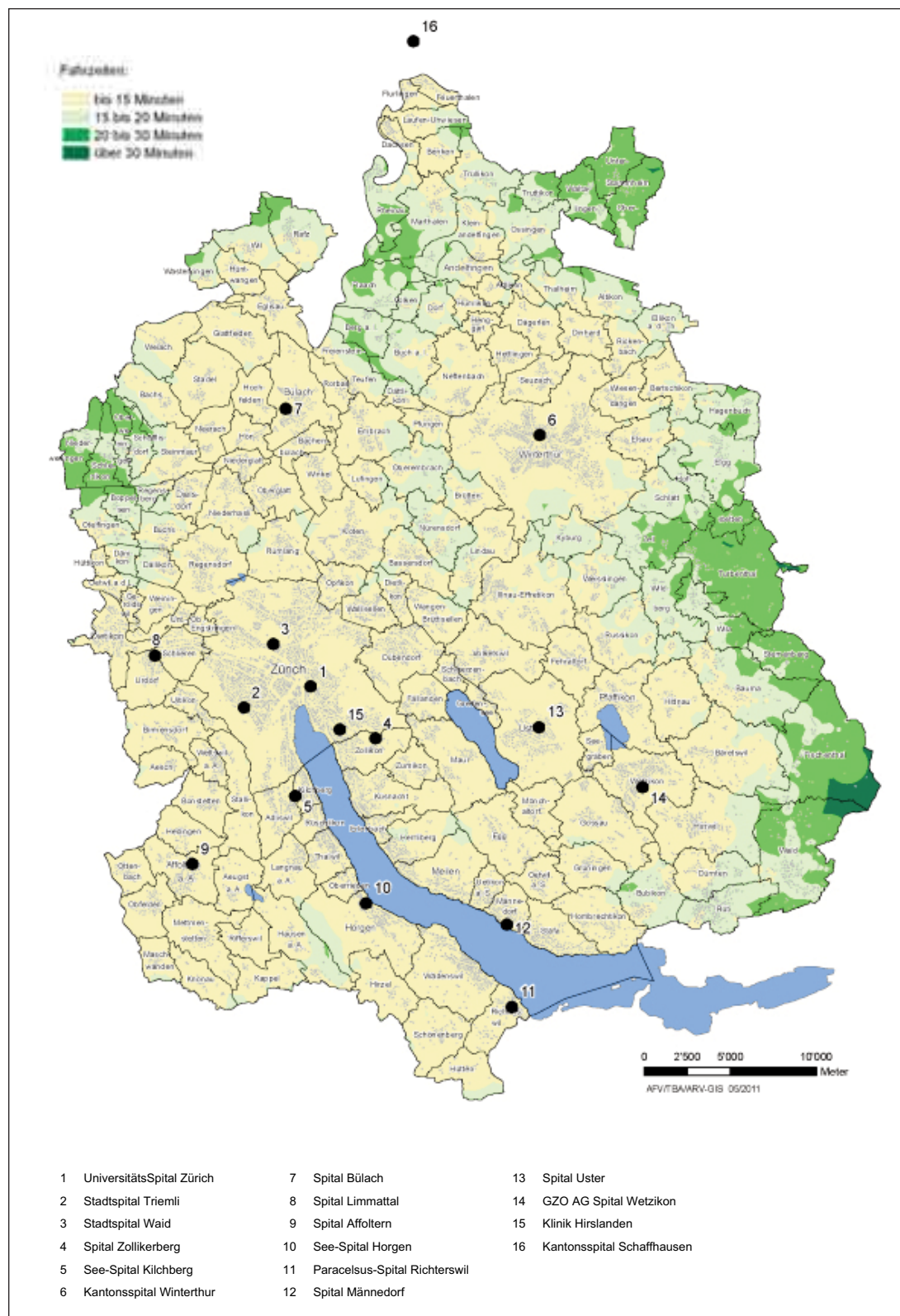
Zur Ermittlung der Erreichbarkeit wurde im Einzelnen folgendes Vorgehen gewählt:

Das kantonale Strassennetz wird im Verkehrsmodell als Knotennetz abgebildet. Je nach Verkehrsbelastung und Strassenkategorie wurden den einzelnen Netzabschnitten unterschiedliche durchschnittliche Fahrgeschwindigkeiten zugewiesen. Anschliessend wurde für jeden Spitalstandort und jedes Gemeindegebiet die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der gemeindespezifischen geographischen Verteilung der Wohn- beziehungsweise Arbeitsplätze zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. In einem weiteren Schritt wurden die Fahrzeiten in vier Zeitintervalle (< 15 Minuten, 15-20 Minuten, 20-30 Minuten sowie > 30 Minuten) eingeteilt. Abschliessend wurden die gemeindespezifischen Einwohner- und Arbeitsplatzzahlen aufgrund der ermittelten kürzesten gewichteten Fahrzeit den vordefinierten Fahrzeitintervallen zugewiesen.

Tabelle 29 Erreichbarkeit der Zürcher Akutspitäler 2010

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	abs.	in %	abs.	in %
bis 15 Minuten	1'297'900	95.0%	777'500	97.5%
bis 20 Minuten	1'356'800	99.4%	795'200	99.8%
bis 30 Minuten	1'357'700	100.0%	797'100	100.0%

Abbildung 18 **Fahrzeit zu den Spitalstandorten 2010**
(motorisierter Privatverkehr bei mittlerer Verkehrsbelastung)



5.1.3.3 Ausbildung

Eine wichtige Anforderung für Listenspitäler gemäss dem neuen Spitalfinanzierungs- und -planungsgesetz (SPFG) betrifft die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens.

Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der Aus- und Weiterbildungen in den Spitälern zu erhalten, wurde von jedem Bewerber ein Nachweis bezüglich seiner Aus- und Weiterbildungsleistungen eingefordert. Nachfolgend wird lediglich auf die beiden Ausbildungen zur Fachperson Gesundheit (FaGe) und zur Pflegefachperson HF näher eingegangen, da bei diesen derzeit die grösste Problematik der Nachwuchssicherung besteht.

– *Fachpersonen Gesundheit:*

Die ausgebildeten FaGe reichen derzeit lediglich für die Besetzung der Arbeitsstellen für diese Berufsgruppe. Die Ausbildung zur FaGe bildet jedoch eine Basis für weitere Gesundheitsberufe, weshalb viele der FaGe eine weiterführende Ausbildung absolvieren werden. Deshalb müssten für die Deckung des künftigen Bedarfs³⁴ rund doppelt so viele FaGe wie heute ausgebildet werden. Dafür gäbe es grundsätzlich genügend zusätzliche Interessenten, jedoch bieten die Spitäler derzeit noch zu wenige Lehrstellen an.

– *Diplomierte Pflegefachpersonen HF:*

Derzeit bilden die Zürcher Spitäler lediglich rund 40 Prozent des benötigten Bedarfs an Pflegefachpersonen aus. Der Grund dafür liegt in erster Linie nicht bei einem zu kleinen Angebot an Praktikumsplätzen in den Spitälern, sondern an zu wenig Interessenten für die Ausbildung zur Pflegefachperson HF. Nebst der Forcierung in der Nachwuchswerbung sind die Spitäler gefordert, Massnahmen zu ergreifen, um die durchschnittliche Berufsverweildauer der Pflegefachpersonen zu erhöhen.

Obwohl sich viele Spitäler bereits stark in der Ausbildung engagieren und in den letzten Jahren das Lehrstellenangebot für FaGe sowie die Rekrutierung von Studierenden Pflege HF konstant zugenommen haben, wird nach wie vor zu wenig Nachwuchs in diesen beiden Berufen ausgebildet. Dies hängt auch damit zusammen, dass sich einzelne Spitäler nicht oder nur ungenügend in Aus- und Weiterbildung engagieren. Beispielsweise bieten drei Bewerber keine Ausbildung zur FaGe und fünf Bewerber keine Ausbildung zur Pflegefachperson HF an.

Um die ungenügende Ausbildungssituation zu verbessern, wird die Gesundheitsdirektion in Zukunft diejenigen Spitäler sanktionieren, die ihrer Ausbildungsverpflichtung ungenügend nachkommen. Wie die Ausbildungsverpflichtung pro Spital und allfällige Sanktionen bestimmt werden, ist noch unklar und hängt von verschiedenen Entwicklungen auf nationaler Ebene ab.³⁵ Sobald das weitere Vorgehen bestimmt ist, werden die Spitäler detailliert informiert.

³⁴ Der jährliche Ausbildungsbedarf für die Berufsgruppen FaGe und Pflegefachpersonen HF wurde gemäss dem Berechnungsmodell der swiss medial consulting (smeco) berechnet. Die Berechnung basiert auf der Annahme einer durchschnittlichen Berufsverweildauer von 15 Jahren.

³⁵ Beispielsweise verabschiedete die GDK vor kurzem eine Empfehlung, in der die Ausbildungsverpflichtung gemäss dem Ausbildungspotenzial der Spitäler und nicht auf Basis des eigenen Ausbildungsbedarfs festgelegt wird.

5.1.4 Übersicht über die Erfüllung der generellen Anforderungen

Von den insgesamt 34 Bewerbern erfüllen sechs Spitäler mindestens eine der generellen Anforderungen nicht und scheiden demzufolge aus der Evaluation für die Zürcher Spitalliste aus. Diese Spitäler werden in den folgenden Kapiteln nicht weiter dargestellt.

Tabelle 30 *Erfüllung der generellen Anforderungen pro Spital*

	Qualität	Wirtschaftlichkeit	Aufnahmebereitschaft	Erreichbarkeit	Alle generellen Anforderungen erfüllt
UniversitätsSpital Zürich	ja	ja	ja	ja	ja
Kantonsspital Winterthur	ja	ja	ja	ja	ja
Stadtspital Triemli	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Hirslanden	ja	ja	ja	ja	ja
GZO AG Spital Wetzikon	ja	ja	ja	ja	ja
Spital Uster	ja	ja	ja	ja	ja
Spital Limmattal	ja	ja	ja	ja	ja
Spital Bülach	ja	ja	ja	ja	ja
Spital Zollikerberg	ja	ja	ja	ja	ja
Stadtspital Waid	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Im Park	ja	nein	ja	ja	nein
Spital Männedorf	ja	ja	ja	ja	ja
Schulthess-Klinik	ja	ja	ja	ja	ja
Kinderspital Zürich	ja	ja	ja	ja	ja
See-Spital Horgen	ja	ja	ja	ja	ja
See-Spital Kilchberg	ja	ja	ja	ja	ja
Universitätsklinik Balgrist	ja	ja	ja	ja	ja
Spital Affoltern	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Lindberg	ja	nein	ja	ja	nein
Paracelsus-Spital Richterswil	ja	ja	ja	ja	ja
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Susenberg	ja	ja	ja	ja	ja
Uroviva Klinik für Urologie	ja	ja	ja	ja	ja
Adus Medica	ja	ja	ja	ja	ja
Limmatklinik	ja	ja	ja	ja	ja
Sune-Egge	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Zürcher Oberland	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Delphys	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Weinland	ja	ja	ja	ja	ja
Kantonsspital Schaffhausen	ja	ja	ja	ja	ja
Kantonsspital Zug	ja	ja	ja	nein	nein
Kantonsspital Aarau	ja	ja	ja	nein	nein
Universitätsspital Basel	ja	nein	ja	nein	nein
Aeskulaplinik Brunnen	ja	nein	ja	nein	nein

5.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen nach Spitälern

In diesem Kapitel wird überprüft, welche leistungsspezifischen Anforderungen die Bewerber erfüllen. Dabei werden lediglich Bewerber berücksichtigt, welche die generellen Anforderungen erfüllt haben. Ein Leistungsauftrag für eine Leistungsgruppe wird erteilt, wenn alle leistungsspezifischen Anforderungen, welche im Kapitel 3.2 aufgeführt wurden, d.h. Verfügbarkeit der Fachärzte, Intensivstation, Notfallstation, Verknüpfungen, Tumorboard, Mindestfallzahlen und sonstige Anforderungen, für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt sind.

Nachfolgend wird pro Bewerber erläutert, für welche Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt wird, weil die entsprechenden leistungsspe-

zifischen Anforderungen nicht erfüllt sind. Dabei werden lediglich diejenigen Leistungsgruppen thematisiert, für die sich ein Spital zwar definitiv beworben hat (vgl. Kapitel 4.3), für welche die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich jedoch keinen Leistungsauftrag erteilt. In Einzelfällen werden auch Leistungsaufträge erteilt, wenn noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind. Diese Ausnahmen werden ebenfalls pro Spital erläutert.

Die Prüfung der meisten leistungsspezifischen Anforderungen ist in der Regel einfach durchzuführen. Einzig bei der Überprüfung der Mindestfallzahlen ergeben sich verschiedene Anwendungsfragen. Da die Gesundheitsdirektion diesbezüglich möglichst transparent sein möchte, wird in der nachfolgenden Box dargestellt, wie sie die Mindestfallzahlen anwendet.

Grundsätze bei der Anwendung der Mindestfallzahlen

Grundsätzlich werden die Fallzahlen des Jahres 2010 zur Überprüfung der Mindestfallzahlen verwendet. Eine Ausnahme besteht bei den ausserkantonalen Bewerbern, bei denen die Fallzahlen des Jahres 2009 verwendet werden, da der Gesundheitsdirektion deren 2010er Zahlen erst im Verlauf des Jahres 2011 zur Verfügung stehen.³⁶

Ein Leistungsauftrag wird grundsätzlich nur Spitälern vergeben, die im Jahr 2010 die Mindestfallzahl gemäss der Zählweise der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich erreicht haben. Als Basis für die Zählweise der Fälle findet die Medizinische Statistik der Krankenhäuser Anwendung, die von den Spitälern im Auftrag des Bundesamtes für Statistik geführt wird.

Für die Überprüfung der Mindestfallzahlen wird von der in den meisten offiziellen Statistiken und auch der bisher in diesem Bericht verwendeten Zählweise abgewichen. Üblicherweise wird ein Patient während eines Spitalaufenthaltes lediglich als ein Fall gezählt, unabhängig ob er einmal oder mehrmals operiert wurde. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die Gesundheitsdirektion in der für die Mindestfallzahlen relevanten Fallzählung gewisse Mehrfacheingriffe am gleichen Patienten. Mehrfacheingriffe am gleichen Patienten, die verschiedene Leistungsgruppen betreffen, werden pro Leistungsgruppe je einmal gezählt. Ein Patient, der beispielsweise während des gleichen Spitalaufenthaltes eine Leber- und eine Pankreasoperation erfährt, wird in beiden Leistungsgruppen je einmal gezählt. Die verschiedenen Eingriffe innerhalb einer Leistungsgruppe werden hingegen lediglich einmal gezählt.

In der Tabelle 31 werden die für die Beurteilung der Mindestfallzahlen relevanten Fallzahlen in allen Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen gezeigt:

³⁶ Alle Bewerber wurden Anfang 2011 schriftlich über diesen Sachverhalt informiert.

Ein Spezialfall sind die Mindestfallzahlen in der Angiologie und Gefäßschirurgie. Da aufgrund der derzeitigen Codierung teilweise unklar ist, ob die Patienten interventionell oder gefäßchirurgisch behandelt wurden, werden die Fälle in den Leistungsgruppen *ANG2 Interventionen an den peripheren Gefäßen* und *GEF2 Gefäßschirurgie periphere Gefäße*, *ANG3 Interventionen an den intraabdominalen Gefäßen* und *GEF3 Gefäßschirurgie Carotis* sowie *ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen* und *GEF4 Gefäßschirurgie intrakranielle Gefäße* zusammengezählt. Für diese drei Leistungsgruppenpaare gilt dementsprechend eine Mindestfallzahl von 20. Leistungserbringer, welche von dieser Addition profitieren, erhalten befristete Leistungsaufträge.

Eine Ausnahme stellen zudem die Mindestfallzahlen in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) dar. Da vor Kurzem die Indikation auf Patienten mit einem Body-Mass-Index ab 35 ausgeweitet wurde, ist mit einer deutlichen Zunahme der Operationszahlen zu rechnen. Deshalb wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag gegeben. Die nächsten Jahre werden zeigen, welches Spital die erforderliche Mindestfallzahl von 50 erreichen wird.

Bei *NEU4 Epileptologie Komplex-Diagnostik*, *NEU4.1 Epileptologie Komplex-Behandlung* und *BEW10 Plexuschirurgie* werden die Mindestfallzahlen noch nicht angewendet, da die Fallzahlen in diesen Leistungsgruppen erst mit der ab 2011 geltenden CHOP-Version gut erfasst werden können.

Wenn die Mindestfallzahlen im Jahr 2010 nicht erreicht wurden, werden in begründeten Ausnahmefällen auch befristete Leistungsaufträge erteilt. In allen Fällen ist jedoch vom Bewerber eine plausible Begründung für die niedrigen Fallzahlen im Jahr 2010 zu liefern sowie der Nachweis zu erbringen, dass in den Vorjahren die Mindestfallzahlen erreicht wurden und diese auch im Jahr 2011 erreicht werden. Kann ein Spital nachweisen, dass es in Zukunft Patienten von anderen Spitälern zugewiesen erhält, werden diese Fälle mit berücksichtigt.

Für das Kinderspital gelten die Mindestfallzahlen nicht, da die Patientengruppe der Kinder zu klein ist.

UniversitätsSpital Zürich

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe VIS1.4) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das UniversitätsSpital Zürich einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 *Bariatrische Chirurgie*.

Das UniversitätsSpital Zürich erreichte mit nur einem Fall im Jahr 2010 die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe HER1.1.2 *Komplexe kongenitale Herzchirurgie* deutlich nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird. Allerdings kann das UniversitätsSpital Zürich diese Leistungen weiterhin in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich erbringen, welches einen Leistungsauftrag für diese Leistungsgruppe erhalten wird.

Ebenfalls wird für die Leistungsgruppe BEW9 *Knochentumore* kein Leistungsauftrag erteilt, da die Mindestfallzahl im Jahr 2010 nicht erreicht wurde. Auch in Bezug auf diese Leistungsgruppe kann das UniversitätsSpital Zürich diese Leistungen nach wie vor in Kooperation mit der Universitätsklinik Balgrist erbringen, welche einen Leistungsauftrag für diese Leistungsgruppe erhalten wird.

Kantonsspital Winterthur

Die Mindestfallzahlen der beiden Leistungsgruppen ANG3/GEF3 *Interventionen und Gefässchirurgie an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen* werden zusammengezählt, da teilweise unklar ist, ob die Patienten interventionell oder gefässchirurgisch behandelt und Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen sowieso nur zusammen vergeben werden. Das Kantonsspital Winterthur erreichte die Mindestfallzahl (zusammen 20) für die beiden Leistungsgruppen im Jahr 2010 und erhält einen befristeten Leistungsauftrag für die beiden Leistungsgruppen.

Das Kantonsspital Winterthur erhält für die Leistungsgruppe BEW9 *Knochentumore* keinen Leistungsauftrag. Im Jahr 2010 wies das Kantonsspital Winterthur keinen Fall in dieser Leistungsgruppe aus und erreichte die Mindestfallzahl

somit bei Weitem nicht. Zudem kann die Mehrheit der Leistungen dieser Leistungsgruppe vom Kantonsspital Winterthur nicht erbracht werden.

Stadtspital Triemli

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe VIS1.4) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das Stadtspital Triemli einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 *Bariatrische Chirurgie*.

Das Stadtspital Triemli erreichte 2010 die Mindestfallzahlen in den Leistungsgruppen VIS1.1 *Grosse Pankreaseingriffe*, VIS1.2 *Grosse Lebereingriffe* und VIS1.3 *Oesophaguschirurgie* nicht. Die Stadtspitäler Triemli und Waid haben jedoch vereinbart, dass die Leistungen der Leistungsgruppen VIS1.1, VIS1.2 und VIS1.3 ab 2012 nur noch am Stadtspital Triemli erbracht werden. Somit werden die Fallzahlen des Stadtspitals Waid dem Stadtspital Triemli zugerechnet, und die Mindestfallzahlen werden bei Konzentration an einem Standort erreicht. Aus diesem Grund werden dem Stadtspital Triemli in diesen drei Leistungsgruppen befristete Leistungsaufträge erteilt.

Die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe URO1.1.2 *Radikale Zystektomie* hat das Stadtspital Triemli im Jahr 2010 nicht erreicht, allerdings konnte belegt werden, dass diese in den Vorjahren stets erreicht worden ist und voraussichtlich auch dieses Jahr erreicht wird (bereits sechs Zystektomien bis Mitte Mai 2011). Die geringe Fallzahl im Jahr 2010 ist daher als einmaliger «Ausreisser» zu werten. Das Stadtspital Triemli erhält dementsprechend einen befristeten Leistungsauftrag.

Betreffend die Leistungsgruppe THO1.1 *Maligne Neoplasien des Atmungssystems der Lunge* erreichte das Stadtspital Triemli die Mindestfallzahl im Jahr 2010 ebenfalls nicht, allerdings konnte nachvollziehbar dargelegt werden, dass diese ab 2012 erreicht wird. Zum einen haben die Stadtspitäler Triemli und Waid vereinbart, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe ab 2012 nur

noch am Standort Triemli erbracht werden, zum anderen hat das Spital Limmattal schriftlich zugesichert, ab 2012 sämtliche Fälle der Leistungsgruppe *THO1.1* ins Stadtspital Triemli zu überweisen. Aus diesen Gründen wird auch für die Leistungsgruppe *THO1.1* ein befristeter Leistungsauftrag erteilt.

Hingegen wird für die Leistungsgruppe *BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie* die Mindestfallzahl mit zwei Fällen im Jahr 2010 klar nicht erreicht und daher auch kein Leistungsauftrag erteilt.

Klinik Hirslanden

Generell erhält die Klinik Hirslanden als «neues Listenspital» nur befristete Leistungsaufträge.

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe *VIS1.4*) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält die Klinik Hirslanden einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *VIS1.4 Bariatrische Chirurgie*.

Die Klinik Hirslanden erhält für die Leistungsgruppe *HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie* keinen Leistungsauftrag. Im Jahr 2010 wies die Klinik Hirslanden keinen Fall in dieser Leistungsgruppe aus und erreichte die Mindestfallzahl somit bei Weitem nicht.

Weil die Mindestfallzahl für die Leistungsgruppe *BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie* im Jahr 2010 ebenfalls nicht erreicht wurde, wird auch für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag vergeben.

GZO AG Spital Wetzikon

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe *VIS1.4*) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das Spital Wetzikon einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *VIS1.4 Bariatrische Chirurgie*.

Das Spital Wetzikon erhält für die Leistungsgruppen *VIS1.1 Grosse Pankreaseingriffe*, *VIS1.2 Grosse Lebereingriffe*, *VIS1.3 Oesophaguschirurgie* sowie *VIS1.5 Tiefe Rektumeingriffe* keine Leistungsaufträge, da die Mindestfallzahlen der jeweiligen Leistungsgruppen im Jahr 2010 deutlich nicht erreicht wurden.

Die Mindestfallzahlen der beiden Leistungsgruppen *ANG2/GEF2 Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (arteriell und venös)* werden zusammengezählt, da teilweise unklar ist, ob die Patienten interventionell oder gefässchirurgisch behandelt werden und Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen nur zusammen vergeben werden. Das Spital Wetzikon erreichte die Mindestfallzahl (zusammen 20) für die beiden Leistungsgruppen im Jahr 2010 klar nicht. Zudem erklärte das Spital Wetzikon, die Mehrheit der Leistungen nicht erbringen zu können bzw. die komplizierten Fälle an das Kantonsspital Winterthur zu überweisen. Aus diesen Gründen wird für diese beiden Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt.

Auch die Mindestfallzahlen in der Leistungsgruppe *GEF3 Gefässchirurgie Carotis*, *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *PNE1.3 Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik/Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie* hat das Spital Wetzikon im Jahr 2010 nicht erreicht, weshalb auch hier keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Betreffend die Leistungsgruppe *THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems* wird nicht nur die Mindestfallzahl im Jahr 2010 bei Weitem nicht erreicht, sondern auch der geforderte IS-Level 3 nicht erfüllt, weshalb auch für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Für die Leistungsgruppe *GEB1.1 Spezialisierte Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)* wird von der Gesundheitsdirektion eine Zielgrösse von 1500 Geburten vorgegeben. Das Spital Wetzikon wies im Jahr 2010 jedoch lediglich rund 900 Geburten auf. Es ist unwahrscheinlich, dass das Spital Wetzikon ohne Konzentration der Geburten eines oder mehrerer Spitäler am Spital Wetzikon innert kurzer Zeit 1500 Geburten erreichen wird.

Zudem fehlt die geforderte Verknüpfung mit *NEO1.1 Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)*. Aus diesen Gründen wird für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt.

Spital Uster

Die Mindestfallzahl der Leistungsgruppe *DER1.1 Dermatologische Onkologie* hat das Spital Uster im Jahr 2010 nicht erreicht. Betreffend die Leistungsgruppe *DER1.2 Schwere Hauterkrankungen* kann die Mehrheit der Leistungen nicht erbracht werden, weshalb für diese beiden dermatologischen Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Auch in Bezug auf die Leistungsgruppe *NEU2.1 Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)* kann die Mehrheit der Leistungen nicht erbracht werden, weshalb für diese Leistungsgruppe ebenfalls kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Mit nur zwei Fällen im Jahr 2010 wurde auch die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* deutlich unterschritten, weshalb hierfür kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Da das Spital Uster über keinen Facharzt mit Schwerpunkt Thoraxchirurgie verfügt und zudem die Mehrheit der Leistungen nicht erbringen kann, wird auch für die Leistungsgruppe *THO1 Thoraxchirurgie* kein Leistungsauftrag vergeben.

Im Rahmen der Bewerbung *PAL Palliative Care Kompetenzzentrum* hat es das Spital Uster unterlassen, das geforderte Konzept einzureichen. Somit scheint die Projektierung eines Kompetenzzentrums noch nicht genügend vorangetrieben worden zu sein, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Spital Limmattal

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe *VIS1.4*) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das Spital Limmattal einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *VIS1.4 Bariatrische Chirurgie*.

Die Mindestfallzahlen der beiden Leistungsgruppen *ANG2/GEF2 Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (arteriell und venös)* werden zusammengezählt, da teilweise unklar ist, ob die Patienten interventionell oder gefässchirurgisch behandelt und Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen sowieso nur zusammen vergeben werden. Das Spital Limmattal erreichte die Mindestfallzahl für die beiden Leistungsgruppen (zusammen 20) im Jahr 2010. Zudem hat das Spital Limmattal in der Angiologie und Gefässchirurgie eine enge Zusammenarbeit mit dem Stadtspital Triemli mit gemeinsam angestellten Gefässchirurgen, gemeinsamer interdisziplinärer Indikationenkonferenz und einem gemeinsam geführten gefässchirurgischen Notfalldienst vereinbart. Aus diesen Gründen erhält das Spital Limmattal befristete Leistungsaufträge für beide Leistungsgruppen.

Das Spital Limmattal hat in der Leistungsgruppe *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* die Mindestfallzahl im Jahr 2010 knapp nicht erreicht, konnte jedoch nachweisen, dass diese in den Vorjahren erreicht worden ist und auch im Jahr 2011 erreicht werden sollte, weshalb ein befristeter Leistungsauftrag erteilt wird.

Dagegen erreichte das Spital Limmattal 2010 wie schon in den Jahren zuvor die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *VIS1.1 Grosse Pankreas Eingriffe* nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Spital Bülach

Für die Leistungsgruppe *GEB1.1 Spezialisierte Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)* sowie *NEO1.1 Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)* wird von der Gesundheitsdirektion eine Zielgrösse von 1500 Geburten vorgegeben. Das Spital Bülach wies im Jahr 2010 zwar lediglich rund 1200 Geburten auf, konnte aber plausibel darlegen, dass es innert kurzer Zeit 1500 Geburten erreichen wird. Aus diesem Grund wird dem Spital Bülach ein befristeter Leistungsauftrag für diese beiden Leistungsgruppen erteilt. Am Ende der Laufzeit des Leistungsauftrages wird die Gesundheitsdirektion prüfen, ob die Zielgrösse von 1500 Geburten tatsächlich erreicht werden konnte.

Das Spital Bülach erreichte zwar die Mindestfallzahl betreffend die Leistungsgruppe *URO1.1.1 Radikale Prostatektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)*, allerdings trugen dazu im Wesentlichen die Belegärzte der Uroviva bei, welche in der Zwischenzeit nicht mehr am Spital Bülach tätig sind. Aus diesem Grund werden dem Spital Bülach lediglich befristete Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen erteilt.

Mit nur zwei Fällen im Jahr 2010 wurde die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* deutlich nicht erreicht, weshalb hierfür kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Das Spital Bülach erreichte auch die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *DER1.1 Dermatologische Onkologie* im Jahr 2010 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe ebenfalls kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Spital Zollikerberg

Das Spital Zollikerberg erreichte die Mindestfallzahl im Jahr 2010 in der Leistungsgruppe *GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)* nicht. Allerdings konnte das Spital Zollikerberg belegen, dass diese in den Vorjahren stets erreicht worden ist. Zudem wurde im Jahr 2010 die Angiologieanlage ausgetauscht. Die niedrige Fallzahl im Jahr 2010 scheint daher tatsächlich ein einmaliger «Ausreisser» zu sein. Das Spital Zollikerberg erhält dementsprechend einen befristeten Leistungsauftrag.

In den Leistungsbereichen *URO1.1.1 Radikale Prostatektomie*, *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)* erreichte das Spital Zollikerberg die Mindestfallzahlen im Jahr 2010 in allen drei Leistungsgruppen nicht, weshalb für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Bei der Leistungsgruppe *THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems* erreichte das Spital Zollikerberg mit zwei Fällen im Jahr 2010 nicht nur die Mindestfallzahl von 30 bei Weitem nicht, sondern erfüllt auch den geforderten IS-Level 3

nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Stadtspital Waid

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe *VIS1.4*) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das Stadtspital Waid einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *VIS1.4 Bariatrische Chirurgie*.

Das Stadtspital Waid erreichte die Mindestfallzahl in Bezug auf die Leistungsgruppe *GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)* im Jahr 2010 knapp nicht. Allerdings konnte das Stadtspital Waid belegen, dass diese in den Vorjahren stets erreicht worden ist. Das Stadtspital Waid erhält dementsprechend einen befristeten Leistungsauftrag.

Hingegen erhält das Stadtspital Waid keinen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie*. Im Jahr 2010 wies das Stadtspital Waid keinen Fall in dieser Leistungsgruppe aus und erreichte die Mindestfallzahl somit bei Weitem nicht. Zudem kann die Mehrheit der Leistungen dieser Leistungsgruppe vom Stadtspital Waid nicht erbracht werden.

In den Leistungsbereichen *URO1.1.1 Radikale Prostatektomie*, *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)* erreichte das Stadtspital Waid die Mindestfallzahlen in allen drei Leistungsgruppen 2010 deutlich nicht, weshalb für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Bei der Leistungsgruppe *THO1.2 Mediastinaleingriffe* erfüllt das Stadtspital Waid den geforderten IS-Level 3 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe ebenfalls kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Spital Männedorf

Das Spital Männedorf erfüllt derzeit zwar noch nicht alle Anforderungen für einen Leistungsauftrag in *RAO1 Radio-Onkologie*, jedoch konnte es der Gesundheitsdirektion ein taugliches Konzept einer Radioonkologie vorlegen, die in Kooperation mit dem UniversitätsSpital Zürich betrieben wird. Da der Zeitpunkt der Umsetzung noch nicht definitiv festgelegt werden konnte, wird voraussichtlich ein befristeter Leistungsauftrag für *RAO1 Radio-Onkologie* erteilt. Bis zur Festsetzung der Spitalliste im Herbst 2011 werden die Umsetzungsfortschritte dieses Konzepts überprüft. Sollte sich dabei zeigen, dass das Spital Männedorf nicht in der Lage sein wird, die geforderten Leistungen ab dem 1. Januar 2012 zu erbringen, wird kein Leistungsauftrag erteilt.

Das Spital Männedorf erreichte die Mindestfallzahl in den Leistungsbereichen *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)* mit keinem bzw. vier Fällen im Jahr 2010 klar nicht, weshalb für diese beiden Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Zudem erreichte das Spital Männedorf die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *VIS1.5 Tiefe Rektumeingriffe* im Jahr 2010 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Betreffend die Leistungsgruppe *THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems* wird mit acht Fällen nicht nur die Mindestfallzahl von 30 im Jahr 2010 bei Weitem nicht erreicht, sondern auch der geforderte IS-Level 3 nicht erfüllt, weshalb auch für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag vergeben wird.

Schulthess-Klinik

Die Schulthess-Klinik erreichte die Mindestfallzahl im Jahr 2010 für die Leistungsgruppe *BEW9 Knochentumore* nicht, weshalb kein Leistungsauftrag für diese Leistungsgruppe erteilt wird.

Kinderspital Zürich

Aufgrund seiner Sonderstellung soll das Kinderspital Zürich in der Lage sein, sämtliche Behandlungen und Eingriffe an Kindern und Jugendlichen vornehmen zu können. Daher wird dem Kinderspital ein vollumfänglicher Leistungsauftrag erteilt, mit Ausnahme derjenigen Leistungsgruppen, die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht relevant sind.

See-Spital Horgen

Unter dem Dach des See-Spitals werden derzeit die beiden Spitäler mit den Standorten Horgen und Kilchberg fusioniert. Diese Fusion sollte in den nächsten Monaten, das heisst bis spätestens zur Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2012, vollzogen sein. Bei verschiedenen Leistungsgruppen plant das See-Spital eine Konzentration an einem Standort. In diesen Leistungsgruppen werden die Fallzahlen beider Standorte für die Mindestfallzählung zusammengezählt.

Somit erhält das See-Spital, Standort Horgen, für die Leistungsgruppen *GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)* sowie *GEF3 Gefässchirurgie Carotis* einen befristeten Leistungsauftrag, da es diese beiden Leistungsgruppen am Standort Horgen konzentriert und die Mindestfallzahlen im Jahr 2010 zusammen mit den Fällen des Standortes Kilchberg erreichte.

Hingegen hat das See-Spital, Standort Horgen, die Mindestfallzahl in der Leistungsgruppe *DER1.1 Dermatologische Onkologie* im Jahr 2010 nicht erreicht, auch nicht unter Berücksichtigung der Fälle des Standortes Kilchberg, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

In Bezug auf die Leistungsgruppe *NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik* sowie *NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung* fehlt dem See-Spital die Verknüpfung mit der Leistungsgruppe *NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie*. Zudem kann es die Mehrheit der Leistungen nicht erbringen, daher wird kein Leistungsauftrag für diese Leistungsgruppe erteilt.

Auch in den beiden Leistungsgruppen *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)* erreichte das See-Spital, Standort Horgen, die Mindestfallzahlen auch bei Zurechnung der Fälle des Standorts Kilchberg im Jahr 2010 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Das See-Spital, Standort Horgen, erfüllte auch unter Berücksichtigung der Fallzahlen des Standortes Kilchberg die Mindestfallzahl der Leistungsgruppen *BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie* und *BEW9 Knochentumore* im Jahr 2010 nicht, weshalb auch für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge vergeben werden.

Betreffend *GYN1.2 Maligne Neoplasien der Zervix* kann das See-Spital, Standort Horgen, die Mehrheit der Leistungen nicht erbringen, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

See-Spital Kilchberg

Das See-Spital ist am Standort Kilchberg lediglich elektiv tätig und hat sich deshalb nicht für das Basispaket, sondern für das Basispaket Elektiv beworben. Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst grundsätzlich nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Zusätzlich darf das See-Spital am Standort Kilchberg einzelne Basis-Eingriffe aus der Viszeral- und der Gefässchirurgie wie z.B. Hernienoperationen oder Varizen-Stripping erbringen (vollständige Liste der Leistungen ist auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich).

Wie bereits beim See-Spital, Standort Horgen, erwähnt, werden bei einer Konzentration an einem Standort im Rahmen der Mindestfallzählung die Fälle beider Standorte zusammengezählt.

Da die Leistungsgruppen *VIS1 Viszeralchirurgie*, *GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)*, *GEF3 Gefässchirurgie Carotis* sowie *ANG1 Interventionen an den peripheren Gefässen (arteriell)* und *KAR1 Kardiologie (inkl. Schrittmacher)* das Basispaket voraussetzen, können diese vom See-Spital, Standort Kilchberg, nicht erbracht werden. Somit werden für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt.

Betreffend die Leistungsgruppen *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* sowie *URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)* werden nicht nur die Mindestfallzahlen im Jahr 2010 bei Weitem nicht erreicht, sondern auch der geforderte IS-Level 2 nicht erfüllt. Der IS-Level 2 ist zudem bei der Leistungsgruppe *URO 1.1.4 Isolierte Adrenalektomie* erforderlich, weshalb für diese drei Leistungsgruppen dem See-Spital, Standort Kilchberg, keine Leistungsaufträge vergeben werden.

Das See-Spital, Standort Kilchberg, erfüllte auch unter Berücksichtigung der Fallzahlen des Standortes Horgen die Mindestfallzahl der Leistungsgruppen *BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie* und *BEW9 Knochentumore* im Jahr 2010 nicht, weshalb auch für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Betreffend *GYN1.2 Maligne Neoplasien der Zervix* verfügt das See-Spital, Standort Kilchberg, weder über einen IS-Level 2 noch kann die Mehrheit der Leistungen erbracht werden, weshalb für diese Leistungsgruppe ebenfalls kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Universitätsklinik Balgrist

Da die Universitätsklinik Balgrist lediglich Patienten mit Querschnittslähmung urologisch behandelt, erhält sie einen Leistungsauftrag für *URO1 Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'*, der auf Leistungen im Zusammenhang mit einer Querschnittslähmung beschränkt wird.

Spital Affoltern

Das Spital Affoltern erfüllt alle Anforderungen für die Leistungsaufträge, für die es sich beworben hat. Das Spital Affoltern erhält somit Leistungsaufträge für alle diese Leistungsgruppen.

Paracelsus-Spital Richterswil

Das Paracelsus-Spital konnte die erforderliche Verfügbarkeit der Fachärzte ab 2012 für diverse Leistungsgruppen des Bewegungsapparates (BEW1 bis BEW7) nicht garantieren. Im Rahmen der Bewerbung reichte das Paracelsus-Spital zwar ein diesbezügliches Konzept ein, dieses erwies sich jedoch als noch zu wenig konkret. Daher scheint dieses Projekt noch nicht genügend ausgereift zu sein, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Schweizerisches Epilepsie-Zentrum

Das Schweizerische Epilepsie-Zentrum erhält keine Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen *NEU1* bis *NEU3*, da die Verknüpfung mit dem Basispaket nicht erfüllt ist. Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung von Epilepsien können jedoch Leistungen aus diesen Leistungsgruppen erbracht werden.

Klinik Susenberg

Die Klinik Susenberg erhält befristete Leistungsaufträge für die beiden Leistungsgruppen *GER Akutgeriatrie-Kompetenzzentrum* und *PAL Palliative Care Kompetenzzentrum*.

Uroviva Klinik für Urologie

Die Uroviva Klinik ist lediglich elektiv tätig und hat sich deshalb nicht für das Basispaket, sondern für das Basispaket Elektiv beworben. Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst grundsätzlich nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Zusätzlich darf die Uroviva Klinik einzelne Basis-Eingriffe aus der Viszeralchirurgie wie z.B. Hernienoperationen erbringen (vollständige Liste der Leistungen ist auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich).

Als Neubewerber verfügt die Uroviva Klinik für Urologie über keine Fallzahlen 2010, welche für die Beurteilung von Mindestfallzahlen hätten herangezogen werden können. Im Leistungsbereich *URO1.1.1 Radikale Prostatektomie* konnte die Uroviva anhand ihrer Operationszahlen im Jahr 2010 an anderen Spitälern plausibel darlegen, dass die Erreichung der Mindestfallzahl ab dem Jahr 2012 kein Problem darstellen sollte, weshalb für diese Leistungsgruppe ein befristeter Leistungsauftrag erteilt wird.

Sune-Egge

Der Sune-Egge erhält einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker*.

Adus Medica

Die Adus Medica ist lediglich elektiv tätig und hat sich deshalb nicht für das Basispaket, sondern für das Basispaket Elektiv beworben. Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst grundsätzlich nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Zusätzlich darf die Adus Medica einzelne Basis-Eingriffe aus der Viszeral- und der Gefässchirurgie wie z.B. Hernienoperationen oder Varizen-Stripping erbringen (vollständige Liste der Leistungen ist auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich).

Limmatklinik

Die Limmatklinik ist lediglich elektiv tätig und hat sich deshalb nicht für das Basispaket, sondern für das Basispaket Elektiv beworben. Das Basispaket Elektiv ist ein Teil des Basispakets und umfasst grundsätzlich nur Basisversorgungsleistungen aus denjenigen elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Zusätzlich darf die Limmatklinik einzelne Basis-Eingriffe aus der Viszeralchirurgie wie z.B. Hernienoperationen erbringen (vollständige Liste der Leistungen ist auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich).

Die Mehrheit der Leistungen der Leistungsgruppe *BEW6 Rekonstruktion obere Extremität* kann nicht erbracht werden, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Geburtshäuser

Die Geburtshäuser Zürcher Oberland, Delphys und Weinland erhalten je einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen *GEBH Geburtshäuser* und *NEO1 Grundversorgung Neugeborene*.

Kantonsspital Schaffhausen

Aufgrund ungenügender Kostendaten erhält das Kantonsspital Schaffhausen nur befristete Leistungsaufträge.

Das Kantonsspital Schaffhausen kann die Mehrheit der Leistungen der Leistungsgruppe *DER1.2 Schwere Hauterkrankungen* nicht erbringen, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

In der bariatrischen Chirurgie (Leistungsgruppe *VIS1.4*) wird allen vom BAG als Adipositas-Zentren akkreditierten Spitälern ein befristeter Leistungsauftrag erteilt. Dementsprechend erhält das Kantonsspital Schaffhausen einen befristeten Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe *VIS1.4 Bariatrische Chirurgie*.

Für die Leistungsgruppen *VIS1.2 Grosse Lebereingriffe*, *VIS1.3 Oesophaguschirurgie* sowie *VIS1.5 Tiefe Rektumeingriffe* werden dem Kantonsspital Schaffhausen ebenfalls keine Leistungsaufträge vergeben, da die Mindestfallzahlen der jeweiligen Leistungsgruppe im Jahr 2009 deutlich unterschritten wurden.

Die Mindestfallzahlen der beiden Leistungsgruppen *ANG2/GEF2 Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (arteriell und venös)* werden zusammengezählt, da teilweise unklar ist, ob die Patienten interventionell oder gefässchirurgisch behandelt werden und Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen sowieso nur zusammen vergeben werden. Das Kantonsspital Schaffhausen erreichte die Mindestfallzahl für die beiden Leistungsgruppen (zusammen 20) im Jahr 2009 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden. Dasselbe gilt auch für die beiden Leistungsgruppen *ANG3/GEF3 Interventionen und Gefässchirurgie an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen*.

Auch im Leistungsbereich *URO1.1.2 Radikale Zystektomie* erreichte das Kantonsspital Schaffhausen die Mindestfallzahlen im Jahr 2009 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppe kein Leistungsauftrag erteilt wird.

In Bezug auf die Leistungsgruppen *PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie* und *PNE1.2 Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation* kann die zeitliche Verfügbarkeit mit nur einem Belegarzt nicht gewährleistet werden. Für die Leistungsgruppe *PNE2 Polysomnographie* kann keine Schlaflabor-Zertifizierung durch SGSSC vorgewiesen werden, weshalb für diese drei pneumologischen Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge erteilt werden.

Betreffend die Leistungsgruppe *THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems* wird nicht nur die Mindestfallzahl im Jahr 2009 bei Weitem nicht erreicht, sondern auch der geforderte IS-Level 3 nicht erfüllt. Der IS-Level 3 ist zudem auch bei der Leistungsgruppe *THO1.2 Mediastinaleingriffe* erforderlich. Aus diesen Gründen werden auch für diese beiden Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge vergeben.

Das Kantonsspital Schaffhausen erfüllte auch die Mindestfallzahlen der Leistungsgruppen *BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie* und *BEW9 Knochentumore* im Jahr 2009 nicht, weshalb für diese Leistungsgruppen keine Leistungsaufträge vergeben werden.

In Bezug auf *BEW11 Replantationen* kann die zeitliche Verfügbarkeit mit nur einem Arzt am Kantonsspital Schaffhausen nicht erfüllt werden, weshalb auch hierfür kein Leistungsauftrag erteilt wird.

Für die Leistungsgruppe *GEB1.1 Spezialisierte Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)* sowie *NEO1.1 Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)* wird von der Gesundheitsdirektion eine Zielgrösse von 1500 Geburten vorgegeben. Da das Kantonsspital Schaffhausen nicht aufzeigen konnte, wie es innert nützlicher Frist die Zielgrösse von 1500 Geburten erreichen kann, wird für diese beiden Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt. Ebenso wird für die Leistungsgruppe *GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe* kein Leistungsauftrag erteilt, da diese mit der Leistungsgruppe *NEO1.1.1 Spezialisierte Neonatologie (Level III)* verknüpft ist, die vom Kantonsspital Schaffhausen nicht angeboten wird.

6 Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik

Gemäss Art. 58e Ziff. 1 bis 3 KVV sind die für die Sicherung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste aufzuführen. Sie umfasst demzufolge alle Listenspitäler mit einem kantonalen Leistungsauftrag. Für jeden Leistungserbringer ist zudem das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen.

In der ausfaltbaren Tabelle 32 ist der Entwurf für die entsprechend gestaltete und ab 2012 geltende Zürcher Spitalliste «Akutsomatik» dargestellt. Darin werden 28 Leistungserbringer aufgeführt, wobei das See-Spital mit zwei Standorten, Horgen und Kilchberg, vertreten ist.

16 Spitäler führen eine Notfallstation und bieten ein breites Leistungsangebot inklusive Basispaket an. 15 dieser Spitäler sind bereits auf der bisherigen Spitalliste 2001 Abschnitt A aufgeführt, dabei handelt es sich um 14 Zürcher Spitäler sowie das Kantonsspital Schaffhausen. Neu wird die Klinik Hirslanden aufgenommen. Weiter sind sechs Spitäler aufgeführt, die keine Notfallstation führen und lediglich ein begrenztes elektives Leistungsangebot anbieten. Drei dieser elektiv tätigen Spitäler sind bereits bisherige A-Listenspitäler; die Schulthess-Klinik, das See-Spital am Standort Kilchberg sowie die Universitätsklinik Balgrist. Dazu kommen drei Neubewerber; die Uroviva Klinik für Urologie, die Adus Medica sowie die Limmatklinik. Ferner sind weiterhin drei Spitäler mit einem spezialisierten Angebot, das Schweizerische Epilepsie-Zentrum, die Klinik Susenberg und das Fachspital für Sozialmedizin und Abhängigkeitserkrankungen Sune-Egge auf der Spitalliste 2012 vertreten.

Schliesslich werden neu drei Geburtshäuser auf die Liste aufgenommen. Es handelt sich dabei um das Geburtshaus Zürcher Oberland, das Geburtshaus Delphys und das Geburtshaus Weinland. Damit wird der Änderung im KVG Rechnung getragen, wonach seit dem 1.1.2009 Geburtshäuser auf der Spitalliste geführt werden können.

Alle auf der Spitalliste geführten Leistungserbringer werden vom Kanton rund die Hälfte der Behandlungskosten vergütet erhalten, müssen dafür jedoch alle Anforderungen für Listenspitäler einhalten wie beispielsweise die Aufnahmepflicht für alle Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus.

Für die Spitalliste 2012 nicht berücksichtigt wurden aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung zwei innerkantonale Bewerber, die Klinik Im Park und die Klinik Lindberg, sowie zwei ausserkantonale Bewerber, das Universitätsspital Basel und die Aeskulap-Klinik in Brunnen. Aufgrund der Erreichbarkeitsanforderung wurden zudem das Kantonsspital Zug und das Kantonsspital Aarau nicht berücksichtigt.

Insbesondere wegen der neu eingeführten Mindestfallzahlen werden spezialisierte Leistungen in Zukunft von weniger Leistungserbringern als bisher erbracht. Beispielsweise erhalten lediglich vier Spitäler einen Leistungsauftrag für grosse Lebereingriffe (VIS1.2), während diese Eingriffe im Jahr 2010 noch in zehn Zürcher Spitälern vorgenommen worden sind. Eine ähnliche Konzentration erfolgt auch bei anderen spezialisierten Leistungen wie der Operation von Lungentumoren (THO1.1) oder Blasenentfernungen (URO 1.1.2).

Gemäss KVG muss der Kanton Zürich alle auf der Zürcher Spitalliste 2012 geführten Akutspitäler und Geburtshäuser mitfinanzieren. Wären alle Spitäler und Geburtshäuser mit Standort im Kanton Zürich auf der Spitalliste berücksichtigt worden, wären für den Kanton jährlich Mehrkosten von rund 120 Millionen Franken entstanden. Mit der vorliegenden Spitalliste werden die Mehrkosten um knapp die Hälfte auf 70 Millionen Franken reduziert. Zusätzlich muss der Kanton Zürich im Rahmen der neuen Spitalwahlfreiheit (Art. 41 Abs.1bis KVG) in Zukunft sämtliche ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern mitfinanzieren, was weitere Mehrkosten von rund 30 Millionen zur Folge hat.

Auf die Patientenzu- und -abflüsse in und aus dem Kanton Zürich wird die Spitalwahlfreiheit dagegen voraussichtlich eher geringe Auswirkungen haben. Insgesamt ist lediglich mit einer leichten Erhöhung des Nettoimports zu rechnen, da sich kaum mehr Zürcher ausserkantonale behandeln lassen werden, jedoch tendenziell mehr ausserkantonale Patienten vom guten Zürcher Spitalangebot profitieren werden.

Das in der Spitalliste berücksichtigte Angebot kann auch eine vermehrte Zuwanderung aus anderen Kantonen verkraften. Die meisten Zürcher Akutspitäler sind zwar heute relativ gut ausgelastet, es bestehen in der Zürcher Spitallandschaft insgesamt aber noch gewisse Reserven.

Tendenziell ist das auf der Spitalliste berücksichtigte Angebot nicht zu knapp ausgelegt, damit auch Sondersituationen wie z.B. Grippewellen gemeistert werden können. Eine leichte Überkapazität ist zudem für das Funktionieren des durch die neue Spitalfinanzierung verstärkten Wettbewerbs durchaus erwünscht.

Auch in der Geburtshilfe besteht gesamtkantonal keine Knappheit, jedoch ist nach der Schliessung der Geburtsabteilung im Spital Sanitas das Angebot rund um die Stadt Zürich eher knapp bemessen. An einzelnen Spitzentagen können deshalb nicht alle Gebärenden in ihrem bevorzugten Spital aufgenommen werden. Allerdings stehen in anderen Zürcher Spitälern für alle Gebärenden jederzeit genügend Plätze zur Verfügung. Zudem geht die Gesundheitsdirektion davon aus, dass die Spitäler rund um die Stadt Zürich auf die veränderte Situation reagieren und ihr Angebot entsprechend anpassen werden.

Insgesamt kann das in der neuen Spitalliste berücksichtigte Angebot den Bedarf der Zürcher Bevölkerung an stationärer Akutversorgung auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung decken.

Anhänge zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik

Die Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik wird durch folgende Anhänge ergänzt:

- Tabelle der Leistungsgruppen inklusive Anforderungen;
- Liste der den Leistungsgruppen zugeordneten DRG, CHOP- und ICD-Codes;
- Liste der Basis-Leistungen, die von den elektiven Leistungserbringern erbracht werden dürfen;
- Spezifikation der Leistungsaufträge: Beschrieb der mit den Leistungsaufträgen verbundenen Auflagen und Pflichten sowie der Kündigungsmodalitäten.

Die Anhänge sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich aufgeführt:
<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

C Rehabilitation



Der Begriff Rehabilitation ist im KVG inhaltlich nicht definiert. Im Vergleich zur kurativen Medizin kann die medizinische Rehabilitation wie folgt charakterisiert werden (vgl. Tabelle 33):

Tabelle 33 Vergleich kurative Medizin und medizinische Rehabilitation

Merkmal	Kurative Medizin	Medizinische Rehabilitation
Behandelte Krankheitsbilder	Erkrankung	Krankheitsfolgen
	akute Gesundheitsbeeinträchtigung	chronische Erkrankungen
	akuter Krankheitszustand	chronischer Krankheitsverlauf
	eine Gesundheitsstörung	multimorbide Patienten
	oft stark eingeschränkte Selbstständigkeit	Multikausalität der Beschwerden
Behandlungsziel	völlige Wiederherstellung	weitgehende Selbstständigkeit
	kurzfristige Perspektive	Reduktion-Kompensation-Adaptation
		mittel-langfristige Perspektive
Therapieansatz	ICD-Konzept: Ätiologie-Pathologie-Manifestation	ICF-Konzept: Bio-psycho-soziales Konzept
	kausaler Ansatz	finaler Ansatz
	Medizin zentriert	interdisziplinäres Team
	weitgehende Fremdhilfe	Hilfe zur Selbsthilfe
	kurze Verweildauer	Zeit als Behandlungsfaktor
	medizinische Intervention,	Üben/Training
	Krankenpflege und	Eduktion/Beratung
Ressourcenverlauf	Medikation	Medikation/Heilmittel
	maximal bei Beginn der Massnahme,	relativ konstanter Verlauf
	degressiver Verlauf	

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

Während die Akutmedizin primär auf die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der von diesen verursachten Folgen im Vordergrund. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation an der Gesellschaft.

Gemäss WHO wird Rehabilitation zudem wie folgt umfassend beschrieben: koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschu-

lung des Betroffenen sowie zur Anpassung seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.

Die vorliegende Rehabilitationsplanung beschränkt sich jedoch auf die Planung der stationären medizinischen Rehabilitation als Teil eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes. Die Aspekte der schulisch/beruflichen sowie sozialen Rehabilitation sollen deshalb bei der Erarbeitung der Bedarfsplanung nur soweit unbedingt erforderlich mit einbezogen werden.

Für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmassnahme durch den Rehabilitanden müssen stets kumulativ die Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit³⁷, der Rehabilitationsfähigkeit³⁸ sowie des Rehabilitationspotenzials³⁹ erfüllt sein. Gemäss Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten derjenigen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Zu diesen Leistungen gehören auch die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation. Danach gelten Rehabilitationskliniken, die der stationären Diagnose und Behandlung von Patienten dienen, gemäss KVG als Spitäler. Sie müssen demzufolge den gesetzlichen Anforderungen an Spitäler entsprechen und unterstehen somit der kantonalen Spitalplanung.

1 Leistungsgruppen

Das revidierte KVG fordert künftig auch für den Bereich der Rehabilitation eine leistungs- oder kapazitätsorientierte Spitalplanung (Art. 58c lit. b KVV) sowie eine leistungsbezogene, auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhende Vergütung (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat sich entschieden, auch im Bereich der Rehabilitation in Analogie zur Akutsomatik leistungsorientiert vorzugehen.

Damit eine leistungsorientierte Rehabilitationsplanung umgesetzt werden kann, ist vorrangig die Transparenz des rehabilitativen Leistungsgeschehens zu erhöhen. Dazu ist die heterogene Patientenpopulation der Rehabilitation anhand eines allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystems hinsichtlich ihres Behandlungsbedarfs und finanziellen Ressourcenverbrauchs differenziert zu beschreiben und zu möglichst homogenen Leistungsgruppen zu bündeln.

³⁷ 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.

³⁸ Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

³⁹ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende 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.

1.1 Anforderungen

Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

- *medizinisch sinnvolle Einheiten bilden*
Medizinische Leistungen, die üblicherweise zusammen erbracht werden, und Patienten mit ähnlichem Behandlungsbedarf und finanziellem Ressourcenverbrauch sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- *mit einer zweckmässigen Spitalorganisation kompatibel sein*
Die durch die Leistungsgruppen vorgegebenen Strukturen und Abgrenzungen müssen im Rehabilitationsalltag praktikabel sein.
- *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.

1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppen

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-Klassifikation⁴⁰ 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 eine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten abbildende ICF-Statistik nicht zur Verfügung. Damit kann derzeit der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Mangels einer operablen ICF-Klassifikation muss die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen deshalb auf der ICD-Klassifikation basieren. Die der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung zugrundeliegenden Diagnosen (ICD-Hauptdiagnose) werden nach alters- und organspezifischen Gesichtspunkten gebündelt und unter Beizug von Experten zu rehabilitativen Leistungsgruppen zusammengefasst.⁴¹ Die definierten Leistungsgruppen werden zusätzlich anhand folgender Merkmale inhaltlich näher charakterisiert:

- Krankheitsfolgen (Beeinträchtigung der Körperfunktion und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF);
- Eintrittskriterien (erforderlicher Gesundheitszustand bei Eintritt in die stationäre Rehabilitation);
- ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Behandlungsbedarf.

⁴⁰ 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.

⁴¹ Allerdings wird aufgrund der vom Bundesamt für Statistik erlassenen Codierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine Diagnose «Rehabilitationsmassnahmen (Z50)» und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben. Soweit die derartig codierten Leistungen nicht eindeutig einer bestimmten rehabilitativen Leistungsgruppe zugewiesen werden konnten, wurden zur Ermöglichung einer leistungsgruppenspezifischen Zuweisung bei den betreffenden Leistungserbringern entsprechende Nacherhebungen durchgeführt.

1.3 Leistungsgruppen im Überblick

Die Zürcher Spitalplanung 2012 geht im Bereich der Rehabilitation von folgender Struktur der Leistungsgruppen aus (vgl. Tabelle 34):

Tabelle 34 *Überblick über die Leistungsgruppen Rehabilitation*

Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Muskuloskelettale Rehabilitation	Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation
Neurologische Rehabilitation	Allgemeine pädiatrische Rehabilitation
Rehabilitation Querschnittsgelähmter	Frührehabilitation
Kardiovaskuläre Rehabilitation	
Pulmonale Rehabilitation	
Internistisch-onkologische Rehabilitation	
Psychosomatisch-sozialmed. Rehabilitation	
Frührehabilitation	

Der Versorgungsbereich Rehabilitation wird aufgrund der unterschiedlichen altersspezifischen Anforderungen in die Hauptgruppen «Rehabilitation Erwachsener» und «Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen» aufgeteilt. Innerhalb jeder Hauptgruppe wird zusätzlich eine weitere Unterteilung in acht Leistungsgruppen für die Rehabilitation Erwachsener und in drei Leistungsgruppen für die pädiatrische Rehabilitation vorgenommen. Nachfolgend werden alle Leistungsgruppen kurz charakterisiert. Ein detaillierter Beschrieb inklusive Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den einzelnen rehabilitativen Leistungsgruppen ist auf der Homepage der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich zu finden: www.gd.zh.ch/strukturbericht.

1.3.1 Rehabilitation Erwachsener

Innerhalb der Hauptgruppe «Rehabilitation Erwachsener» werden folgende Leistungsgruppen gebildet:

Muskuloskelettale Rehabilitation

In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.

Neurologische Rehabilitation

In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt.

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter ist schwergewichtig spezialisierten Zentren vorbehalten. Sie wird deshalb in einer separaten Leistungsgruppe abgebildet.

Rehabilitation Querschnittsgelähmter

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter umfasst neben der Erst-Rehabilitation und der Komplikationsbehandlung auch die in regelmässigen Abständen wiederkehrende Re-Rehabilitation von Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf.

Kardiovaskuläre Rehabilitation

In der kardiovaskulären Rehabilitation werden die Folgen der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.

Pulmonale Rehabilitation

In der pulmonalen Rehabilitation werden schwerwiegend die Folgen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehender Lungenkrankheiten sowie entsprechender thoraxchirurgischer Eingriffe behandelt.

Internistisch-onkologische Rehabilitation

Die internistische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation multimorbider Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Rehabilitation der durch ein Tumorleiden und/oder deren Therapiefolgen geschädigten Patienten.⁴²

Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

In der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden psychosomatische Krankheiten sowie durch somatische Krankheiten verursachte psychische Folgekrankheiten behandelt.

Frührehabilitation

Die an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbrachte Frührehabilitation umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung, d.h. die erste akutmedizinische Versorgung des Patienten⁴³ ist zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weitgehend abgeschlossen. Der Frührehabilitationspatient ist nicht mehr invasiv beatmungsbedürftig und weist für eine Rehabilitationsbehandlung genügend stabile Vitalfunktionen auf, bedarf aber der Infrastruktur einer Überwachungseinheit. Der Patient durchläuft ein umfassendes, auf alle Komponenten

ten der ICF bezogenes Rehabilitationsprogramm. Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration.

In der Versorgungskette ist die Frührehabilitation zeitlich vor den Massnahmen der weiterführenden Rehabilitation angesiedelt und umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung (ICD) und relevanter Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit gemäss ICF (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) mit folgenden Zielen:

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

Das Ausgangskriterium «Rehabilitationsfähigkeit» am Ende der Phase Frührehabilitation bildet somit die Eingangsvoraussetzung für die Phase weiterführende Rehabilitation. Die Rehabilitationsfähigkeit kann somit als virtuelle Grenze zwischen den beiden Behandlungsphasen gesehen werden.

Zur Vermeidung von unnötigen Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich «Frührehabilitation» nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag (z.B. neurologische Rehabilitation) möglich.

⁴² Diese Leistungsgruppe enthält lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen.

⁴³ Die erste Akutphase umfasst die akutmedizinische Diagnostik und Therapie. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und der zeitlichen Beanspruchung des Patienten durch akutmedizinische diagnostische und therapeutische Prozeduren ist die Rehabilitation bei entsprechender Indikation auf ergänzende Massnahmen beschränkt. Die Notwendigkeit und Intensität der Kuration überwiegen gegenüber der Rehabilitation.

1.3.2 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (0–17-Jährige)⁴⁴ bestehen spezielle Anforderungen vor allem hinsichtlich der kind- und jugendgerechten Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, der schulischen Betreuung und Berufsberatung, des Freizeitangebotes und der Mitaufnahme von Begleitpersonen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich die Bildung folgender besonderer Leistungsgruppen:

Neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation

In der neurologischen Rehabilitation werden die Folgen von angeborenen und/oder erworbenen Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems und in der neuro-orthopädischen Rehabilitation durch neurologische Krankheiten verursachte Störungen und strukturelle Deformitäten des Bewegungsapparates behandelt.

Allgemeine pädiatrische Rehabilitation

In der allgemeinen pädiatrischen Rehabilitation werden die Folgen verschiedener angeborener und/oder erworbener Krankheiten wie z.B. Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Kreislauf- und des Atmungssystems behandelt.

Frührehabilitation

In Analogie zur Rehabilitation Erwachsener ist auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen eine Leistungsgruppe «Frührehabilitation» vorgesehen (vgl. Kap. 1.3.1).

1.4 Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

Neben der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation bestehen weitere Rehabilitationsarten und -formen wie die geriatrische und die ambulante Rehabilitation sowie andere medizinische Formen der Pflege und Behandlung wie die Kurzbehandlung und die Palliative Care. Sie sind von

der spezialisierten organspezifischen stationären Rehabilitation abzugrenzen. Die ambulante und die geriatrische Rehabilitation werden zwar als Einflussfaktoren im Prognosemodell berücksichtigt (vgl. Kapitel C2.1.4), es werden jedoch keine diesbezüglichen Leistungsaufträge vergeben. Die anderen Rehabilitationsarten und -formen werden im Prognosemodell nicht weiter berücksichtigt und mit Ausnahme der Palliative Care in der Folge auch nicht mehr weiter thematisiert.

Ambulante Rehabilitation

Im Fachgebiet der Rehabilitation ist eine stärkere wechselseitige Substituierbarkeit von Behandlungsmassnahmen in unterschiedlichen institutionellen Settings möglich als in der somatischen Akutmedizin. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Rehabilitationssystemen verschiedener Länder. Je nach spezifischer Ausgestaltung der Versorgungssysteme kennen die angelsächsischen Länder überwiegend nur die ambulante Rehabilitation. Dagegen erfolgt die Rehabilitation in den deutschsprachigen Ländern noch weitgehend stationär (Entwicklung aus der traditionellen Kurz- und Höhenklinikbehandlung).

Grundsätzlich kommen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation die gleichen Ziele zur Anwendung. Allerdings sind ambulante Patienten nicht spitalbedürftig und bedürfen einer geringeren Therapieintensität. Gleichzeitig muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Wichtigste Vorteile der ambulanten Rehabilitation sind die grössere Flexibilität hinsichtlich der individuellen Berücksichtigung von Krankheitsbild, Wohnort und sozialer Situation eines Patienten bei grundsätzlich gleicher Versorgungsqualität sowie die Möglichkeit gleitender, an die individuelle Situation eines Patienten angepasster Übergänge zwischen den Rehabilitationsformen.

⁴⁴ In Analogie zur Altersgruppeneinteilung der Akutsomatik.

Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Patienten sind in der Regel über 65-jährig, meist sogar über 80-jährig, polymorbid und gebrechlich, weisen spezielle, meist atypische Krankheitssymptome auf, sind medizinisch instabiler und komplikationsanfälliger, verfügen über knappe körperliche Reserven, weisen eine verminderte beziehungsweise stark schwankende Belastbarkeit auf und bedürfen in der Therapieplanung des Einbezugs des sozialen Umfeldes. Die geriatrische Rehabilitation bezweckt somit die Rückgewinnung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Fähigkeiten zur möglichst selbstständigen Alltagsbewältigung im gewohnten Wohnumfeld sowie die Kompensation allfälliger sozialer Defizite. Die geriatrischen Reha-Patienten werden in der Zürcher Spitalplanung in den entsprechenden organspezifischen Leistungsgruppen berücksichtigt. Von der Bildung einer separaten Leistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» wird deshalb abgesehen. Daneben besteht eine enge Beziehung zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Akutgeriatrie, die im Rahmen der Akutsomatik behandelt wird.

Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem in der Art und Anzahl weitgehend vordefinierten Behandlungsplan (Kurpaket) aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche, ortsgebundene Heilfaktoren (Wasser, Wärme, Luft, Klima) wohnortfern angewendet werden. Kurpatienten leiden in der Regel unter einfachen Krankheiten mit vorhersehbarem Verlauf. Die Kur dient somit schweremwichtig der Festigung des Gesundheitszustandes und nicht der Heilung und erfordert im Gegensatz zur Rehabilitation keinen multidisziplinären Behandlungsansatz. Als Kuranstalten gelten Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten sowie Anstalten für Genesungs- und Erholungsbedürftige (Rekonvaleszenzzentren). Eine Kuranstalt ist keine Heilanstalt im Sinne des KVG.

Palliative Care

Palliative Care umfasst die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität gegebenenfalls bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Die Palliative Care wird im Rahmen der Akutsomatik behandelt (vgl. Seite 78).

Akut- und Übergangspflege

Das revidierte KVG sieht neu Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor (Art. 25a Abs. 2 KVG). Gemäss Art. 7 KLV handelt es sich dabei um im Spital angeordnete Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen. Die Leistungen werden während längstens zwei Wochen auf spitalärztliche Anordnung stationär in Pflegeheimen oder ambulant durch Spitexorganisationen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen erbracht und nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Die Leistungsempfänger sind damit von jeglicher Kostenübernahme befreit.

2 Bedarfsprognose

In diesem Kapitel werden die Datenbasis und die Methodik zur Ermittlung des Bedarfs an stationärer Rehabilitation der Zürcher Wohnbevölkerung beschrieben. Anschliessend folgen die Darstellung der Nachfrageentwicklung 2003-2009 sowie die Bedarfsprognose für das Jahr 2020.

2.1 Datenbasis und Methodik

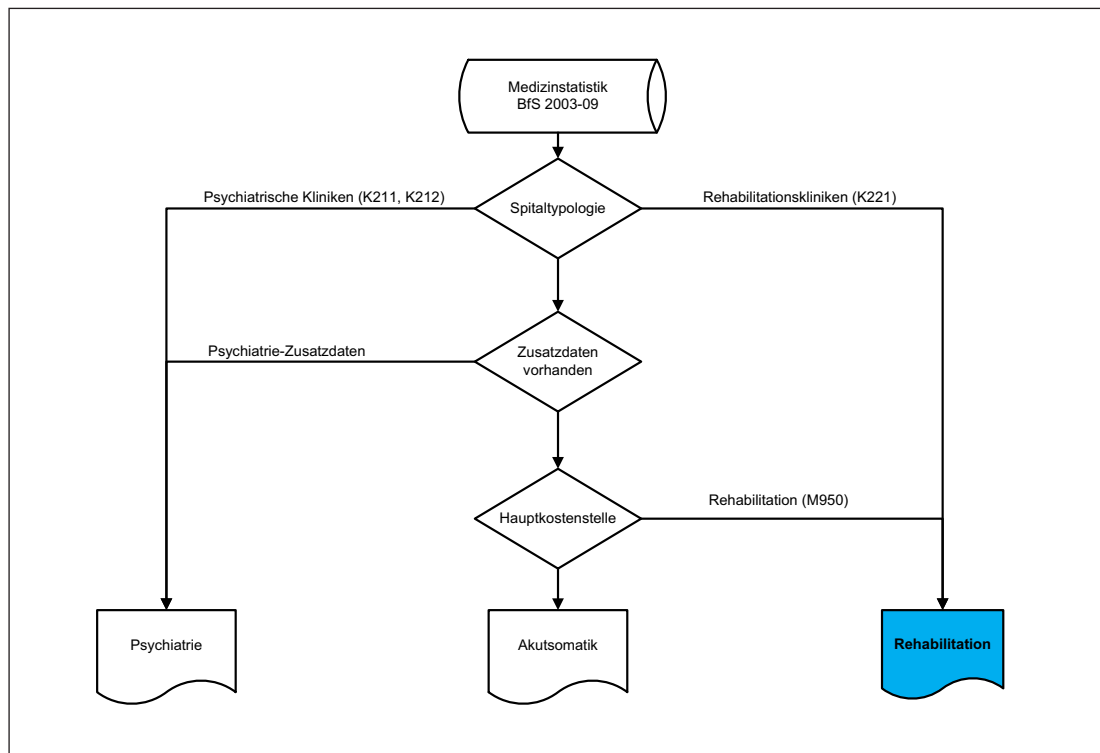
Nachfolgend werden die Datenbasis, die Wahl der Prognosetechnik sowie des Prognosezeitraums diskutiert. Anschliessend werden das Prognosemodell sowie die Einflussfaktoren auf den Leistungsbedarf 2020 beschrieben und die Entwicklung der Einflussfaktoren aufgezeigt. Zum Abschluss wird dargestellt, wie der prognostizierte Leistungsbedarf unter Berücksichtigung von drei Szenarien berechnet wird.

2.1.1 Datenbasis

Analog der Akutsomatik wurde für die Analyse der demografischen Daten die Bevölkerungsstatistik und -prognose des Statistischen Amtes des Kantons Zürich verwendet und für die Analyse der stationären Behandlungen die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BfS) herangezogen.

Für die Datenbasis der Rehabilitation wurden aus der Medizinischen Statistik alle abgeschlossenen stationären Fälle (Behandlungsart 1.3.V03 = 3 und Statistikfall 0.2.V02 = A) berücksichtigt, welche an einer Rehabilitationsklinik (Spitaltypologie K221) behandelt wurden. Zusätzlich wurden auch Patienten eines akutsomatischen Spitals zur Datenbasis Rehabilitation gezählt, falls die Hauptkostenstelle «M950 = Physikalische Medizin und Rehabilitation» kodiert wurde (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19 Datensatz Rehabilitation



Im Unterschied zur Akutsomatik lässt sich eine Mehrheit der Zürcher in einem anderen Kanton rehabilitativ behandeln. Im Gegensatz zur Akutsomatik, wo der Zürcher Datensatz 2010 bereits zur Verfügung steht, basieren die Ist-Analyse und die Prognose der Rehabilitationsplanung auf den Daten der Medizinischen Statistik 2009.

In der nachfolgenden Tabelle 35 sind die in der Rehabilitationsplanung verwendeten Variablen aufgeführt. In der Spalte Kurzbeschreibung wird erläutert, aus welchem BfS-Merkmal die Variable abgeleitet wurde.

Tabelle 35 **Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik**

Variable	Kurzbeschreibung
JAHR	Aus der BfS-Variable Austrittsdatum (1.5.V01) wird das Jahr des Patientenaustritts bestimmt.
SPITALKANTON	Standortkanton der Institution (0.1.V04) (26 Ausprägungen)
WOHNKANTON	Wohnkanton des Patienten (1.1.V04) (26 Ausprägungen)
ALTER	Alter bei Eintritt (1.1.V03)
HPP	Liegeklasse des Patienten (1.3.V02), binäre Ausprägung 1 = halbprivat oder privat (Ausprägung 2 oder 3 nach BfS) 0 = sonst
KVG	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (1.4.V02), binäre Ausprägung 1 = Abrechnung nach Krankenversicherung (Ausprägung 1) 0 = sonst (Ausprägung null, 2, 3, 4, 8, 9)
ICD	ICD-Hauptdiagnose (1.6.V01)
STAYD	Effektive Aufenthaltsdauer in Tagen

2.1.2 **Prognosetechnik und Prognosezeitraum**

Grundsätzlich ist bei der Bedarfsermittlung auf den epidemiologischen Rehabilitationsbedarf abzustellen. Er basiert auf einer objektivierbaren, therapeutischen Indikation. Danach ist ein Rehabilitationsbedarf ausgewiesen, wenn eine Krankheit oder Behinderung besteht, diese die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden erheblich einschränkt und eine konkrete medizinische Intervention (Rehabilitationsmassnahme) im Einzelfall zweckmässig und wirksam zu sein verspricht.

Für die Bedarfsplanung wären deshalb von der Epidemiologie entsprechende Bedarfsrichtwerte in Form indikationsspezifischer Rehabilitationshäufigkeiten (spezifische Massnahmen je 10'000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts) bereitzustellen. Angesichts des geringen Ausbaugrades der versorgungsepidemiologischen Forschung in der Schweiz stehen die zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes erforderlichen Bedarfsrichtwerte derzeit aber nicht zur Verfügung.

Mangels objektivierbarer, auf einer therapeutischen Indikation basierter Bedarfsrichtwerte für die einzelnen rehabilitativen Grunderkrankungen muss die Planung von der effektiven leistungsgroupenspezifischen Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen (Ist-Inanspruchnahme) ausgehen. Die erhobene Nachfrage stimmt aber mit dem epidemiologischen Rehabilitationsbedarf nicht zwingend überein. Sie kann sowohl Elemente der Über- als auch der Unterversorgung beinhalten.

Aus diesem Grund wurde für die Prognose der stationären Rehabilitationsleistungen ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren gewählt. Das gleiche Vorgehen wurde auch in der Akutsomatik angewendet. Dabei wurde in einem ersten Schritt die aktuelle Leistungsnachfrage analysiert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren einen Einfluss auf die Bedarfsdeterminanten (Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer) haben und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln. Schliesslich wurde in einem dritten Schritt der zukünftige Leistungs-

bedarf der Zürcher Bevölkerung basierend auf der aktuellen Nachfrage unter Berücksichtigung der zuvor untersuchten Einflussfaktoren sowie der Bevölkerungsentwicklung prognostiziert.

Wie in der Akutsomatik wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt.

2.1.3 Prognosemodell und Einflussfaktoren

Die Prognose des Rehabilitationsbedarfes erfolgt leistungsgruppenspezifisch. Er wird für das Jahr 2012 sowohl anhand der Patientenzahlen als auch der Pflegetage dargestellt. Dabei gelten folgende Zusammenhänge:

Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsgruppen massgeblich von der Entwicklung der Eintrittshäufigkeit in die stationäre Rehabilitation und der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt.

Folgende Einflussfaktoren bestimmen die Entwicklung der Eintrittshäufigkeit und der Aufenthaltsdauer:

- die medizintechnische und epidemiologische Entwicklung;
- die Zuweisungspraxis der vorbehandelnden Spitäler und freipraktizierenden Ärzte;
- die Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer;
- die bestehenden Finanzierungsstrukturen;
- das bestehende Angebot an ambulanter Rehabilitation;
- das bestehende Angebot an geriatrischer Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie).

Im Folgenden werden die erwarteten Auswirkungen der Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate und die mittlere Aufenthaltsdauer beschrieben und anschliessend in drei Szenarien quantifiziert.

2.1.4 Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

Im Prognosezeitraum 2009 bis 2020 werden sich die Einflussfaktoren auf die Hospitalisationsrate zur stationären Rehabilitation und die mittlere Aufenthaltsdauer im Einzelnen wie folgt auswirken:

Medizintechnik und Epidemiologie:

Die in der Akutsomatik erläuterte und prognostizierte zunehmende Entwicklung der Medizintechnik und Epidemiologie dürfte auch zu einer vermehrten Eintrittshäufigkeit in die stationäre Rehabilitation führen. Neben einer steigenden Morbidität ist bei Patienten ab 60 Jahren zusätzlich eine verminderte Belastbarkeit und eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen mit tendenziell längeren Klinikaufenthalten zu erwarten.

Zuweisungspraxis

Ohne ein einheitliches Übertrittsmanagement mit entsprechender vorgängiger Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit anhand vordefinierter Kriterien wird die für das Jahr 2012 geplante Einführung der SwissDRG in der Akutsomatik den bestehenden Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation weiter verstärken. Die Patienten würden demzufolge beim Eintritt in die Rehabilitation einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und somit tendenziell längere Klinikaufenthalte benötigen.

Kostengutsprachepraxis

Rehabilitationsleistungen werden heute sowohl von der Unfall- und Invalidenversicherung als auch von der Krankenversicherung finanziert. Während bei den Unfall- und Invalidenversicherern die Wiedereingliederung der erkrankten beziehungsweise verunfallten Person nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente im Vordergrund steht, ist die Krankenversicherung auf die Erstattung medizinischer Rehabilitationsleistungen beschränkt. Aus den unterschiedlichen Zielen der Kostenträger resultieren unterschiedliche Anreize zur Kostengutsprache⁴⁵ rehabilitativer Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass bei einer weiterhin unge-

bremsten Kostenentwicklung generell eine restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer erfolgt. Sie wird sich sowohl in einer verminderten Hospitalisationsrate als auch in einer Verkürzung der Dauer des bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthaltes auswirken.

Finanzierungsstrukturen

Künftig muss die Leistungsvergütung auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf der Basis schweizweit einheitlicher leistungsbezogener Tarifstrukturen erfolgen. Deren konkrete Ausgestaltung und terminliche Inkraftsetzung sind derzeit aber noch offen.⁴⁵ Die vorliegende Rehabilitationsplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize sowohl Verlagerungen von der stationären zur ambulanten Rehabilitation als auch eine Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer bewirken werden.

Ambulante Rehabilitation

Das leistungsgruppenspezifische Potenzial zur Substitution stationärer durch ambulante Rehabilitation wird in der Literatur auf 20 bis 60 Prozent geschätzt. Diese Schätzungen gelten nur unter den jeweiligen versicherungsrechtlichen und/oder siedlungsstrukturellen Rahmenbedingungen. Je nach Ausbaugrad der ambulanten Rehabilitationsangebote im Kanton Zürich geht die vorliegende Rehabilitationsplanung für den Prognosezeitraum 2009 bis 2020 von alters- bzw. leistungsgruppenspezifischen fallbezogenen Substitutionspotenzialen von bis zu 20 Prozent aus.

Der Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote führt zudem tendenziell zu einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Zwar wird von den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein steigender Anteil schwieriger Fälle mit tendenziell längeren Klinikaufenthalten zu übernehmen sein.

Stärker wiegen dürfte jedoch, dass der Aufenthalt in stationären Rehabilitationszentren dank des wohnortnahen Angebots der ambulanten Rehabilitation verkürzt werden kann.

Geriatrische Rehabilitation

Ein nicht unerheblicher Teil der in den Einrichtungen der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation behandelten älteren und hochbetagten sowie vielfach multimorbiden Patienten leidet unter neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie chronischen Erkrankungen des Atmungssystems. Diese Patienten bedürfen nach der Akutbehandlung im Spital einer weiterführenden stationären Rehabilitation. Die Mehrheit der geriatrischen Patienten dürfte aber bereits heute im Rahmen der bestehenden Angebote der organspezifischen Rehabilitation behandelt werden. Eine Verschiebung aus den Kliniken der spezialisierten organspezifischen Rehabilitation in speziell auf die geriatrische Rehabilitation beziehungsweise die Akutgeriatrie ausgerichtete neue Angebote dürfte je nach zukünftiger Entwicklung bei den Leistungsgruppen der organspezifischen Rehabilitation sowohl eine Senkung der Hospitalisationsrate als auch eine Verkürzung der Rehabilitationsdauer bewirken.

2.1.5 Prognose mit drei Szenarien

Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann beziehungsweise verschiedene Meinungen über deren Entwicklung vertreten werden, wurden Prognosen für drei Szenarien erstellt. Das Hauptszenario, als plausibelstes Szenario, steht im Zentrum des Berichts. Die beiden anderen Szenarien zeigen die Bandbreite des möglichen Bedarfs. Dabei werden im Maximalszenario diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zum maximalen zukünftigen

⁴⁵ Gemäss Anhang 1, Ziffer 18 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht für die Krankenversicherer eine grundsätzliche Leistungspflicht im Bereich der stationären Rehabilitation. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes.

⁴⁶ Vergleich SwissDRG AG: Tarifierung in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation.

Leistungsbedarf führen, und im Minimalszenario diejenigen Annahmen, die zum minimalen zukünftigen Leistungsbedarf führen. Im Einzelnen werden die oben aufgezeigten Entwicklungstendenzen der Einflussgrößen auf die Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer in den Szenarien wie folgt berücksichtigt:

Hauptszenario

Für den Prognosezeitraum 2009 bis 2020 wird für alle Alters- und Leistungsgruppen von einer unveränderten Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation ausgegangen. Zudem wird als Folge des geänderten Vergütungssystems im Prognosezeitraum 2009 bis 2020 für alle Alters- und Leistungsgruppen von einer generellen Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer um 7.5 Prozent ausgegangen (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 36 Veränderung der Einflussfaktoren im Hauptszenario bis 2020

		Altersgruppe	Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnittslähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch-onkologisch	Psychosomatisch-sozialmed.
Konstante Hospitalisationsrate	HR	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		60+	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Anreize Finanzierungsstrukturen	MAHD	0 - 59	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%
		60+	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%

Maximalszenario

Die Morbidität der Wohnbevölkerung wird sich im Bereich der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankungen für alle Alters- und Leistungsgruppen weiter erhöhen. Daraus resultiert ein Wachstum der Eintrittshäufigkeit in die stationäre Rehabilitation von 2.5 Prozent. Gleichzeitig werden sich die Möglichkeiten der Diagnostik und der Therapie der kurativen Medizin weiter verbessern. Daraus resultiert für alle Alters- und Leistungsgruppen (exklusive psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation) eine zusätzliche Erhöhung der Eintrittshäufigkeit zur stationären Rehabilitation um 2.5 Prozent. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert.

Zudem berücksichtigt das Maximalszenario die tendenziell aufenthaltsdauererhöhenden Einflussfaktoren. Angesichts der zu erwartenden zusätzlich verminderten Belastbarkeit der Patienten und der Zunahme der behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen geht das Maximalszenario für die Patienten ab 60 Jahren in allen Leistungsgruppen von einer Zunahme der mittleren Aufenthaltsdauer um 2.5 Prozent aus. Daneben geht das Maximalszenario als Folge der für das Jahr 2012 geplanten Einführung der SwissDRG an den Akutspitälern und dem daraus resultierenden verstärkten Trend zur früheren Verlegung in die stationäre Rehabilitation in allen Alters- und Leistungsgruppen von einer zusätzlichen Erhöhung der mittleren Aufenthaltsdauer von 2.5 Prozent aus. Die übrigen Einflussfaktoren bleiben in ihrer Wirkung unverändert (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37 Veränderung der Einflussfaktoren im Maximalszenario bis 2020

		Alters- gruppe	Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnitts- lähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch- onkologisch	Psychosomatisch- sozialmed.
Medizintechnik und Epidemiologie	HR	0 - 59	5%	5%	5%	5%	5%	5%	2.5%
		60+	5%	5%	5%	5%	5%	5%	2.5%
	MAHD	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		60+	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
Zuweisungspraxis der Spitäler	MAHD	0 - 59	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
		60+	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%

Minimalszenario

Das Minimalszenario berücksichtigt die tendenziell nachfragemindernden Einflussfaktoren wie restriktivere Kostengutsprachepraxis der Versicherer sowie den Ausbau der ambulanten und geriatrischen Rehabilitationsangebote. Zusätzlich

zu einer generellen Verkürzung der Aufenthaltsdauer von 7.5 Prozent werden für den Prognosezeitraum 2009 bis 2020 in den einzelnen Alters- und Leistungsgruppen die tendenziell Aufenthaltsdauer verkürzenden Einflussfaktoren berücksichtigt (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38 Veränderung der Einflussfaktoren im Minimalszenario bis 2020

		Alters- gruppe	Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnitts- lähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch- onkologisch	Psychosomatisch- sozialmed.
Kostengutsprachepraxis	HR	0 - 59	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%
		60+	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%
	MAHD	0 - 59	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%
		60+	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%
Ambulante Rehabilitation	HR	0 - 59	-20%	-15%	0%	-15%	-15%	-5%	0%
		60+	-10%	-10%	0%	-10%	-10%	-5%	0%
	MAHD	0 - 59	-5%	-5%	0%	-5%	-5%	0%	0%
		60+	-2.5%	-2.5%	0%	-2.5%	-2.5%	0%	0%
Geriatrische Rehabilitation	HR	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		60+	-5%	-5%	0%	-5%	-5%	-5%	0%
	MAHD	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		60+	-2.5%	-2.5%	0%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	0%
Anreize Finanzierungsstrukturen	MAHD	0 - 59	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%
		60+	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-7.5%

Die Hospitalisationsrate und die mittlere Aufenthaltsdauer sind in den Jahren 2008 und 2009 leicht zurückgegangen. Die im Versorgungsbericht getroffenen Annahmen zu den Einflussfaktoren

und deren Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung der Hospitalisationsrate und die mittlere Aufenthaltsdauer werden deshalb unverändert übernommen.

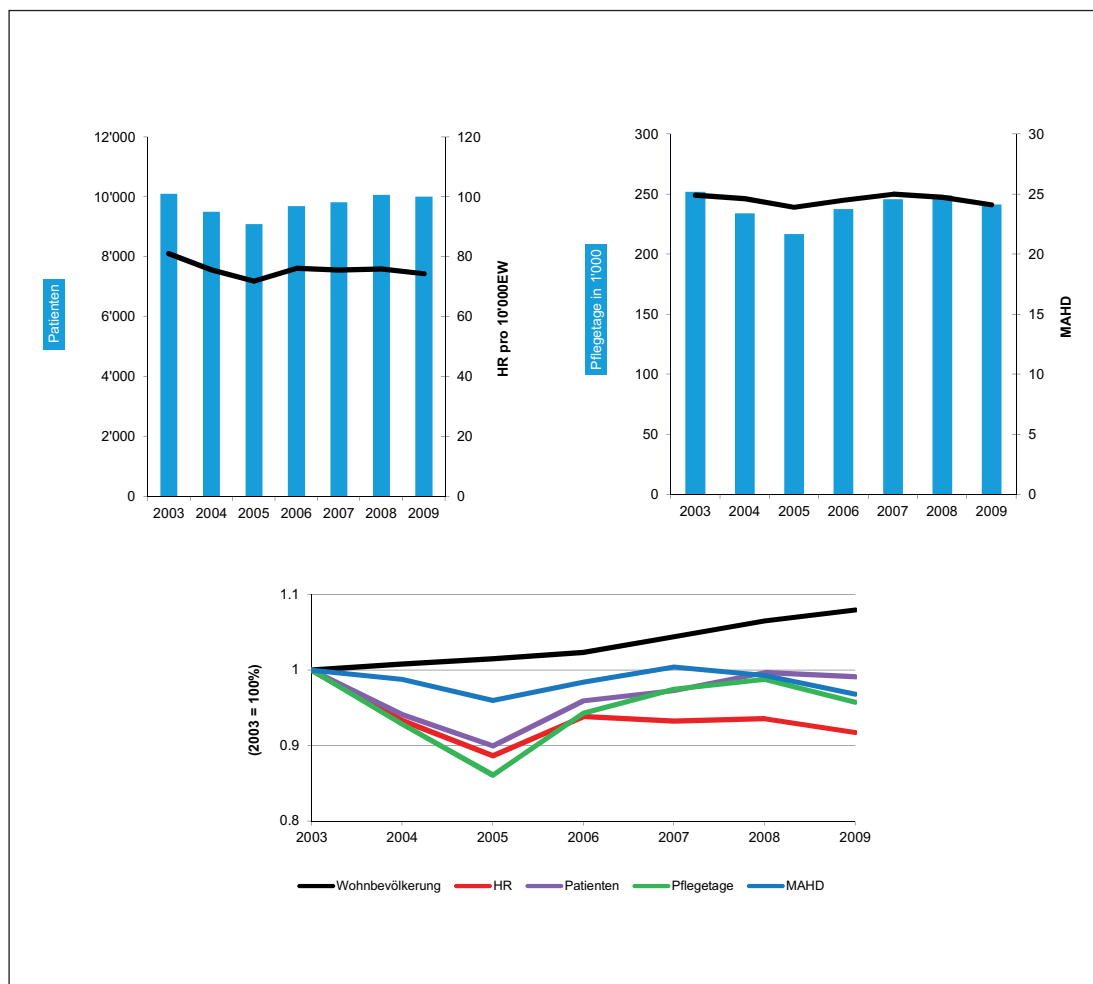
2.2 Bisherige Nachfrage

Die Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Eintrittshäufigkeit (Hospitalisationsrate) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer beeinflusst. Aufgrund der Einwohnerzahl und der Eintrittshäufigkeit in die stationäre Rehabilitation ergibt sich die Zahl der hospitalisierten Rehabilitationspatienten. Diese Zahl wiederum multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer ergibt die Anzahl Pflage Tage.

2.2.1 Nachfrageentwicklung 2003 bis 2009

Im Zeitraum 2003 bis 2009 war im Bereich der stationären Rehabilitation folgende Entwicklung zu verzeichnen (vgl. Abb. 20):

Abbildung 20 Entwicklung der Patientenzahlen und Pflage Tage



Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Zahl der Patienten und Pflage Tage in den letzten Jahren trotz einer leichten Zunahme der Bevölkerung leicht gesunken ist. Dies ist auf einen Rückgang

der Hospitalisationsrate bei einer gleichzeitig leicht rückläufigen mittleren Aufenthaltsdauer zurückzuführen.

2.2.2 Nachfragestruktur 2009

Im Jahr 2009 wurden an 52 schweizerischen Rehabilitationskliniken insgesamt rund 10'200 Zürcher Kantonseinwohner stationär behandelt.

Die rehabilitativ behandelten Zürcher Kantons-einwohner und die von ihnen beanspruchten Leistungen können hinsichtlich ihrer Leistungs- und Altersstruktur wie folgt charakterisiert werden (vgl. Tabelle 39):

Tabelle 39 *Rehabilitationsleistungen im Jahr 2009 nach Leistungsgruppen*

	Zürcher Patienten (abs.)	Ø-Alter Jahre	Kosten- träger % KVG	Liege- klasse % HPP	Behand- lungsort % AK	HR pro 10'000EW	MAHD Tage	Pflegetage	
								abs.	in %
Muskuloskelettal	5'154	68	90%	45%	81%	38.3	21	107'655	45%
Neurologisch	1'889	62	86%	31%	72%	14.0	34	65'053	27%
Querschnittslähmung	246	52	80%	32%	28%	1.8	44	10'915	5%
Kardiovaskulär	1'163	68	100%	40%	57%	8.6	21	18'028	10%
Pulmonal	458	66	100%	26%	35%	3.4	18	8'455	4%
Internistisch-onkologisch	885	67	99%	43%	77%	5.4	20	14'780	6%
Psychosomatisch-sozialmed.	374	53	99%	31%	100%	2.8	25	9'524	4%
Total ¹	10'169	66	91%	40%	73%	74.4	24	244'634	100%

¹ inkl. Kinder und Jugendliche

Von je 10'000 Kantonseinwohner beanspruchten im Jahr 2009 rund 74 Personen einen stationären Rehabilitationsaufenthalt. Rund 82 Prozent der Pflegetage entfielen dabei auf die drei grössten Bereiche: muskuloskelettale (45 Prozent), neurologische (27 Prozent) und kardiovaskuläre Rehabilitation (10 Prozent). Im Durchschnitt waren die behandelten Patienten rund 66 Jahre alt, 91 Prozent wurden über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet (vgl. Merkmal Kostenträger) und gut 40 Prozent waren in der Halbprivat- beziehungsweise Privatabteilung hospitalisiert. Bei einer durchschnittlichen mittleren Aufenthaltsdauer von rund 24 Tagen beanspruchten die Patienten rund 245'000 Pflegetage.

Die Hospitalisationsrate schwankt zwischen 1.8 Eintritten pro 10'000 Kantonseinwohner in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter und rund 38.3 Eintritten pro 10'000 Kantonseinwohner in der muskuloskelettalen Rehabilitation.

Gegenüber dem kantonalen Durchschnittswert bestehen teilweise beträchtliche leistungsgroupenspezifische Abweichungen hinsichtlich Durchschnittsalter, Versicherungsschutz und Aufenthaltsdauer der Patienten.

Ob sich die Rehabilitationspatienten im Kanton Zürich oder in einem anderen Kanton behandeln liessen, wird wesentlich durch die geografische Verteilung des leistungsgroupenspezifischen Angebotes bestimmt (vgl. Merkmal Behandlungs-ort).

So werden in der muskuloskelettalen Rehabilitation 81 Prozent der Zürcher Kantonseinwohner ausserkantonal rehabilitiert. Dagegen werden in der pulmonalen Rehabilitation 65 Prozent der Zürcher Kantonseinwohner an innerkantonalen Rehabilitationskliniken behandelt.

Tabelle 40 **Rehabilitationsleistungen im Jahr 2009 nach Altersgruppen**

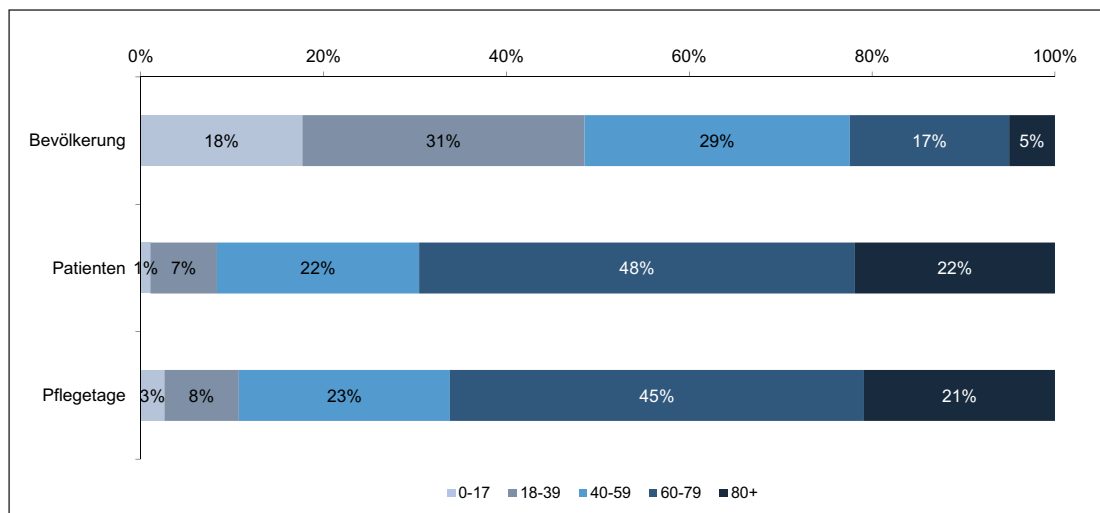
	Zürcher Patienten (abs.)	Kosten- träger % KVG	Liege- klasse % HPP	Behand- lungsort % AK	HR pro 10000EW	MAHD Tage	Pflegetage abs.	in %
0-17	110	32%	7%	16%	4.6	57	6'289	3%
18-39	738	65%	20%	75%	17.8	27	19'821	8%
40-59	2'249	84%	29%	78%	56.7	25	56'138	23%
60-79	4'846	97%	45%	73%	206.5	23	111'587	45%
80+	2'225	99%	49%	73%	369.2	23	50'799	21%
Total	10'169	91%	40%	73%	75.6	24	244'634	100%

Mit zunehmendem Alter nehmen die Hospitalisationsrate und die Anteile der KVG-Versicherten sowie der in der Privat- beziehungsweise Halbpri- vatabteilung hospitalisierten Patienten stark zu. Die durchschnittliche Dauer des Rehabilitations- aufenthalts nimmt dagegen im Durchschnitt aller Leistungsgruppen mit zunehmendem Alter ab (vgl. Tabelle 40).

Von rund 10'200 Zürcher Rehabilitationspati- enten entfielen lediglich etwas mehr als 100 auf Kinder und Jugendliche. Sie bedurften zu rund 90 Prozent einer neurologischen (inkl. neuro-

orthopädischen) Rehabilitation und beanspruch- ten bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 57 Tagen rund 6'300 Pflegetage. Die Kosten dieser Leistungen wurden zu beinahe 70 Prozent von der Invalidenversicherung getragen.

Rund 70 Prozent der Patienten und 66 Prozent der Pflegetage entfallen auf die Rehabilitations- bedürftigen ab 60 Jahren (Addition der Alters- gruppen 60-79 und 80+), während ihr Anteil an der gesamten Zürcher Wohnbevölkerung nur 22 Prozent ausmacht (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21 **Wohnbevölkerung, Anzahl Patienten und Pflegetage nach Altersgruppen**

2.3 Bedarfsentwicklung bis 2020

Basierend auf der Nachfrage im Jahr 2009 wurde der künftige Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung nach stationären rehabilitativen Leistungen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der erwarteten Veränderungen der Hospitalisationsrate und der mittleren Aufenthaltsdauer (vgl. Kapitel C2.1) in drei Szenarien prognostiziert.

2.3.1 Übersicht prognostizierte Bedarfsentwicklung bis 2020

Tabelle 41 gibt einen Überblick über die in den drei Szenarien prognostizierte Bandbreite der Entwicklung der Hospitalisationsrate, der Patientenzahl, der mittleren Aufenthaltsdauer und der Pflage tage bis 2020.

Insgesamt wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Kantonseinwohner zwischen 2009 und 2020 gemäss Hauptszenario um rund acht Prozent auf 81 Patienten pro 10'000 Kantonseinwohner und gemäss dem Maximalszenario um rund 13 Prozent auf 86 Patienten zunehmen, während die Hospitalisationsrate gemäss dem Minimal-szenario um rund zwölf Prozent auf 67 Patienten abnimmt. Dagegen wird die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2009 und 2020 gemäss Hauptszenario um rund acht Prozent auf 22 Tage abnehmen. Das Maximalszenario sieht eine Zunahme um rund vier Prozent auf 25 Tage und das

Minimalszenario eine Abnahme um rund 14 Prozent auf rund 21 Tage vor.

Als Folge dieser Entwicklung werden die Patientenzahlen im Prognosezeitraum gemäss dem Hauptszenario um rund 17 Prozent auf 11'900 und die Pflage tage um rund acht Prozent auf 263'800 zunehmen. Im Maximalszenario werden sich die Patientenzahlen um knapp 23 Prozent auf 12'300 und die Pflage tage um 27 Prozent auf 307'600 erhöhen. Das Minimalszenario geht von leicht rückläufigen Patientenzahlen und einer Abnahme der Pflage tage um 17 Prozent auf rund 199'000 aus.

Bei der nachfolgenden Darstellung der prognostizierten Entwicklung der Patientenzahlen und Pflage tage in den einzelnen Leistungs- und Altersgruppen werden auch die Ergebnisse einer minimalen und maximalen Bedarfsentwicklung aufgezeigt. Zur besseren Übersicht wird aber lediglich das Hauptszenario erläutert.

Tabelle 41 Prognostizierte Bedarfsentwicklung der Zürcher Wohnbevölkerung 2020

	2009	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Hospitalisationen/10'000 EW	75.6	81.3	8%	13%	-12%
Patienten (in 1'000)	10.2	11.9	17%	23%	-4%
Mittlere Aufenthaltsdauer	24.1	22.2	-8%	4%	-14%
Pflage tage (in 1'000)	244.6	263.8	8%	27%	-17%
Pflage tage/10'000 EW	1'819	1'807	-1%	17%	-24%

2.3.2 Prognose nach Leistungsgruppen

In den einzelnen rehabilitativen Leistungsgruppen werden sich die Patientenzahlen und Pfl egetage der Zürcher Wohnbevölkerung wie folgt entwickeln:⁴⁷

Tabelle 42 Entwicklung der Patientenzahlen nach Leistungsgruppen

	2009	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Muskuloskelettal	5'154	6'100	18%	24%	-6%
Neurologisch	1'889	2'200	17%	22%	-6%
Querschnittslähmung	246	270	11%	16%	5%
Kardiovaskulär	1'163	1'400	20%	23%	-5%
Pulmonal	458	500	9%	22%	-6%
Internistisch-onkologisch	885	1'000	13%	23%	2%
Psychosomatisch-sozialmed.	374	400	7%	13%	5%
Total ¹	10'169	11'870	17%	23%	-4%

¹ inkl. Kinder und Jugendliche

Tabelle 43 Entwicklung der Pfl egetage nach Leistungsgruppen

	2009	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
Muskuloskelettal	107'655	117'500	9%	29%	-19%
Neurologisch	65'053	69'000	6%	26%	-20%
Querschnittslähmung	10'915	11'300	4%	19%	-4%
Kardiovaskulär	25'004	27'400	10%	30%	-18%
Pulmonal	8'455	9'200	9%	29%	-19%
Internistisch-onkologisch	18'028	19'700	9%	30%	-9%
Psychosomatisch-sozialmed.	9'524	9'700	2%	16%	-6%
Total ¹	244'634	263'800	8%	27%	-17%

¹ inkl. Kinder und Jugendliche

Entsprechend der prognostizierten demografischen Entwicklung sowie der Epidemiologie und Morbidität der über 60-jährigen Wohnbevölkerung geht das Hauptszenario, insbesondere in der kardiovaskulären, muskuloskelettalen, neurologischen und internistisch-onkologischen Rehabilitation, von einer verstärkten Zunahme der Patientenzahlen aus. Dagegen werden die Pfl egetage als Folge der prognostizierten Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer in allen Leistungsgruppen weniger stark ansteigen.

⁴⁷ Die prognostizierte Entwicklung der Patientenzahlen und Pfl egetage der Kinder und Jugendlichen (0–17-Jährige) ist im einzelnen in den Tabellen 44 und 45 dargestellt.

2.3.3 Prognose nach Altersgruppen

In den einzelnen Altersgruppen werden sich die Patientenzahlen und Pflage tage der Zürcher Wohnbevölkerung wie folgt entwickeln:

Tabelle 44 *Entwicklung der Patientenzahlen nach Altersgruppen*

	2009	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
0-17	110	120	9%	13%	-13%
18-39	739	750	2%	7%	-17%
40-59	2'249	2'400	7%	13%	-13%
60-79	4'846	5'600	16%	22%	-5%
80+	2'225	3'000	35%	40%	9%
Total	10'169	11'870	17%	23%	-4%

Tabelle 45 *Entwicklung der Pflage tage nach Altersgruppen*

	2009	2020			
		Hauptszenario		Max.	Min.
0-17	6'289	6'200	-1%	16%	-26%
18-39	19'821	18'700	-6%	10%	-27%
40-59	56'138	55'900	0%	16%	-24%
60-79	111'587	120'400	8%	29%	-17%
80+	50'799	62'600	23%	47%	-6%
Total	244'634	263'800	8%	27%	-17%

Gemäss Hauptszenario benötigen rund 120 Kinder und Jugendliche jährlich eine stationäre Rehabilitation. Sie beanspruchen dazu rund 6'200 Pflage tage. Davon entfallen rund 90 Prozent auf die neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation. Gleichzeitig wird sich die Zahl der 60-79-jährigen Patienten um 16 Prozent und die Zahl der über 80-jährigen Patienten um 35 Prozent erhöhen. Dagegen wird die mittlere Aufenthaltsdauer in allen Altersgruppen abnehmen. Daraus resultiert bei den unter 60-jährigen Patienten eine leichte Abnahme und bei den über 60-jährigen Patienten eine abgeschwächte Zunahme der Pflage tage.

3 Evaluationskriterien

Grundsätzlich sind auch im Bereich der Rehabilitation die im KVG und in der KVV definierten rechtlichen Rahmenbedingungen und Planungskriterien zur Evaluation der Leistungserbringer einzuhalten (vgl. Kap. B3). Die vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien der KVV sind jedoch insgesamt wenig konkret und lassen den Kantonen einen relativ grossen Spielraum. Insbesondere unterliess es der Bundesrat, die Evaluationskriterien zu konkretisieren und operable Detailkriterien zu definieren. So obliegt es den Kantonen, Anforderungen zu definieren, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer operabel überprüft werden können.

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat mittels Literaturanalyse sowie in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten grosse Anstrengungen unternommen, um für den Versorgungsbe- reich der medizinischen Rehabilitation operable Anforderungen zu definieren, die eine zweckmässige und objektive Evaluation ermöglichen. Bei der Definition dieser Anforderungen hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, zwischen generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen zu unterscheiden. Während beispielsweise jedes Listenspital die Aufnahmepflicht vorbehaltlich der Kostengutsprache durch die Versicherer für alle Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus erfüllen muss, ist eine spezialisierte Überwachungsstation nur für die Anbieter der Leistungsgruppe Frührehabilitation erforderlich.

3.1 Generelle Anforderungen

Nebst den gesundheitspolizeilichen Bewilligungsvoraussetzungen muss jedes Listenspital generelle Anforderungen unabhängig seines Leistungsspektrums erfüllen. Leistungserbringer, die auf die Zürcher Spitalliste 2012 aufgenommen werden möchten, müssen die nachfolgenden generellen Anforderungen an die Qualität (vgl. Kap. 3.1.1), die Wirtschaftlichkeit (vgl. Kap. 3.1.2) sowie sonstige generelle Anforderungen (vgl. Kap. 3.1.3) an ein Listenspital erfüllen.

3.1.1 Generelle Qualitätsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die Gesundheitsdirektion verzichtet bewusst auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da die damit verbundene Gefahr allokativer Fehlentscheide als gross erachtet wird. Zudem fehlen derzeit in der Rehabilitation schweizweit verbindliche Messkriterien für die Ergebnisqualitätsindikatoren.

Bereits heute erbringen die schweizerischen Rehabilitationskliniken Leistungen in guter medizinischer Qualität. Deshalb genügt es, minimale Standards zu definieren, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Dabei sind zum einen leistungsgruppenspezifische und zum anderen generelle Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Unabhängig ihres Leistungsspektrums müssen alle Listenspitäler folgende generelle Qualitätsanforderungen erfüllen (vgl. auch Homepage der Spitalplanung 2012: www.gd.zh.ch/strukturbericht).

Konzeptionelle Grundlagen

Jedes Listenspital muss über ein Qualitätskonzept gemäss Art. 77 KVV mit Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, über krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebaute Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte sowie über ein Notfall- und Hygienekonzept verfügen. Die Konzepte sind dokumentiert, auf Nachfrage einsehbar und werden mindestens alle zwei Jahre überarbeitet.

Behandlungsprozess

Jedes Listenspital muss über regelmässig im Behandlungsprozess eingesetzte, anerkannte Assessmentinstrumente, strukturiert (z.B. ICF-basiert) und patientenbezogen festgelegte Rehabilitationsziele und Therapiepläne sowie einen implementierten multiprofessionellen Entlassungspfad verfügen. Zudem sind die Ergebnisse der durchgeführten Assessments sowie die Rehabilitationsziele und deren Erreichung vollständig in der Patientenakte zu dokumentieren.

Medizinische Patientenbetreuung

Jedes Listenspital muss minimale Anforderungen an das Aufnahme- und Entlassungsverfahren, die Häufigkeit der Arztvisiten, die Häufigkeit und Konzeption der Fallbesprechung sowie den Therapiebeginn erfüllen.

Qualitätsmanagement

Jedes Listenspital muss im Bereich des Qualitätsmanagements folgende minimalen Anforderungen erfüllen:

- *Einsatz und Umsetzung eines anerkannten Qualitätsmodells*
Jedes Listenspital hat mindestens ein vollständiges (Self-)Assessment nach den Kriterien des von ihm implementierten Qualitätsmodells durchgeführt, dessen Ergebnisse in einem Verbesserungsplan festgehalten und die Umsetzung der beschlossenen Verbesserungen dokumentiert. Zudem ist ein Qualitätsverantwortlicher mit definierten Aufgaben und Kompetenzen benannt.
- *Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen*
Jedes Listenspital muss an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen, wie sie z.B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden.
- *Komplikationsstatistiken*
Jedes Listenspital führt regelmässig interne Erhebungen und Auswertungen zu ausgewählten Komplikationen (Stürze, nosokomiale Infektionen) durch.

– Fehlermeldesystem (CIRS)

In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) spitalweit eingeführt sein. Dieses Zwischenfallmeldesystems bezweckt, den Mitarbeitenden in einer geschützten Umgebung die Möglichkeit zu geben, unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang zu CIRS.

– Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen

Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patienten und Zuweisern durchführen. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind öffentlich bekannt zu geben.

Personalentwicklung

Jedes Listenspital muss über funktionsspezifische Stellenbeschreibungen, ein umgesetztes Konzept für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender sowie implementierte fachspezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme verfügen.

Infrastruktur

Jedes Listenspital muss den barrierefreien Zugang innerhalb des gesamten Klinikareals gewährleisten.

3.1.2 Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG nebst Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007). In Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren für die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt (vgl. Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG schreiben zwar Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vor. Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung scheint jedoch vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines leistungsbezogenen, auf schweizweit einheitlichen Strukturen beruhenden Tarfsystems auch in der Rehabilitation künftig an Bedeutung zu verlieren.

Mit der Einführung leistungsbezogener Rehabilitationstarife wird das Kostenerstattungssystem durch ein Preissystem ersetzt. Wie hoch die Kosten eines einzelnen Leistungserbringers sind, spielt deshalb zukünftig grundsätzlich nur noch eine untergeordnete Rolle. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Leistungen zu konkurrenzfähigen Kosten zu erbringen. Der Wettbewerb führt tendenziell dazu, dass langfristig nur noch Leistungen angeboten werden, die der Anbieter effizient genug und damit kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter scheiden in einem Preiswettbewerb langfristig aus.

Mit der Implementierung des vom KVG geforderten leistungsbezogenen Vergütungssystems für die Rehabilitation kann frühestens im Jahre 2014 gerechnet werden. Die Gesundheitsdirektion wird deshalb im Bereich der Rehabilitation alle potenziellen Leistungserbringer einer vertieften Wirtschaftlichkeitsprüfung unterziehen, jedoch lediglich offensichtlich unwirtschaftliche Leistungserbringer nicht für die Spitalliste berücksichtigen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Rehabilitationskliniken vorgenommen.

Grundsätzlich stehen Rehabilitationskliniken mit hohen Kosten unter dem Verdacht, unwirtschaftlich zu arbeiten. Da hohe Kosten jedoch auch durch die Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen entstehen können, sollten die Kosten nur unter Berücksichtigung des Patientenmix verglichen werden. Allerdings steht in der Rehabilitation – im Gegensatz zur Akutsomatik – kein Indikator wie der «DRG-Casemix-Index» zur Verfügung, mit dem Unterschiede in der Patientenstruktur berücksichtigt werden können. Aus diesem Grund sollten in der Rehabilitation nur

Kosten zwischen ähnlichen Patientengruppen verglichen werden. Die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit werden deshalb im Bereich der Rehabilitation leistungsgruppenspezifisch durchgeführt.

Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Rehabilitationskliniken bieten sich grundsätzlich die Durchschnittskosten pro Leistungsgruppe aller in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Patienten an. Trotz detaillierter Vorgaben der Gesundheitsdirektion ist jedoch nicht auszuschliessen, dass kleinere Kostenabweichungen nicht nur auf eine ineffiziente Arbeitsweise, sondern auch auf Unterschiede in der Kostenabgrenzung zurückzuführen sind. Aus diesem Grund werden lediglich jene Rehabilitationskliniken als unwirtschaftlich eingestuft, deren Betriebskosten pro Leistungsgruppe mehr als 15 Prozent über den Durchschnittskosten der in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Patienten liegen.

Angesichts der vielen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken und den bestehenden interkantonalen Unterschieden in der Ausgestaltung der Kostenstellenrechnung hat die Gesundheitsdirektion beschlossen, auf die Einforderung detaillierter Kostenrechnungen zu verzichten und die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage der engeren Betriebskosten für stationäre Patienten der Rehabilitation durchzuführen.

Alle an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken müssen dazu die Gesamt- und die leistungsgruppenspezifischen Kosten der Jahre 2008 und 2009 liefern. Für die Ermittlung der engeren Betriebskosten der stationären Reha-Patienten werden die Anlagenutzungskosten, die Kosten für ambulante Leistungen, die Kosten für übrige in der Klinik behandelte stationäre Patienten (Akutsomatik, Langzeitpflege) sowie sonstige Kosten (betriebsfremder Aufwand wie Cafeteria, Kindergrille etc.) von den Gesamtkosten abgezogen. Zusätzlich werden die Tarife von allen Rehabilitationskliniken eingefordert. Diese werden zur Plausibilisierung der Kostendaten und in Einzelfällen als Ergänzung zu den Kostendaten in

der Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet. Neubewerber, die über keine Kostendaten verfügen, müssen Businesspläne einreichen, aufgrund derer ihre Wirtschaftlichkeit bewertet wird.

3.1.3 Sonstige generelle Anforderungen an ein Listenspital

Neben Qualität und Wirtschaftlichkeit werden im KVG und in der KVV insbesondere die Gewährleistung der Aufnahmebereitschaft (Art. 41a Abs. 1 KVG) und des Zugangs zur Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 KVV) als weitere generelle Anforderungen an Listenspitäler aufgeführt. Im Einzelnen müssen Listenspitäler folgende Anforderungen erfüllen:

Potenzielle Listenspitäler müssen fähig und bereit sein, alle rehabilitationsbedürftigen Zürcher Patienten, d.h. auch lediglich grundversicherte Personen, nach erfolgter Kostengutsprache des Versicherers unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung aufzunehmen und adäquat zu behandeln. Eine Auswahl der Patienten nach dem Versicherungsstatus ist Listenspitälern nicht gestattet.

Im Bereich der stationären Rehabilitation ist das Kriterium des «Zugangs innert nützlicher Frist» weniger auf die zeitliche Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler vom Wohnort des Patienten, sondern hauptsächlich auf die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen und frühzeitigen Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation durch Zuweiser und Versicherer zu beziehen. Im Vordergrund steht die effiziente Ausgestaltung des Kostengutspracheverfahrens und Übertrittsmanagements. Ein Grundangebot an wohnortnaher stationärer Rehabilitation entspricht jedoch einem Bedürfnis der Zürcher Bevölkerung. Dieses kann zudem als Kristallisationspunkt für den Aufbau von auf Wohnortnähe und gute zeitliche Erreichbarkeit angewiesenen ambulanten Rehabilitationsangeboten dienen. Da das wohnortnahe Rehabilitationsangebot für die Zürcher Bevölkerung im Vergleich zu anderen Kantonen eher gering ist, werden bei gleichem medizinischem Angebot

innerkantonale und insbesondere für die Zürcher Bevölkerung schneller und besser zu erreichende Leistungserbringer bevorzugt.

Angesichts der vielen Interessenten für einen Zürcher Spitallistenplatz gilt es den Planungsaufwand und den Umfang der Spitalliste im Bereich der Rehabilitation in einem überschaubaren Rahmen zu halten. Aus diesem Grund werden – ergänzend zu den Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wohnortnähe – Rehabilitationskliniken, die bisher nur marginal zur Deckung des Zürcher Bedarfs beigetragen haben, lediglich subsidiär berücksichtigt. Als marginal wird dabei ein Anteil von weniger als fünf Prozent des Zürcher Bedarfs pro Leistungsgruppe bezeichnet.

Verschiedentlich werden stationäre rehabilitative Leistungen auch in Kombination mit akutmedizinischen Leistungen an Spitälern sowie in Kombination mit Kur- und Hotelangeboten erbracht. In diesen Fällen muss die Rehabilitation räumlich und betrieblich von den anderen Dienstleistungen strikt getrennt werden.

3.2 Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen

Je nach Leistungsspektrum bzw. Leistungsgruppen, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllt werden. Die Anforderungen beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung der Klinik. In den folgenden Teilkapiteln 3.2.1-3.2.5 werden diese Anforderungen kurz beschrieben und auf der Homepage der Gesundheitsdirektion www.gd.zh.ch/strukturbericht im Einzelnen dargestellt.

3.2.1 Personalqualifikation

Die rehabilitative Leistung wird durch ein multi-professionelles Rehabilitationsteam erbracht. Es setzt sich entsprechend den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen aus Fachärzten und nicht ärztlichen Fachkräften wie z.B. klinischen Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, diplomierten Pflegefachpersonen etc. zusammen und wird im Bereich der pädiatrischen Rehabilitation um Pädagogen/Heilpädagoginnen erweitert. An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam sind die folgenden Anforderungen an die fachliche Qualifikation, Berufserfahrung und Verfügbarkeit zu stellen:

- *Ärzte und andere Akademiker:* Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 80%) und die Kaderärzte bzw. anderen Akademiker verfügen über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung bzw. akademische Ausbildung und berufliche Erfahrung.
- *Personal im therapeutischen Bereich:* Die Leitung des Therapiebereiches und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 60%). Die eingesetzten Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) erfüllen die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind in der erforderlichen beruflichen Zusammensetzung verfügbar.

- *Beratungsdienste:* Am Rehabilitationsprozess sind verschiedene Beratungsdienste (Orthopädietechniker, Ernährungsberater, Sozialdienst etc.) in unterschiedlicher Intensität beteiligt. Die eingesetzten Fachpersonen erfüllen die Anforderungen an die erforderliche Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe und sind je nach Anforderungsprofil der einzelnen Leistungsgruppen verfügbar.
- *Personal im pflegerischen Bereich:* Die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (mind. 60%) und verfügen über eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Zudem erfüllt das auf den Bettenstationen eingesetzte Pflegepersonal die erforderlichen Anforderungen an die Aus- sowie an die leistungsgruppenspezifische Weiterbildung (Wundpflege, Pflege auf neurophysiologischer Grundlage, Kinderkrankenpflege etc.) und ist im erforderlichen Umfang verfügbar.

3.2.2 Notfalldienst

Die Anforderungen an den Notfalldienst sind für alle Leistungsgruppen einheitlich definiert. Dabei ist zwischen der Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen im Falle eines unvorhersehbaren Notfalles und dem medizinisch notwendigen Beizug des fachärztlichen Hintergrunddienstes im Falle einer im Rehabilitationsverlauf auftretenden Komplikation zu unterscheiden. Lediglich die Anforderungen an die Häufigkeit der Schulungsmassnahmen variieren je nach Leistungsgruppe.

Tabelle 46 Anforderungen an den Notfalldienst

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen)	Gemäss Notfallkonzept Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 15 Minuten zur Verfügung. Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
Fachärztlicher Hintergrunddienst	7-17 Uhr an Werktagen: Jeweilige Fachärzte sind im Haus und konsultieren den Patienten 17-7 Uhr und Wochenende: Bei med. Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
Notfallalarm/Reanimation	Regelmässige Schulung des klinischen Personals (einmal bis viermal p.a. je nach Leistungsgruppe) und Dokumentation der Teilnahme Notfall-Koffer bzw. -wagen inkl. Defibrillator auf allen Bettenstationen und für alle Behandlungseinheiten vorhanden

3.2.3 Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik umfasst im Wesentlichen diagnostische Leistungen in den Bereichen Labor, EKG, Radiologie, Sonographie, Endoskopie, Neurophysiologie sowie weitere spezifische Funktionsdiagnostik. Je nach Leistungsgruppe variiert das Spektrum der erforderlichen diagnostischen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit (vgl. Tabelle 47).

Die einzelnen leistungsgruppenspezifischen Rehabilitationsprogramme umfassen insbesondere Massnahmen der Physiotherapie, der physikali-

schen Therapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der klinischen und Neuropsychologie sowie Kreativitäts- und bewegungsorientierte Angebote. Sie werden weiter durch verschiedene edukative Massnahmen und Beratung im Bereich der Gesundheitsbildung sowie der Sozial- und Berufsberatung ergänzt. In der pädiatrischen Rehabilitation ist zusätzlich ein bedarfsorientierter schulischer Unterricht sicherzustellen. Je nach Leistungsgruppe variiert das Spektrum der erforderlichen Massnahmen und deren zeitliche bzw. örtliche Verfügbarkeit.

Für die leistungsgruppenspezifische Diagnostik sowie Therapie werden folgende Kategorien der Verfügbarkeit definiert (vgl. Tabelle 47):

Tabelle 47 Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Rehabilitationsleistungen

Art der Verfügbarkeit	Definition
365 Tage/24 Stunden	Die Leistung wird rund um die Uhr angeboten. Es kommt zu keinen Versorgungsunterbrüchen.
Im Haus	Die Leistung wird von hauseigenem Personal durchgeführt und wird kontinuierlich bzw. regelmässig angeboten. Die Diagnostik- und Therapieabteilungen sind vor Ort (Klinikgelände).
auch in Kooperation möglich	Die Leistung kann je nach Entscheidung der Spitalleitung selbst oder durch Dritte erbracht werden. Sofern die Leistung durch Dritte erbracht wird, muss deren Verfügbarkeit bzw. Regelmässigkeit vertraglich vereinbart sein.
geregelt	Die jeweilige Leistung wird nur punktuell in Anspruch genommen. Für diese Sonderfälle ist eine zeitnahe Zugänglichkeit gewährleistet.

3.2.4 Infrastruktur

Für alle rehabilitativen Leistungs- und Altersgruppen muss ein barrierefreier Zugang innerhalb der Klinik und den zur Klinik gehörenden Aussenanla-

gen gewährleistet sein. Daneben sind je nach Leistungsgruppe folgende zusätzliche bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen einzuhalten:

Tabelle 48 Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen

Rehabilitation Erwachsener	
Neurologisch	Separat ausgewiesene Essräume für schluckgestörte Patienten
Querschnittslähmung	Überwachungseinheit Freizeitangebote i.S.v. geeigneten Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten
Pulmonal	Kontinuierliche O2-Versorgung auf den Bettenstationen
Frührehabilitation	Alle Patienten der Frührehabilitation: Überwachungseinheit Neurologische Patienten: geeignetes Sicherheits- und Überwachungssystem für desorientierte u./o. weglaufgefährdete Patienten
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	
Alle Leistungsgruppen	Geeignete Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen Geeignete Räumlichkeiten für Schule Altersgerechte Ausstattung der Klinik mit Spielzimmern, Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten

4 Bewerbungsverfahren und Leistungsangebot der Bewerber

Der von der Zürcher Spitalplanung 2012 gewählte Grundsatz, den Leistungserbringern möglichst viel unternehmerischen Freiraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen, kommt auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation zur Anwendung. Erstmals wird den an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken Gelegenheit gegeben, sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum zu bewerben, d.h. innerhalb von vordefinierten Rehabilitationsleistungsgruppen soll jede Reha-

bilitationsklinik grundsätzlich wählen können, welche rehabilitativen Leistungen sie anbieten möchte.

4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Zur Durchführung des formellen Bewerbungsverfahrens hat die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich je eine auf die spezifischen Anforderungen der Rehabilitation Erwachsener und der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Bewerbungsdatei erarbeitet (vgl. untenstehende Box):

Bewerbungsdatei Rehabilitation

Die Bewerber mussten sich für die verschiedenen Leistungsgruppen bewerben und dabei nachweisen, dass sie alle dazu notwendigen Anforderungen erfüllen. Zur Vereinfachung der Aufgabe erstellte die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich deshalb eine Excel-Bewerbungsdatei, die es den Bewerbern erlaubte, verschiedene Alternativen durchzuspielen und ihre Bewerbung übersichtlich zu gestalten. Im Einzelnen war die Bewerbungsdatei wie folgt aufgebaut:

Die ersten Kapitel enthielten generelle Informationen zum Bewerbungsverfahren, zur Konzeption der Rehabilitationsplanung 2012 und die Definition der Leistungsgruppen.

In den folgenden Kapiteln wurden allgemeine Angaben zu dem sich bewerbenden Leistungserbringer sowie generelle Anforderungen an ein Listenspital abgefragt. Diese umfassten die Bereitschaft zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen des künftigen Zürcher Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes (SPFG), die Gewährleistung der Aufnahmebereitschaft, die Erfüllung der generellen Qualitätsanforderungen sowie die Offenlegung der Leistungs- und Kostendaten.

Im Hauptkapitel der Bewerbung wurden die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen im Einzelnen aufgelistet und abgefragt, ob die Anforderungen bereits heute, ab 2012 oder weder noch erfüllt sind. Gleichzeitig musste sich der Bewerber explizit pro Leistungsgruppe für einen Leistungsauftrag bewerben.

Der Schlussteil enthielt die Zusammenfassung des Hauptkapitels mit den deklarierten leistungsgruppenspezifischen Bewerbungen für einen Leistungsauftrag sowie die Bestätigung der vollständigen und wahrheitsgetreuen Erstellung der Bewerbungsunterlagen durch die zeichnungsberechtigten Personen des Leistungserbringers.

Die kompletten Bewerbungsunterlagen sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion zu finden: www.gd.zh.ch/bewerbung

In das formelle Bewerbungsverfahren wurden sämtliche auf der Zürcher Spitalliste 2001, Abschnitt A mit einem Leistungsauftrag «Rehabilitation» figurierenden inner- und ausserkantonalen Leistungserbringer sowie weitere der Gesundheitsdirektion bekannte Interessenten einbezogen. Es wurde am 8. November 2010 mit der Zusendung der Excel-Bewerbungsdatei per E-Mail an die Leistungserbringer eröffnet. In dieser mussten sie sich für ein bestimmtes Leistungsspektrum bewerben und im Verfahren der Selbstdeklaration bekannt geben, ob sie diesbezüglich die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen bzw. ab 2012 erfüllen werden. Die vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllte Bewerbungsdatei war bis zum 10. Januar 2011 an die Gesundheitsdirektion zu retournieren oder andernfalls eine schriftliche Verzichtserklärung einzureichen. Aus Gründen des Gleichbehandlungsgebotes musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen. Insgesamt reichten 32 Rehabilitationskliniken und Spitäler eine Bewerbung für einen Leistungsauftrag in einer oder mehreren Leistungsgruppen ein.

Anschliessend wurden die eingereichten Bewerbungsunterlagen hinsichtlich ihrer Vollständigkeit sowie ihrer Plausibilität und ihres Wahrheitsgehalts von der Gesundheitsdirektion einer kritischen Prüfung unterzogen. Die Bereinigung der offenen Fragen und Unstimmigkeiten erfolgte bis auf wenige Ausnahmen im Korrespondenzverfahren. Im Vordergrund der Überprüfung standen jene Bewerbungen, welche auch ab 2012 nicht sämtliche Anforderungen erfüllen. In diesen Fällen wurden die Bewerber von der Gesundheitsdirektion nochmals zur ausführlichen Begründung der von ihnen deklarierten Nichterfüllung aufgefordert. Insbesondere in den Leistungsgruppen der muskuloskelettalen, der internistisch-onkologischen sowie der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation waren zahlreiche Neubewerbungen zu verzeichnen. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Neubewerber mit den bereits etablierten Leistungserbringern hat die Gesundheitsdirektion bei

den Neubewerbern zusätzlich einen leistungsgruppenspezifischen Businessplan für die Jahre 2012 bis 2020 sowie entsprechende Angaben zum medizinischen und betrieblichen Konzept angefordert. Teilweise führte dieses Vorgehen zum Rückzug der Neubewerbung. Verschiedentlich enthielten die eingereichten Bewerbungsunterlagen auch wertvolle Anregungen zur Definition der Leistungsgruppen sowie zu den generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen. Die Vorschläge wurden von der Gesundheitsdirektion nach einer Überprüfung teilweise berücksichtigt und die daraus resultierenden Änderungen an die betroffenen Bewerber zurückgemeldet.

4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen

Am Ende des Evaluationsverfahrens liegen der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich im Bereich der Rehabilitation folgende definitiven Bewerbungen für die Zürcher Spitalliste 2012 vor:

Tabelle 49 Übersicht über die definitiven Bewerbungen

		Erwachsene							Kinder und Jugendliche	
		Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnitts-lähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch-onkologisch	Psychosomatisch-sozialmedizinisch	Neurologisch inkl. Neuro-orthopädisch	Allgemein pädiatrisch
ZH	Zürcher Höhenklinik Wald									
	Universitätsklinik Balgrist									
	Klinik Susenberg									
	RehaClinic Zollikerberg									
	Kinderspital Zürich									
AG	RehaClinic Zurzach									
	Rehaklinik Bellikon									
	RehaClinic Baden									
	Privat-Klinik im Park									
	aarReha Schinznach									
	Reha Rheinfelden									
	RehaClinic ANNR									
	Klinik Barmelweid									
AR	Klinik Gais									
	Rheinburg-Klinik									
BE	Rehaklinik Hasliberg									
	Berner Reha Zentrum									
	Klinik Bethesda Tschugg									
BS	REHAB Basel									
GL	RehaClinic Glarus									
	RehaClinic Braunwald									
GR	Zürcher Höhenklinik Davos									
	Rehabilitationszentrum Seewis									
SG	Klinik Valens									
	Reha-Klinik Walenstadtberg									
SH	Spitäler Schaffhausen									
TG	kneipp-hof Dussnang									
	HELIOS Klinik Zihlschlacht									
	Klinik St. Katharinental									
VS	Luzerner Höhenklinik Montana									
	Berner Klinik Montana									
ZG	Klinik Adelheid									

Neubewerber

Bewerber mit einem Leistungsauftrag gemäss Zürcher Spitalliste 2001

¹ Nur in Verbindung mit und beschränkt auf den jeweiligen Leistungsauftrag in weiterführender organspezifischer Rehabilitation.

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen hat sich lediglich das Kinderspital Zürich mit Standort Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis beworben.

4.3 Leistungsangebot der Bewerber

Zwischen den einzelnen Bewerbern bestehen teilweise beträchtliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Betriebsgrösse und ihres Leistungsspektrums⁴⁸. Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 50 Angebotsstruktur der Bewerber nach Leistungsgruppen 2009

		Patienten gesamt	Pflege- tage gesamt	Muskuloskelett	Neurologisch	Querschnitts- lähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch- onkologisch	Psychosomatisch- sozialmed	Gesamt
ZH	Zürcher Höhenklinik Wald	2'159	47'355	25%	35%	2%	24%	12%	2%		100%
	Universitätsklinik Balgrist	250	11'613			100%					100%
	Klinik Susenberg	323	6'846	52%					48%		100%
	RehaClinic Zollikerberg	0	0								
AG	RehaClinic Zuzach	2'449	63'980	44%	47%		4%			5%	100%
	Rehaklinik Bellikon	1'576	56'941	81%	19%						100%
	RehaClinic Baden	643	13'942	100%							100%
	Privat-Klinik Im Park	770	17'765	69%	31%						100%
	aarReha Schinznach	1'549	32'670	100%							100%
	Reha Rheinfelden	1'907	55'699	43%	50%				4%	1%	100%
	RehaClinic ANNR	87	2'383		100% ¹						100%
	Klinik Barmelweid	768	15'059				35%	31%		34%	100%
AR	Klinik Gais	1'877	44'169				41%			47%	100%
	Rheinburg-Klinik	677	19'761	25%	66%	0%					100%
BE	Rehaklinik Hasliberg	726	14'467	66%			34%				100%
	Berner Reha Zentrum	2'024	41'563	41%			32%	19%	8%		100%
	Klinik Bethesda Tschugg	560	20'196		100%						100%
BS	REHAB Basel	446	25'046		56%	44%					100%
GL	RehaClinic Glarus	236	4'810	91%	4%		4%				100%
	RehaClinic Braunwald	49	1'024	21%	6%				9%	63%	100%
GR	Zürcher Höhenklinik Davos	1'508	32'485	52%				9%	24%	16%	100%
	Rehabilitationszentrum Seewis	855	21'980		0%		95%		2%	2%	100%
SG	Klinik Valens	1'744	45'507	49%	51%						100%
	Reha-Klinik Walenstadtberg	787	20'604		44%			16%	39%		100%
SH	Spitäler Schaffhausen	0	0								
TG	kneipp-hof Dussnang	1'387	21'482	100%							100%
	HELIOS Klinik Zihlschlacht	634	30'378		100%						100%
	Klinik St. Katharinental	963	19'568	99%						1%	100%
VS	Luzerner Höhenklinik Montana	1'094	19'099	18%			15%	22%	19%	26%	100%
	Berner Klinik Montana	1'175	26'956	21%	44%				13%	22%	100%
ZG	Klinik Adelheid	1'313	28'259	57%	24%		4%	4%	11%		100%

¹ ausschliesslich Frührehabilitation

Kliniken, die pro Leistungsgruppe weniger als 1 Prozent des Zürcher Bedarfs abdecken, werden nicht dargestellt.

Von den insgesamt 31 Bewerbern⁴⁹ im Bereich der Erwachsenenrehabilitation verfügen acht Kliniken über ein Leistungsvolumen bis 50 Betten (17'000 Pflegetage), vierzehn Kliniken über ein Leistungsvolumen bis 100 Betten (34'000 Pflege-

tage). Lediglich sieben Kliniken sind mit mehr als 101 Betten ausgestattet.

Sechzehn Bewerber sind eher spezialisierte Kliniken und bieten maximal eine oder zwei

⁴⁸ Die Aufteilung nach Leistungsgruppen basiert auf den Pflegetagen.

⁴⁹ Die Betriebsaufnahme der RehaClinic Zollikerberg erfolgt voraussichtlich im Herbst 2011. Für die Spitäler Schaffhausen werden in der Medizinischen Statistik des BFS keine Patienten in der Kategorie «Rehabilitation» ausgewiesen.

Leistungsgruppen an. Zehn Bewerber bieten drei oder vier Leistungsgruppen und drei Bewerber mehr als vier Leistungsgruppen mit jeweils unterschiedlichen Anteilen am Gesamtleistungsvolumen der Klinik an. Damit kann festgehalten werden, dass das heutige rehabilitative Leistungsspektrum zahlreicher Kliniken breit gefächert und wenig fokussiert ist. So behandeln auch diverse kleine Kliniken mit verhältnismässig wenigen Pflgetagen Patienten verschiedener Leistungsgruppen.

In der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bietet das Rehabilitationszentrum des Kinderspitals Zürich mit einem Leistungsvolumen von rund 14'000 Pflgetagen zwei Leistungsgruppen an. Davon entfallen rund 90 Prozent auf die neurologische (inkl. neuro-orthopädische) Rehabilitation und rund 10 Prozent auf die allgemeine pädiatrische Rehabilitation.

Zürcher Patienten in den Rehabilitationskliniken

Die rehabilitative Versorgung von Zürcher Patienten erfolgt schwergewichtig in ausserkantonalen Kliniken. Für die Rehabilitationsplanung der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich steht daher nicht die Gesamtzahl, sondern lediglich die an der Klinik behandelte Zahl der Zürcher Patienten im Zentrum der Betrachtung.

Im Jahr 2009 suchten rund 10'200 Zürcher Patienten 52 Rehabilitationseinrichtungen mit Standorten in 16 Kantonen für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt auf. Die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen können hinsichtlich des von erwachsenen Zürcher Kantonsbewohnern beanspruchten Anteils am Gesamtleistungsvolumen der Klinik sowie deren Alter, Versicherungsschutz und Aufenthaltsdauer wie folgt charakterisiert werden:

Tabelle 51 Stationäre Rehabilitationsbehandlungen der Zürcher 2009

		Zürcher Patienten		Zürcher Pflgetage		Ø-Alter	Kosten-träger	Liege-klasse
		abs.	in % der Klinik	abs.	in % der Klinik	Jahre	% KVG	% HPP
ZH	Zürcher Höhenklinik Wald	1'942	90%	42'851	90%	70	99	17
	Universitätsklinik Balgrist	171	68%	7'336	63%	54	84	27
	Klinik Susenberg	306	95%	6'514	95%	76	98	100
AG	RehaClinic Zurzach ¹	1'801	52%	45'178	52%	70	95	32
	Rehaklinik Bellikon	459	29%	16'505	29%	43	19	13
	Privat-Klinik Im Park	287	37%	6'842	39%	73	100	98
	Reha Schinznach	312	20%	6'624	20%	71	92	44
	Reha Rheinfelden	99	5%	3'136	6%	63	87	33
	Klinik Barmelweid	3	0%	78	1%	66	100	33
AR	Klinik Gais	441	23%	10'526	24%	58	100	35
	Rheinburg-Klinik	100	15%	3'612	18%	66	93	63
BE	Rehaklinik Hasliberg	12	2%	211	1%	75	100	50
	Berner Reha Zentrum	8	0%	177	0%	70	100	50
	Klinik Bethesda Tschugg	4	1%	100	0%	61	75	75
BS	REHAB Basel	9	2%	509	2%	51	89	11
GR	Zürcher Höhenklinik Davos	1'015	67%	22'540	69%	59	96	14
	Rehabilitationszentrum Seewis	250	29%	6'484	29%	65	100	50
SG	Klinik Valens	219	13%	5'609	12%	55	95	44
	Reha-Klinik Walenstadtberg	52	7%	1'348	7%	60	98	35
SH	Spitäler Schaffhausen	0	0%	0	0%			
TG	kneipp-hof Dussnang	704	51%	11'280	53%	75	99	42
	HELIOS Klinik Zihlschlacht	220	35%	10'374	34%	63	70	38
	Klinik St. Katharinental	84	9%	1'806	9%	68	87	40
VS	Luzerner Höhenklinik Montana	7	1%	120	1%	62	86	29
	Berner Klinik Montana	4	0%	89	0%	54	100	75
ZG	Klinik Adelheid	115	9%	2'334	8%	75	97	50
Übrige Kliniken mit ZH Patienten ohne Bewerbung		1'454	14%	26'669	11%	68	96	95
Total ²		10'078	100%	238'852	100%	66	92	41

¹ inkl. RehaClinic Baden, ANNR, Glarus, Braunwald und Zollikerberg

² exkl. Kinder und Jugendliche

Je nach ausserkantonaler Einrichtung werden bis zu 70 Prozent der Gesamtzahl der Pflgetage (Zürcher Höhenklinik Davos) von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Zürich beansprucht. Sieben Einrichtungen mit ausserkantonalem Standort weisen einen Anteil von über 25 Prozent aus.

Rund 47 Prozent der Patienten und rund 46 Prozent der Pflgetage der Zürcher Kantonseinwohner entfallen auf die Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos sowie die RehaClinic mit den Standorten Zurzach, Baden, Braunwald und Glarus. Weitere rund 18 Prozent der Patienten und knapp 21 Prozent der Pflgetage wurden von der Rehaklinik Bellikon, der Klinik Gais, dem kneipp-hof Dussnang sowie der HELIOS Klinik Zihlschlacht erbracht.

Lediglich 24 Prozent des rehabilitativen Versorgungsbedarfs der erwachsenen Kantonseinwohner werden durch innerkantonale Kliniken gedeckt⁵⁰. Die restlichen 76 Prozent werden von ausserkantonalen Einrichtungen übernommen. Sie verteilen sich zu 33 Prozent auf Kliniken mit Standort Kanton Aargau, 12 Prozent auf Kliniken mit Standort Kanton Graubünden, 16 Prozent auf Kliniken mit Standort Kanton Thurgau und 15 Prozent auf Kliniken in den übrigen an der rehabilitativen Versorgung der Zürcher Kantonseinwohner beteiligten Kantonen. Darin enthalten sind auch Kliniken, die sich nicht für die Zürcher Spitalliste 2012 beworben haben.

Bei Eintritt in die Rehabilitation beträgt das Durchschnittsalter der Patienten rund 66 Jahre. Es schwankt zwischen 43 Jahren (Rehaklinik Bellikon, hauptsächlich junge, unfallverletzte Patienten) und 76 Jahren (Klinik Susenberg).

Die stationären Rehabilitationsaufenthalte der Zürcher Kantonseinwohner werden zu 92 Prozent von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Die Rehaklinik Bellikon, die HELIOS Klinik Zihlschlacht und die Bethesda Klinik Tschugg weisen einen erhöhten Anteil an nicht obligatorisch krankenversicherten Patienten auf. Die Privatklinik im Park, die Klinik Barmelweid, die Klinik Gais, die Rehaklinik Hasliberg, das Berner Reha Zentrum, das Rehabilitationszentrum Seewis sowie die Berner Klinik Montana behandeln ausschliesslich obligatorisch krankenversicherte Patienten.

Durchschnittlich 41 Prozent der rehabilitationsbedürftigen Zürcher Patienten sind in der Halbprivat- bzw. Privatabteilung hospitalisiert. Die Klinik Susenberg, die Privat-Klinik im Park sowie die Rheinburg-Klinik weisen einen stark überdurchschnittlichen Anteil an Halbprivat- und Privatpatienten aus. Dagegen liegt der Anteil an Zusatzversicherten in der REHAB Basel, der Rehaklinik Bellikon, den Zürcher Höhenkliniken Davos und Wald sowie der Universitätsklinik Balgrist unter dem Durchschnitt.

Am Rehabilitationszentrum des Kinderspitals Zürich werden 43 Prozent der Pflgetage von Kindern und Jugendlichen mit Wohnsitz im Kanton Zürich beansprucht. Sie sind bei Eintritt in die Rehabilitation durchschnittlich elf Jahre alt. Lediglich 33 Prozent der stationären Rehabilitationsaufenthalte werden von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Nur zwei Prozent der Rehabilitanden sind in der Halbprivat- bzw. Privatabteilung hospitalisiert.

⁵⁰ Nach neuer Praxis ist der Kanton Graubünden Standortkanton der Zürcher Höhenklinik Davos. Dadurch vermindert sich der kantonale Eigenversorgungsgrad von bisher 37 Prozent auf neu 24 Prozent.

Versorgungsrelevanz der Rehabilitations- kliniken für die Zürcher Bevölkerung

Gemessen an den Pflgetagen des Jahres 2009
waren die einzelnen Einrichtungen nach
Leistungsgruppen wie folgt an der Deckung des
zürcherischen Versorgungsbedarfs beteiligt:

Tabelle 52 Versorgungsrelevanz der Rehabilitationskliniken für die Zürcher Bevölkerung

		Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnitts- lähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch- onkologisch	Psychosomatisch- sozialmed.	Gesamt
ZH	Zürcher Höhenklinik Wald	10%	24%	2%	38%	62%	16%		18%
	Universitätsklinik Balgrist			67%					3%
	Klinik Susenberg	3%					21%		3%
	RehaClinic Zollikerberg								
AG	RehaClinic Zurzach	19%	24%				1%		15%
	Rehaklinik Bellikon	10%	10%						7%
	RehaClinic Baden	8%							3%
	Privat-Klinik Im Park	5%	2%						3%
	aarReha Schinznach	6%							3%
	Reha Rheinfelden	2%	2%						1%
	RehaClinic ANNR		2%						
AR	Klinik Gais				21%			56%	4%
	Rheinburg-Klinik		5%						2%
BE	Rehaklinik Hasliberg								
	Berner Reha Zentrum								
	Klinik Bethesda Tschugg								
BS	REHAB Basel								
GL	RehaClinic Glarus								
	RehaClinic Braunwald							3%	
GR	Zürcher Höhenklinik Davos	11%				20%	28%	34%	9%
	Rehabilitationszentrum Seewis				23%		3%	2%	3%
SG	Klinik Valens	1%	6%						2%
	Reha-Klinik Walenstadtberg		2%						
SH	Spitäler Schaffhausen								
TG	kneipp-hof Dussnang	10%							5%
	HELIOS Klinik Zihlschlacht		18%						4%
	Klinik St. Katharinental	2%							
VS	Luzerner Höhenklinik Montana								
	Berner Klinik Montana								
ZG	Klinik Adelheid	1%					4%		
Übrige Kliniken mit ZH Patienten ohne Bewerbung		12%	1%	30%	17%	14%	23%	4%	11%
Total in %		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total abs.¹		107'655	59'271	10'915	25'004	8'455	18'028	9'524	238'852

¹ exkl. Kinder und Jugendliche

Kliniken, die pro Leistungsgruppe weniger als 1 Prozent des Zürcher Bedarfs abdecken, werden nicht dargestellt.

Die Betriebsaufnahme der RehaClinic Zollikerberg erfolgt voraussichtlich im Herbst 2011.

Für die Spitäler Schaffhausen werden in der Medizinischen Statistik des BfS keine Patienten in der Kategorie "Rehabilitation" ausgewiesen.

Je nach Leistungsgruppe schwankt der Eigenversorgungsgrad des Kantons Zürich zwischen null Prozent in der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation und 69 Prozent in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter.

Neben den Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich sind insbesondere Rehabilitationskliniken in den Kantonen Aargau, Graubünden und Thurgau für die rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung wichtig. In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden beispielsweise 49 Prozent des Zürcher Bedarfs durch Kliniken mit Standort im Kanton Aargau – mit 26 Prozent insbesondere die RehaClinic mit den Standorten Zurzach und Baden – und je elf Prozent durch Kliniken mit Standort in den Kantonen Graubünden und Thurgau abgedeckt.

Je nach Leistungsgruppe konzentrieren sich die Zürcher Patienten auf wenige Kliniken. Mit Ausnahme der breiter gestreuten muskuloskelettalen Rehabilitation decken in allen übrigen Leistungsgruppen eine bis vier Kliniken 67 bis 90 Prozent des leistungsgruppenspezifischen Bedarfs im Jahr 2009 ab. Beispielsweise werden durch die beiden Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos bereits 82% des pulmonalen Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Bevölkerung abgedeckt. Dagegen erfolgt die Deckung des leistungsgruppenspezifischen Restbedarfs durch zahlreiche Anbieter. Sie tragen in der Regel mit Marktanteilen zwischen weniger als einem Prozent und gut vier Prozent zur Bedarfsdeckung bei.

In der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird der stationäre Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonseinwohner vollständig durch das Rehabilitationszentrum des Kinderspitals Zürich gedeckt.

5 Evaluationsverfahren

In diesem Kapitel wird gezeigt, wie die an einem Listenplatz interessierten Rehabilitationskliniken für die Zürcher Spitalliste evaluiert werden.

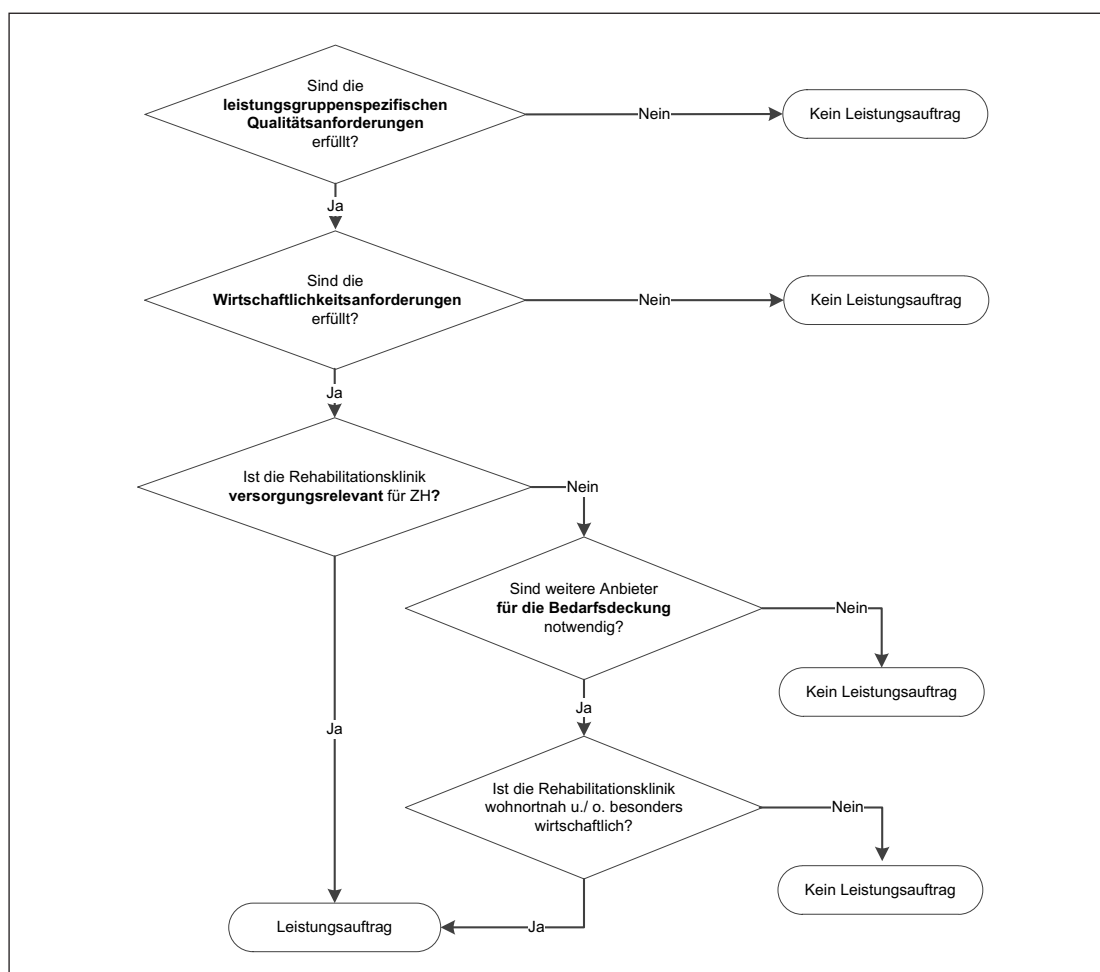
Als erstes wird bei allen Bewerbern unabhängig ihres Leistungsspektrums geprüft, ob sie die generellen Qualitätsanforderungen erfüllen. Nachfolgend wird nicht näher auf diesen Teil der Evaluation eingegangen, da alle Bewerber die generellen Qualitätsanforderungen bereits heute oder zumindest bis 2012 erfüllen.

Alle übrigen Evaluationsschritte werden für jede Leistungsgruppe einzeln vorgenommen. Im Zentrum stehen dabei die Prüfung der leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen und der Wirtschaftlichkeit. Grundsätzlich sind die Wirt-

schaftlichkeitsanforderungen von allen Bewerbern unabhängig ihres Leistungsspektrums zu erfüllen. Da der Behandlungsaufwand und die damit verbundenen Kosten jedoch je nach Leistungsgruppe erheblich variieren (vgl. Kapitel 3.1.2), werden die Kostenvergleiche für jede Leistungsgruppe einzeln vorgenommen. Ergänzend zu den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit wird berücksichtigt, ob ein Bewerber für die Deckung des Zürcher Bedarfs relevant ist und ob er zu einem wohnortnahen Zürcher Rehabilitationsangebot beiträgt.

Nachfolgend wird die Evaluation der an einem Listenplatz interessierten Bewerber für jede Leistungsgruppe einzeln dargestellt. Dabei wird pro Leistungsgruppe nach folgendem Evaluationschema vorgegangen.

Abbildung 22 Evaluationsverfahren pro Leistungsgruppe



In einem ersten Schritt wird geprüft, welche Bewerber die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen. Im zweiten Schritt werden die unwirtschaftlichen Bewerber aussortiert. Im dritten Schritt werden unter den verbleibenden Bewerbern diejenigen für die Spitalliste ausgewählt, die heute in relevantem Masse zur Bedarfsdeckung der Zürcher Bevölkerung beitragen.

Schliesslich wird geprüft, ob die Behandlungskapazität der ausgewählten Bewerber zur Deckung des künftigen stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Wohnbevölkerung ausreicht. Falls zusätzliche Kapazitäten benötigt werden, werden wohnortnahe und/oder besonders wirtschaftliche Bewerber berücksichtigt, bis der Rehabilitationsbedarf der Zürcher Wohnbevölkerung gedeckt ist.

5.1 Muskuloskelettale Rehabilitation

Die zweiundzwanzig Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 53 *Evaluation der Bewerber für muskuloskelettale Rehabilitation*

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
RehaClinic Zuzach (AG)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja	ja
kneipp-hof Dussnang (TG)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja	ja
Rehaklinik Bellikon (AG)	ja	nein	ja	nein
Reha Schinznach (AG)	ja	ja	ja	ja
Privat-Klinik im Park (AG)	ja	ja	ja	ja
RehaClinic Baden (AG)	ja	ja	ja	ja
Klinik Susenberg (ZH)	nein	nein	nein	nein
Reha Rheinfelden (AG)	ja	nein	nein	nein
Klinik St. Katharinenthal (TG)	ja	nein	nein	nein
Klinik Valens (SG)	ja	nein	nein	nein
Klinik Adelheid (ZG)	ja	nein	nein	nein
Rheinburg-Klinik (AR)	ja	nein	nein	nein
Rehaklinik Hasliberg (BE)	ja	ja	nein	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	ja	nein	nein	nein
Berner Reha Zentrum (BE)	ja	nein	nein	nein
RehaClinic Zollikerberg (ZH)	ja	ja	nein ¹	ja
Universitätsklinik Balgrist (ZH)	ja	ja	nein ¹	ja
RehaClinic Glarus (GL)	ja	ja	nein	nein
Berner Klinik Montana (VS)	ja	nein	nein	nein
Spitäler Schaffhausen (SH)	ja	nein	nein	nein

¹ Neubewerber

Mit Ausnahme der Klinik Susenberg erfüllen alle Bewerber die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen. Die Klinik Susenberg verfügt über keinen fest angestellten Facharzt mit der erforderlichen fachärztlichen Spezialisierung.

Rund die Hälfte der Bewerber erfüllt zudem die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Dazu zählen im Einzelnen die Standorte Zurzach, Baden, Glarus und Zollikerberg der RehaClinic, die aarReha Schinznach, der kneipp-hof Dussnang, die Privat-Klinik im Park, die Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos, die Rehaklinik Hasliberg sowie die Universitätsklinik Balgrist.

Von den als qualitativ und wirtschaftlich genügend beurteilten Bewerbern tragen sieben Kliniken in relevantem Masse zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinwohner bei: die RehaClinic mit den Standorten Zurzach und Baden, die Zürcher Höhenkliniken Davos und Wald, der kneipp-hof Dussnang, die Klinik aarReha Schinznach sowie die Privat-Klinik im Park.

Die für die Spitalliste ausgewählten Kliniken haben der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Bereitstellung zusätzlicher Behandlungskapazitäten zugesichert. Daneben wird die Rehaklinik Bellikon auch künftig zur Bedarfsdeckung in der muskuloskelettalen Rehabilitation beitragen, da sie weiterhin Zürcher Unfall-Patienten behandeln wird. Allerdings ist auch unter Einbezug dieser Gesichtspunkte unsicher, ob der für das Jahr 2020 prognostizierte muskuloskelettale Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonseinwohner gedeckt werden kann. Aus diesem Grund werden zusätzlich die beiden Neubewerber Universitätsklinik Balgrist und RehaClinic Zollikerberg in die Zürcher Spitalliste aufgenommen. Diese beiden Kliniken erfüllen die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen und werden dank ihrer Wohnortnähe anderen Bewerbern vorgezogen.

5.2 Neurologische Rehabilitation

Die vierzehn Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der neurologischen Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 54 *Evaluation der Bewerber für neurologische Rehabilitation*

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
RehaClinic Zurzach (AG)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja	ja
HELIOS Klinik Zihlschlacht (TG)	ja	ja	ja	ja
Rehaklinik Bellikon (AG)	ja	nein	ja	nein
Klinik Valens (SG)	ja	ja	ja	ja
Rheinburg-Klinik (AR)	ja	ja	ja	ja
Reha Rheinfelden (AG)	ja	ja	nein	nein
Reha-Klinik Walenstadtberg (SG)	ja	ja	nein	nein
Privat-Klinik im Park (AG)	ja	ja	nein	nein
REHAB Basel (BS)	ja	nein	nein	nein
Berner Klinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
Klinik Adelheid (ZG)	ja	ja	nein	nein
Klinik Bethesda Tschugg (BE)	ja	ja	nein	nein
Spitäler Schaffhausen (SH)	ja	ja	nein	nein

Alle Bewerber erfüllen die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen bereits heute oder zumindest ab 2012. Auch bei einem Vergleich der Kosten schneiden die meisten Bewerber gut oder zumindest genügend ab. Lediglich die Kosten der Kliniken Bellikon und REHAB Basel übersteigen die Kosten der Zürcher Referenzklinik deutlich. Eine Erklärung für die hohen Kosten der Klinik Bellikon könnte der besondere Patientenmix sein, da dort vor allem Unfall-Patienten behandelt werden, die zum Teil besonders aufwendige Behandlungen erfordern. Allerdings ist grundsätzlich infrage zu stellen, ob die Klinik Bellikon in einer Spitalplanung nach KVG berücksichtigt werden soll, da lediglich rund 10 Prozent der Behandlungen von der Krankenversicherung bezahlt werden.

Von den als qualitativ und wirtschaftlich genügend beurteilten Bewerbern tragen fünf Kliniken in relevantem Mass zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonsbewohner bei: die RehaClinic Zurzach, die Zürcher Höhenklinik Wald, die HELIOS Klinik Zihlschlacht, die Klinik Valens und die Rheinburg-Klinik.

Die für einen Spitallistenplatz ausgewählten Rehabilitationskliniken haben teilweise die Ausschöpfung vorhandener und die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonsbewohner in Aussicht gestellt. Daneben wird die Rehaklinik Bellikon auch künftig Zürcher Unfall-Patienten neurorehabilitativ versorgen. Damit kann der neurologische Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonsbewohner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

5.3 Rehabilitation Querschnittsgelähmter

Die drei Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der Rehabilitation Querschnittsgelähmter werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 55 *Evaluation der Bewerber für die Rehabilitation Querschnittsgelähmter*

	Qualitäts- anforderungen	Wirtschaft- lichkeit	Versorgungs- relevanz	Leistungsauftrag
Universitätsklinik Balgrist (ZH)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	nein	ja	nein	nein
REHAB Basel (BS)	ja	ja	nein	nein

Mit Ausnahme der Zürcher Höhenklinik Wald erfüllen alle Bewerber die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen. Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter erfolgt an der Zürcher Höhenklinik Wald wenig spezifisch im Rahmen der Neurorehabilitation. Die Zürcher Höhenklinik Wald verfügt deshalb nicht über die notwendige Dotation an Pflegefachkräften mit Erfahrung in der Dekubitusbehandlung und -prävention sowie im Blasen- und Darmmanagement. Zudem ist kein Orthopädietechniker im Haus verfügbar und im Therapiebereich kann das Blasen- und Darmmanagement sowie die Sexualtherapie nicht angeboten werden. Die Wirtschaftlichkeitsanforderungen werden hingegen von allen Bewerbern erfüllt.

Von den als qualitativ und wirtschaftlich genügend beurteilten Bewerbern trägt lediglich das Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist in relevantem Mass zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinwohner bei.

Das Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist hat die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonseinwohner in Aussicht gestellt. Damit kann der Rehabilitationsbedarf querschnittsgelähmter Zürcher Kantonseinwohner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

5.4 Kardiovaskuläre Rehabilitation

Die neun Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der kardiovaskulären Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 56 Evaluation der Bewerber für kardiovaskuläre Rehabilitation

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja	ja
Rehabilitationszentrum Seewis (GR)	ja	ja	ja	ja
Klinik Gais (AR)	ja	ja	ja	ja
Rehaklinik Hasliberg (BE)	ja	ja	nein	nein
Berner Reha Zentrum (BE)	ja	ja	nein	nein
Klinik Barmelweid (AG)	ja	nein	nein	nein
RehaClinic Zuzach (AG)	(ja) ¹	ja	nein	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	nein	ja	nein	nein
RehaClinic Baden (AG)	(ja) ¹	ja	nein	nein

¹ eingeschränktes Leistungsspektrum

Die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen alle Bewerber mit Ausnahme der Luzerner Höhenklinik Montana. Die Luzerner Höhenklinik Montana verfügt über keinen fest angestellten Facharzt «Kardiologie». Die beiden Standorte der RehaClinic in Zuzach und Baden erfüllen zwar die leistungsspezifischen Anforderungen, sie decken jedoch das Leistungsspektrum der kardiovaskulären Rehabilitation nur teilweise ab, da sie lediglich über ein auf die angiologische Rehabilitation (Krankheiten der Arterien, Venen und Lymphgefäße) beschränktes Leistungsangebot verfügen.

Mit Ausnahme der Klinik Barmelweid erfüllen alle Bewerber die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Dazu zählen im Einzelnen die Klinik Gais, das Rehabilitationszentrum Seewis, die Rehaklinik Hasliberg, die Zürcher Höhenklinik Wald, das Berner Reha Zentrum, die Luzerner Höhenklinik Montana sowie die Standorte Zuzach und Baden der RehaClinic.

Von den als qualitativ und wirtschaftlich genügend beurteilten Bewerbern tragen drei Kliniken in relevantem Mass zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinschöner bei: die Zürcher Höhenklinik Wald, das Rehabilitationszentrum Seewis sowie die Klinik Gais.

Diese drei Rehabilitationskliniken haben teilweise die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonseinschöner in Aussicht gestellt. Damit kann der kardiovaskuläre Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonseinschöner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

5.5 Pulmonale Rehabilitation

Die sechs Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der pulmonalen Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 57 *Evaluation der Bewerber für pulmonale Rehabilitation*

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja	ja
Berner Reha Zentrum (BE)	ja	ja	nein	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
Klinik Barmelweid (AG)	ja	ja	nein	nein
Reha-Klinik Walenstadtberg (SG)	ja	ja	nein	nein

Alle Bewerber erfüllen sowohl die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen als auch die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Allerdings tragen lediglich zwei Kliniken in relevantem Masse zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinwohner bei: die Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos.

Beide Zürcher Höhenkliniken haben die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonseinwohner in Aussicht gestellt. Damit kann der pulmonale Rehabilitationsbedarf⁵¹ der Zürcher Kantonseinwohner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

⁵¹ Um den Bedarf der Zürcher Bevölkerung im Übergangsbereich zwischen pulmonaler Rehabilitation und akutsomatischer pneumologischer Versorgung zu decken, wird der Leistungsauftrag der beiden Zürcher Höhenkliniken für pulmonale Rehabilitation mit einzelnen akutsomatischen Behandlungen der Pneumologie ergänzt. Dabei steht die Behandlung von Atemwegserkrankungen, respiratorischen Schlafstörungen und Tuberkulosen im Vordergrund.

5.6 Internistisch-onkologische Rehabilitation

Die zwölf Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 58 Evaluation der Bewerber für internistisch-onkologische Rehabilitation

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja	ja
Klinik Susenberg (ZH)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja	ja
Klinik Adelheid (ZG)	ja	ja	nein	nein
RehaClinic Zurzach (AG)	ja	ja	nein	nein
Klinik Valens (SG)	ja	ja	nein	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
Reha-Klinik Walenstadtberg (SG)	ja	ja	nein	nein
Berner Klinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
Klinik St. Katharinenthal (TG)	ja	ja	nein	nein
RehaClinic Braunwald (GL)	ja	ja	nein	nein
Reha Rheinfelden (AG)	ja	ja	nein	nein

Alle Bewerber erfüllen sowohl die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen als auch die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Davon tragen jedoch lediglich drei Kliniken in relevantem Mass zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinwohner bei: die Zürcher Höhenkliniken Davos und Wald sowie die Klinik Susenberg.

Die für einen Spitallistenplatz ausgewählten Rehabilitationskliniken haben teilweise die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonseinwohner in Aussicht gestellt. Damit kann der internistisch-onkologische Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonseinwohner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

5.7 Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

Die dreizehn Bewerber für einen Listenplatz im Bereich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 59 Evaluation der Bewerber für psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

	Qualitätsanforderungen	Wirtschaftlichkeit	Versorgungsrelevanz	Leistungsauftrag
Klinik Gais (AR)	ja	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja	ja
RehaClinic Braunwald (GL)	ja	ja	nein	nein
RehaClinic Zuzach (AG)	ja	nein	nein	nein
Rehabilitationszentrum Seewis (GR)	nein	ja	nein	nein
Klinik St. Katharinenthal (TG)	ja	ja	nein	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
kneipp-hof Dussnang (TG)	(ja) ¹	ja	nein	nein
Berner Klinik Montana (VS)	ja	ja	nein	nein
Klinik Barmelweid (AG)	ja	nein	nein	nein
Reha Rheinfelden (AG)	ja	nein	nein	nein
Rehaklinik Hasliberg (BE)	(ja) ²	nein	nein	nein
Klinik Valens (SG)	ja	nein	nein	nein

¹ Programm im Aufbau

² eingeschränktes Leistungsspektrum

Fast alle Bewerber erfüllen die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen. Das psychosomatisch-sozialmedizinische Angebot des Rehabilitationszentrums Seewis wird lediglich konsiliarisch durch den psychiatrischen Dienst des Kantons Graubünden abgedeckt. Es verfügt somit nicht über die geforderte fest angestellte Leitung. Zudem ist die Stelle des Kaderarztes «Psychosomatik» nicht besetzt. Bezüglich des kneipp-hof Dussnang ist derzeit noch unklar, ob die fachärztliche Qualifikation der Kaderärzte bis 2012 erfüllt sein wird, da sich das psychosomatisch-sozialmedizinische Angebot noch im Aufbau befindet. Die Rehaklinik Hasliberg erfüllt zwar alle leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen; sie deckt jedoch das Leistungsspektrum der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation nur teilweise ab, da sich ihr Leistungsspektrum auf die Behandlung des Burnout-Syndroms beschränkt.

Rund zwei Drittel der Bewerber erfüllen zudem die Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Dazu zählen im Einzelnen: die Klinik Gais, die Zürcher

Höhenklinik Davos, die RehaClinic Braunwald, das Rehabilitationszentrum Seewis, die Klinik St. Katharinenthal, die Berner Klinik Montana, die Luzerner Höhenklinik Montana und der kneipp-hof Dussnang.

Von den als qualitativ und wirtschaftlich genügend beurteilten Bewerbern tragen lediglich zwei Kliniken in relevantem Mass zur Deckung des stationären Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantonseinwohner bei: die Klinik Gais und die Zürcher Höhenklinik Davos.

Die Klinik Gais und die Zürcher Höhenklinik Davos haben die Ausschöpfung vorhandener bzw. die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für Zürcher Kantonseinwohner in Aussicht gestellt. Damit kann der psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitationsbedarf der Zürcher Kantonseinwohner auch unter Berücksichtigung der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung gedeckt werden.

5.8 Frührehabilitation

Die Frührehabilitation ist der weiterführenden Rehabilitation zeitlich vorgelagert. Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen sowie zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Rehabilitationsprozesses werden Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich der Frührehabilitation nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag (z.B. neurologische, kardiovaskuläre Rehabilitation) erteilt.

Die dreizehn Bewerber für einen Leistungsauftrag im Bereich der Frührehabilitation Erwachsener werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 60 *Evaluation der Bewerber für Frührehabilitation Erwachsener*

	Leistungsauftrag weiterführende Rehabilitation	Qualitätsanforderungen	Leistungsauftrag Frührehabilitation
Zürcher Höhenklinik Wald (ZH)	ja	ja	ja
Universitätsklinik Balgrist (ZH)	ja	ja	ja
RehaClinic ANNR (AG)	ja ¹	ja	ja
Rehabilitationszentrum Seewis (GR)	ja	ja	ja
Zürcher Höhenklinik Davos (GR)	ja	ja	ja
Klinik Valens (SG)	ja	ja	ja
HELIOS Klinik Zihlschlacht (TG)	ja	ja	ja
Rheinburg-Klinik (AR)	ja	ja	ja
Klinik Gais (AR)	ja	ja	ja
REHAB Basel (BS)	nein	ja	nein
Reha Rheinfelden (AG)	nein	ja	nein
Luzerner Höhenklinik Montana (VS)	nein	ja	nein
Rehaklinik Bellikon (AG)	nein	ja	nein

¹ In Zusammenarbeit mit den Standorten Baden und Zuzach der RehaClinic

Rund zwei Drittel der dreizehn Bewerber für einen Leistungsauftrag Frührehabilitation werden künftig einen Leistungsauftrag in einer oder mehreren organspezifischen Leistungsgruppen erhalten und kommen damit für einen Leistungsauftrag Frührehabilitation infrage. Im Einzelnen zählen dazu die Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos, die Universitätsklinik Balgrist, die HELIOS Klinik Zihlschlacht, die Klinik Valens, die Rheinburg-Klinik, die Klinik Gais, das Rehabilitationszentrum

Seewis sowie die von der RehaClinic am Kantonsspital Baden betriebene Frührehabilitationsabteilung (ANNR).

Diese Kliniken erfüllen zudem die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen der Frührehabilitation. Aufgrund der unterschiedlich aufwendigen Patienten je nach fachlicher Ausrichtung der Frührehabilitation kann jedoch kein sinnvoller Kostenvergleich durchgeführt werden.

Auch die Versorgungsrelevanz der Rehabilitationskliniken kann nicht beurteilt werden, da die Frührehabilitationspatienten bisher nicht überall separat erfasst wurden.

Angesichts der beschränkten Datengrundlagen der Rehabilitation lassen sich derzeit trotz klar definierter Eingangskriterien für die Leistungsgruppe Frührehabilitation keine genauen Bedarfsrichtwerte für die Indikation zur Frührehabilitation ermitteln. Zudem kann die Frührehabilitation je nach Schweregrad des Störungsbildes einen Aufenthalt von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten erfordern. Trotz dieser Unsicherheiten kann davon ausgegangen werden, dass die frührehabilitative Versorgung der Zürcher Kantoneinwohner durch die beauftragten Kliniken gewährleistet werden kann.

5.9 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Einzig das Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis des Kinderspitals Zürich hat sich für die Leistungsgruppen der Kinder-Rehabilitation beworben. Es erfüllt die notwendigen generellen und leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen jedoch nur teilweise. Im Einzelnen werden bei den generellen Qualitätsanforderungen die notwendigen Anforderungen an die Anwendung eines anerkannten Qualitätsmodells sowie die Durchführung von Qualitätsmessungen und Zuweiserbefragungen und bei den leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen die notwendigen Anforderungen an den Notfalldienst nicht erfüllt. Aufgrund der Monopolstellung des Kinder-Rehabilitationszentrums ist zudem ein direkter Wirtschaftlichkeitsvergleich nicht möglich.

Da das Kinder-Rehabilitationszentrum in hohem Mass zur Deckung des stationären pädiatrischen Rehabilitationsbedarfs der Zürcher Kantoneinwohner beiträgt und kein alternativer Leistungserbringer zur Verfügung steht, wird dem Kinder-Rehabilitationszentrum trotz der derzeit nicht erfüllten Qualitätsanforderungen ein Leistungsauftrag für die neurologische (inkl. neuro-orthopädische), die allgemeine pädiatrische Rehabilitation sowie die Frührehabilitation erteilt. Dieser Leistungsauftrag wird jedoch mit der Auflage versehen, die geforderten Qualitätsanforderungen innerhalb der nächsten zwei Jahre zu erfüllen.

6 Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation

Gemäss Art. 58e Ziff. 1 bis 3 KVV sind die für die Sicherung der stationären rehabilitativen Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendigen innerkantonalen und ausserkantonalen Einrichtungen auf der als integrale Liste konzipierten Spitalliste aufzuführen. Sie umfasst demzufolge alle Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Vergütungsanspruch gegenüber Versicherern und Kanton. Vertragsspitäler und Ausstandsspitäler sind nicht

Gegenstand der kantonalen Spitalliste. Zudem wird für jeden Leistungserbringer das nach vordefinierten rehabilitativen Leistungsgruppen gegliederte Leistungsspektrum aufgeführt.

Als Ergebnis der nach KVG-Kriterien durchgeführten Evaluation (vgl. Kap. 5) wird folgenden innerkantonalen und ausserkantonalen Rehabilitationseinrichtungen ein Leistungsauftrag mit folgendem Leistungsspektrum erteilt (vgl. Tabelle 61):

Tabelle 61 Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation

Bezeichnung Leistungserbringer (Rechtsträger)	Erwachsene							Kinder und Jugendliche		Frührehabilitation ¹
	Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnittslähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch-onkologisch	Psychosomatisch-sozialmedizinisch	Neurologisch inkl. Neuro-orthopädisch	Allgemein pädiatrisch	
ZH Zürcher Höhenklinik Wald (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)					2					
Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)										
Klinik Susenberg (Stiftung Klinik Susenberg)										
RehaClinic Zollikerberg (RehaClinic Zürich AG)										
Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)										
AG RehaClinic Zurzach (RehaClinic AG)										
RehaClinic Baden (RehaClinic AG)										
Privat-Klinik im Park (Privat-Klinik im Park AG)										
aarReha Schinznach (Stiftung aarReha)										
RehaClinic ANNR (RehaClinic AG)										
AR Klinik Gais (Klinik Gais AG)										
Rheinburg-Klinik (Rheinburg-Klinik AG)										
GR Zürcher Höhenklinik Davos (Stiftung Zürcher Höhenkliniken Wald und Clavadel)					2					
Rehabilitationszentrum Seewis (Kurbetrieb Seewis AG)										
SG Klinik Valens (Stiftung Klinik Valens)										
TG kneipp-hof Dussnang (kneipp-hof Dussnang AG)										
HELIOS Klinik Zihlschlacht (Helios Klinik Zihlschlacht AG)										

 unbefristeter Leistungsauftrag

 auf zwei Jahre befristeter Leistungsauftrag bis 31. Dezember 2013

¹ Nur in Verbindung mit und beschränkt auf den jeweiligen Leistungsauftrag in weiterführender organspezifischer Rehabilitation.

² Der Leistungsauftrag «Pulmonale Rehabilitation» der Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos wird mit einzelnen akutmedizinischen Behandlungen der Pneumologie ergänzt. Im Vordergrund steht die Behandlung von Atemwegserkrankungen, respiratorischen Schlafstörungen und Tuberkulosen.

Die vorliegende Zürcher Spitalliste 2012 verfeinert und präzisiert die Definition der bisherigen Leistungsgruppen und nimmt – unter Berücksichtigung des wachsenden Bedarfs an einer möglichst früh einsetzenden, kombinierten akut- und rehabilitationsmedizinischen Behandlung – eine Erweiterung um die Leistungsgruppe «Frührehabilitation» vor.

Zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Versorgung werden die Leistungsaufträge in den einzelnen Leistungsgruppen auf wenige für die Zürcher Bevölkerung versorgungsrelevante Leistungserbringer konzentriert. Mit wenigen Ausnahmen werden auch künftig die bis anhin mit einem Leistungsauftrag betrauten Rehabilitationskliniken auf der Spitalliste «Rehabilitation» geführt. In der neurologischen Rehabilitation werden die bisherigen Leistungsaufträge der Rehaklinik Bellikon und der Rehaklinik Rheinfelden sowie im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation die bisherigen Leistungsaufträge der Klinik Susenberg, der Rehaklinik Bellikon und der Klinik Valens nicht mehr erneuert. Hingegen werden neu die Universitätsklinik Balgrist, der Standort Zollikerberg der RehaClinic, der Kneipp-hof Dussnang und die Privat-Klinik im Park einen Leistungsauftrag in muskuloskelettaler Rehabilitation erhalten. Im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation sind neben der Zürcher Höhenklinik Davos künftig auch die Klinik Susenberg und die Zürcher Höhenklinik Wald als Listenspitäler beauftragt. Mit der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation wird neben der Zürcher Höhenklinik Davos neu auch die Klinik Gais beauftragt. Zusätzlich erhalten neun Kliniken erstmals einen expliziten Leistungsauftrag in Frührehabilitation.

Grundsätzlich erfolgt die Erteilung rehabilitativer Leistungsaufträge unbefristet. In folgenden Fällen wird die Erteilung des Leistungsauftrages jedoch auf zwei Jahre befristet:

- Im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation haben sich die Universitätsklinik Balgrist sowie der Standort Zollikerberg der RehaClinic erstmals für die Erteilung eines Leistungsauftrages beworben. Damit steht

die endgültige Evaluation von Qualität und Wirtschaftlichkeit der beiden Kliniken noch aus.

- Das Rehabilitationszentrum des Kinderspitals Zürich erhält aufgrund seiner zentralen Stellung trotz der derzeit nicht vollständig erfüllten Qualitätsanforderungen ebenfalls einen befristeten Leistungsauftrag.
- Aufgrund der derzeit noch bestehenden definitorischen und tariflichen Unsicherheiten werden im Bereich der Frührehabilitation nur befristete Leistungsaufträge erteilt.

Die ab 2012 geltende Spitalwahlfreiheit wird in der Rehabilitation mit ihren grossen interkantonalen Patientenströmen eine wesentliche Rolle spielen. Gemäss revidiertem KVG (Art. 41 Abs. 1 bis KVG) können OKP-Versicherte künftig für die stationäre akutmedizinische und rehabilitative Behandlung schweizweit unter den Listenspitälern wählen. Listenspitäler sind entweder auf der Spitalliste des Wohnortkantons oder des Standortkantons aufgeführte Spitäler. Zürcher Kantonseinwohner sind bei der Auswahl der Rehabilitationskliniken somit nicht mehr an die in der Zürcher Spitalliste «Rehabilitation» aufgeführten Rehabilitationskliniken gebunden, sondern können grundsätzlich frei unter den Rehabilitationskliniken wählen, die in den Spitallisten ihres Standortkantons aufgeführt sind. Die Zürcher Patienten bzw. deren Zusatzversicherungen müssen im Gegensatz zur heutigen Praxis lediglich noch allfällige Mehrkosten gegenüber einer Behandlung in den Zürcher Listen-Rehabilitationskliniken bezahlen.

Diese gesetzliche Regelung führt dazu, dass der Kanton Zürich in Zukunft sämtliche ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern mitfinanzieren muss, was in der Rehabilitation zu jährlichen Mehrkosten von rund 60 Millionen Franken führen dürfte.

Die neue Spitalwahlfreiheit erklärt wahrscheinlich auch, weshalb verschiedene von Zürcher Kantonseinwohnern bis anhin häufig gewählte ausserkantonale Rehabilitationskliniken keine Bewerbung für einen Platz auf der Zürcher Spital-

liste eingereicht haben. Diese Kliniken rechnen wohl damit, dass sich Zürcher Patienten dank der künftig geltenden Spitalwahlfreiheit auch ohne Zürcher Spitalistenplatz weiterhin bei ihnen behandeln lassen werden.

Die Spitalwahlfreiheit könnte zudem zu vermehrten interkantonalen Patientenströmen führen, die kaum prognostizier- und steuerbar sind. Eine exakt auf den innerkantonalen Bedarf ausgerichtete kantonale Rehabilitationsplanung ist deshalb nur näherungsweise möglich. Dies gilt insbesondere im Fall des Kantons Zürich, wo derzeit rund 75 Prozent der Rehabilitationsaufenthalte in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken stattfinden.

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass der Bedarf der Zürcher Bevölkerung an stationärer rehabilitativer Versorgung auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung mit den Leistungsaufträgen der Zürcher Spitalliste «Rehabilitation» gedeckt ist.

Anhänge zur Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation

Die Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation wird durch folgende Anhänge ergänzt:

- Definition der Leistungsgruppen;
- Liste der Anforderungen pro Leistungsgruppe;
- Spezifikation der Leistungsaufträge: Beschrieb der mit den Leistungsaufträgen verbundenen Auflagen und Pflichten sowie der Kündigungsmodalitäten.

Die Anhänge sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich aufgeführt:
<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

D Ausblick



Die nächsten Schritte im Verfahren der Spitalplanung 2012 sind wie folgt vorgesehen:

1 Vernehmlassungsverfahren und Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2012

Der vorliegende Strukturbericht wird bis Ende Juli 2011 in eine breite Vernehmlassung gegeben. Allfällige Rückmeldungen werden sorgfältig analysiert und stichhaltige Einwände soweit nötig mit den betroffenen Kreisen diskutiert. Je nach Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens wird der Strukturbericht ergänzt und aufdatiert. Auf der Basis des überarbeiteten Strukturberichts wird der Regierungsrat voraussichtlich im Oktober 2011 die Zürcher Spitalliste 2012 festsetzen.

Die neue Spitalliste 2012 wird ab 1. Januar 2012 gelten und berechtigt die in ihr aufgeführten Listenspitäler, im Umfang der erteilten Leistungsaufträge zulasten der Grundversicherung tätig zu sein. Mit der Festsetzung der neuen Spitalliste 2012 wird die bisherige Zürcher Spitalliste 2001 mit den Abschnitten A und B per 31. Dezember 2011 integral aufgehoben.

Übergangsrechtlich ist Folgendes zu beachten:

Soweit bisherige Leistungserbringer der Zürcher Spitalliste 2001, Abschnitt A mit kantonalem Leistungsauftrag, nicht mehr oder nicht im bisherigen Umfang auf die Spitalliste 2012 aufgenommen werden, wird ihnen eine Anpassungsfrist von 6 Monaten ab Publikation im kantonalen Amtsblatt eingeräumt werden. Während der Anpassungsfrist dürfen diese Leistungserbringer im Umfang des bisherigen Leistungsauftrags weiterhin zulasten der Grundversicherung tätig bleiben.

Bisherige B-Listenspitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag, die lediglich auf der Zürcher Spitalliste 2001, Abschnitt B, aufgeführt und zur Behandlung von zusatzversicherten Patienten zugelassen waren und die gemäss der neuen Spitalliste 2012 keinen Leistungsauftrag erhalten, werden ab 1. Januar 2012 nicht mehr berechtigt

sein, den Sockelbeitrag für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zulasten der Grundversicherung abzurechnen. Die bisherigen B-Listenspitäler sind nach dem revidierten KVG (Art. 49a Abs. 4 KVG) künftig als Spitäler zu betrachten, mit denen die Versicherer ab 1. Januar 2012 Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen können. B-Listenspitälern kann daher keine Anpassungsfrist eingeräumt werden.

Im Übrigen wird allfälligen Beschwerden gegen den Festsetzungsbeschluss die aufschiebende Wirkung entzogen. Davon ausgenommen sind Beschwerden von bisherigen Leistungserbringern der Zürcher Spitalliste 2001, Abschnitt A, denen aufschiebende Wirkung insoweit zukommt, als diese Leistungserbringer im beschwerdeweise beantragten Umfang zulasten der OKP zugelassen bleiben, soweit sie dafür bereits bisher über einen Leistungsauftrag verfügten.

Bisherige B-Listenspitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag werden ab 1. Januar 2012 auch für die Dauer eines Rechtsmittelverfahrens nicht mehr berechtigt sein, den bisherigen Sockelbeitrag für Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zulasten der OKP abzurechnen. Davon ausgenommen sind solche Spitäler, die im Sinne von Art. 49a Abs. 4 KVG einen Vertrag mit den Krankenversicherern abgeschlossen haben. Solche Vertragsspitäler werden einen Beitrag aus der OKP erhalten.

2 Controlling der Leistungsaufträge

Die Gesundheitsdirektion wird die mit der Zürcher Spitalliste 2012 vergebenen Leistungsaufträge anhand der von den Spitälern geführten Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik überprüfen. Weist ein Spital in Leistungsgruppen ohne Leistungsauftrag Fallzahlen auf, so werden diese von der Gesundheitsdirektion analysiert. Begründete Einzelfälle wie z.B. dringende Notfälle, Palliativsituationen mit Verzicht des Patienten auf eine kurative Therapie oder die stationäre Abklärung unklarer polymorbider Fällen werden dabei berücksichtigt.

Zudem wird die Gesundheitsdirektion befristete Leistungsaufträge vor ihrem Ablauf überprüfen und entscheiden, ob ein befristeter Leistungsauftrag nach wie vor gerechtfertigt ist bzw. ob ein unbefristeter Leistungsauftrag vergeben werden kann.

Aufgrund ihrer Leistungspflicht haben die Leistungserbringer die Pflicht, die Gesundheitsdirektion zu informieren, wenn sie eine Anforderung nicht mehr erfüllen können, z.B. infolge eines Abganges eines bestimmten Facharztes. Die Einhaltung der generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen wird von der Gesundheitsdirektion stichprobenweise bzw. bei Missbrauchsverdacht überprüft. Im Übrigen ist gemäss dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vorgesehen, dass die Gesundheitsdirektion eine Stelle bezeichnet, bei der allfällige Verletzungen der Aufnahmepflicht gemeldet werden können.

3 Spitalplanung als rollende Planung

Für die Zürcher Spitalliste 2012 sowie die Spitalplanung gilt das Prinzip der «rollenden Planung». Die Gesundheitsdirektion wird in periodischen Abständen die Spitalplanung aktualisieren und die Spitalliste bzw. die individuellen Leistungsaufträge vollständig überprüfen. Zusätzlich wird sie die akutsomatischen und rehabilitativen Leistungsgruppen periodisch überprüfen und soweit nötig den verschiedenen Entwicklungen in der Medizin, in den medizinischen Klassifikationssystemen wie CHOP, ICD und ICF, in den Tarifsystemen sowie in der Kodierpraxis anpassen.

Im Bereich der neuen Spitalplanung soll bewusst vorsichtig und zurückhaltend geplant werden, da den Spitälern möglichst viel unternehmerische Freiheit gewährt werden will. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass sich unter der neuen Spitalfinanzierung gewisse Strukturbereinigungen von selbst ergeben werden. Zeigen doch Erfahrungen im Ausland, dass sich die Spitäler unter dem Einfluss der Fallpauschalen vermehrt spezialisieren und auf ihre Stärken konzentrieren.

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens haben einzelne Spitäler bereits die Chance genutzt, ihr Angebot zu fokussieren. Zudem haben die geplanten Mindestfallzahlen in einzelnen Bereichen bereits zu einer Konzentration geführt. Für eine weitergehende Stärkung des Zürcher Spitalplatzes sollten sich die Akteure in Zukunft noch vermehrt auf ihre Stärken konzentrieren. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob sich die Zürcher Spitallandschaft unter den neuen Rahmenbedingungen wie gewünscht in diese Richtung weiterentwickeln wird. Die Gesundheitsdirektion wird diesen Prozess beobachten und, falls notwendig, bei der nächsten Aktualisierung der Spitalplanung die erforderlichen Korrekturen in die Wege leiten.

Parallel dazu wird die Gesundheitsdirektion in den nächsten Jahren die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen analysieren. Im Falle von positiven Erfahrungen ist geplant, die bestehenden Mindestfallzahlen teilweise zu erhöhen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen zu prüfen. Auf jeden Fall werden in Zukunft die Fallzahlen aller Leistungserbringer regelmässig publiziert, um die Transparenz für die Patienten und Zuweiser zu verbessern.

E Anhang



1 Zuteilung zu den Wohnregionen

Untenstehende Abbildung zeigt, welche Gemeinde welcher Wohnregion zugeteilt ist.

Abbildung 23: Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen



2 Methodik Prognose Einflussfaktoren

Wie bereits im Kapitel B2.1.2.3 erwähnt, wird nachfolgend das methodische Vorgehen von den einzelnen Einflussfaktoren detailliert erläutert. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Vorgehensweise zu geben und diese argumentativ zu begründen.

2.1 Demografie

Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf den Bevölkerungserhebungen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich für die Jahre 2000 bis 2009 sowie dessen Zürcher Prognosemodell mit dem aktuellen Prognoselauf vom November 2010. Dabei wird auf den zivilrechtlichen Wohnsitzbegriff, exklusive Wochen- und Kurzaufenthalter, abgestellt.

Das Statistische Amt des Kantons Zürich verwendet für die Bevölkerungsprognose die Prognosesoftware SIKURS des deutschen KOSIS. Dem Programmsystem liegt ein deterministischer Ansatz zugrunde, das heisst, ein vorgegebener Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wird durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen jährlich fortgeschrieben. Für die Prognose mussten Annahmen zu folgenden Einflussfaktoren getroffen werden:

- Geburten- und Sterberaten
- Zu- und Wegwanderungen (Aussen- und Binnenwanderungen)
- Neubautätigkeit
- Einbürgerungen

Dabei beschränkte sich das Statistische Amt des Kantons Zürich auf das Szenario «Trend», das heisst, es führt die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht fort. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrschein-

lichste künftige Entwicklung beschreibt. Weitere Informationen sind im Internet⁵² abrufbar.

Für die Spitalplanung interessiert vor allem die generelle Entwicklung der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich und überdies die besondere Entwicklung unter Berücksichtigung des Alters und der Wohnregionen.

2.2 Medizintechnische Entwicklung

Die medizintechnische Entwicklung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer. Doch welche medizintechnischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 sind für die akutsomatische Spitalplanung relevant?

Als Medizintechnik wurden bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik definiert.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF BE) und die Gesundheitsdirektion Zürich (GD Zürich) haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften gemeinsam beauftragt, den Einfluss der Entwicklung der Medizintechnik für die Bedarfsprognose im Hinblick auf die stationäre Spitalplanung der somatischen Akutversorgung für die Kantone Bern und Zürich in einem Gutachten zu erarbeiten. Das vollständige Expertengutachten des WIG ist im Internet⁵³ abrufbar.

⁵² <http://www.statistik.zh.ch>

⁵³ <http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

Das WIG wählte ein mehrstufiges Vorgehen:

- (1) Initiale Befragung von Experten aus medizinischen Schlüsselfeldern zur Grobsondierung wichtiger medizintechnologischer Entwicklungen.
- (2) Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen und in Berichten von Health-Technology-Assessment-Agenturen und Netzwerken zur Technologiebewertung. Eingeschlossene Studien/Berichte mussten Prognosen mit quantitativen (ersatzweise qualitativen) Angaben zur Leistungsmenge von medizintechnischen Massnahmen enthalten, welche einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden konnten. Reine Evidenzberichte (zum Beispiel zur Wirksamkeit von Massnahmen) ohne Angabe von quantitativen Prognosen zu Leistungsmengen wurden nicht berücksichtigt.
- (3) Strukturierte schriftliche Expertenbefragung: 53 Fachexperten (mehrheitlich medizinische Professoren aus den Universitätsspitalern Bern und Zürich) wurde ein Fragebogen zugesandt. Der Fragebogen fokussierte auf die erwarteten medizintechnischen Entwicklungen und Leistungsmengen im jeweiligen Fachgebiet.

Bei der Literatursuche wurden von insgesamt 1'627 Studien entsprechend den Einschlusskriterien 27 Studien ausgewertet. Daraus wurden 34 Prognosen zu Leistungsmengen verschiedener Medizintechniken (17/34 [50%] quantitative Prognosen; 17/34 [50%] qualitative Prognosen) extrahiert.

Aus der schriftlichen Expertenbefragung wurden 27 Prognosen zu Leistungsmengen für verschiedene Technologien extrahiert. Die Experten definierten für alle von ihnen aufgelisteten Medizintechniken eine geschätzte prognostizierte Leistungsmenge.

Eine Gegenüberstellung der Prognosen aus wissenschaftlicher Literatur und Berichten der Health-Technology-Assessment-Agenturen mit den Aussagen der klinischen Experten aus der Schweiz zeigte Folgendes: Die von den Experten angegebenen Brennpunkte der medizintechnischen Ent-

wicklung wurden von den gefundenen Daten aus der Literatur mehrheitlich abgedeckt. Hinsichtlich der gemachten Prognosen gibt es eine grobe Übereinstimmung zwischen Experten und Literatur.

Die Literatur- und Expertenangaben wurden zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie interpretiert und als Prognosefaktor für die Fallzahlen einzelner DRG berechnet. Wo unterschiedliche Angaben zu finden waren, wurde zusätzlich eine minimale und eine maximale Variante festgelegt. Die Berechnungen basierten auf den Zürcher Daten 2007. Schliesslich wurden die Prognosefaktoren für die medizintechnische Entwicklung ins Prognosemodell einberechnet (vgl. Kapitel B2.1.2.2).

Anders als bei Evidenzberichten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten von innovativen medizintechnischen Entwicklungen, die für viele Bereiche vorliegen, gibt es wenig publizierte Daten zu zukünftigen Leistungsmengen.

Die Prognose der Entwicklung der Medizintechnik beruht deshalb auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen. Das heisst auch, dass in diversen Leistungsbereichen in der vorliegenden Bedarfsprognose keine medizintechnische Entwicklung prognostiziert wird. Trotzdem und im Bewusstsein dieser Problematik halten wir das gewählte Vorgehen für zweckmässig. Dies weil wir davon ausgehen, dass sich die relevanten Innovationen auch in der Literatur wiederfinden.

Sämtliche Innovationen führten in unserem Modell zu einer Zunahme an Fällen. Dies weil es sich tatsächlich um neue Therapien handelt, die bisher nicht behandelt wurden, oder weil Mengenangaben zur Substitution von alten Technologien nicht vorhanden waren.

Qualitative Prognosen konnten aufgrund fehlender Mengenangaben nicht quantifiziert werden und wurden deshalb im Rechenmodell nicht berücksichtigt.

Die Prognosefaktoren der Medizintechnik sind im Kapitel B2.3.1.2 dargestellt.

2.3 Epidemiologische Entwicklung

Auch die Epidemiologie wird sich bis zum Jahr 2020 verändern und die Hospitalisationsrate beeinflussen. Es ist deshalb zu klären, welche epidemiologischen Entwicklungen bis zum Jahr 2020 für die akutsomatische Spitalplanung relevant sind.

Ziel war das Identifizieren von Trends, die dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen über die nächsten zehn Jahre verändern wird. Ausgeklammert wurden allfällige Veränderungen des Bedarfs (als Anzahl Behandlungen) allein auf Grund der sich verändernden Altersstruktur (zum Beispiel Zunahme der Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren). Dementsprechend ging es darum einzuschätzen, ob sich eine altersgruppen-spezifische Veränderung des Bedarfs abzeichnet.

Die GD Zürich hat zusammen mit der GEF BE das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM Bern) beauftragt, ein Gutachten betreffend möglicher epidemiologischer Veränderungsraten der Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen (somatische Versorgung und Rehabilitation) bis 2020 zu erstellen. Das vollständige Expertengutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ist im Internet⁵⁴ abrufbar.

Das ISPM Bern wählte ein mehrstufiges Vorgehen. Zu Beginn wurde eine Literatursuche zu Trend-Informationen bezüglich Interventionen, Krankheiten und gut etablierten Risikofaktoren gewisser Krankheiten für die Schweiz durchgeführt. Zusätzlich wurden spezifische Informationen des Bundesamts für Statistik und des Gesundheitsobservatoriums konsultiert (Statistisches Jahrbuch, Nationaler Gesundheitsbericht etc.).

Anschliessend wurde die gefundene Literatur auf die mit den für die stationäre Belegung der Spitäler (somatische Versorgung und Rehabilitation) 2015-2020 massgebenden DRG mit den insgesamt höchsten Kosten (Angaben der relevanten DRG durch GEF BE und GD Zürich) bezogen und eine quantitative Schätzung der epidemiologischen Trends auf Ebene der DRG mit der entsprechenden Begründung erarbeitet.

Bei der quantitativen Festlegung der Prognose-szenarien für den Bedarf wurde vorsichtig vorgegangen. Da das Alter für viele Gesundheitsbelastungen und Krankheiten der stärkste bekannte Risikofaktor ist, wurden die numerischen Angaben für mögliche zukünftige altersspezifische Trends relativ niedrig und für alle Altersgruppen als identisch angesetzt. Im Zweifelsfall wurde ein stabiler Trend als Hauptszenario postuliert. Nur in Ausnahmefällen und bei guter Informationslage wurden Veränderungen von bis zu zehn Prozent bis ins Jahr 2020 als mögliches Szenario postuliert.

Die Literatursuche führte zu einer Liste von 24 Publikationen mit möglicherweise relevanten Trendinformationen. Das ISPM Bern interpretierte diese Trendinformationen und extrahierte daraus Prognosefaktoren, teilweise mit einer minimalen und einer maximalen Variante. Die Prognosefaktoren für die epidemiologische Entwicklung wurden ins Prognosemodell einberechnet (vgl. Kapitel B2.3.1.3).

Die prognostizierten Veränderungsraten in der Epidemiologie bewegen sich alle im tiefen einstelligen Prozentbereich. Insgesamt sind keine grossen Veränderungen zu erwarten. Die Prognose der Entwicklung der Epidemiologie beruht wie die Medizintechnik auf Ergebnissen aus punktuellen Bereichen sowie diversen Annahmen.

Die Prognosefaktoren der Epidemiologie sind im Kapitel B2.3.1.3 dargestellt.

⁵⁴ <http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

2.4 Ökonomische Entwicklung

In der Prognose wurden die beiden wichtigsten ökonomischen Einflüsse auf den zukünftigen Leistungsbedarf berücksichtigt: (1) *Substitution* von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen infolge tariflicher Anpassungen und (2) *Verkürzung der Aufenthaltsdauern* infolge der Einführung von SwissDRG.

2.4.1 Substitutionspotenzial

Im Zentrum steht die Frage, welche bisherigen stationären Leistungen im Jahr 2020 ambulant erbracht werden. Aufgrund der medizintechnischen Entwicklung wurden in den letzten Jahren bei vielen Eingriffen die Voraussetzungen für eine ambulante anstelle einer stationären Behandlung geschaffen. Ob diese Behandlungen aber tatsächlich ambulant erbracht werden, hängt auch von ökonomischen Entwicklungen ab. Tarifliche Veränderungen und Anreize können den Verlagerungsprozess in den ambulanten Bereich beschleunigen oder verlangsamen. Auch Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich sind grundsätzlich möglich. Allerdings wurde in der vorliegenden Planung angenommen, dass sich das Verhältnis zwischen den ambulanten und der stationären Tarifen eher zugunsten der ambulanten Behandlungen verändern wird und deshalb keine Rückverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich stattfinden werden.

Für die Beurteilung des möglichen Substitutionspotenzials wäre die Analyse des Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Fällen pro Behandlung zweckmässig. Da jedoch der Gesundheitsdirektion keine vollständigen und zuverlässigen Angaben über ambulante und teilstatio-

näre Leistungen zur Verfügung stehen, musste eine andere Vorgehensweise gewählt werden.

Dazu wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche DRG aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In dieser medizinischen Prüfung wurden 48 DRG selektiert.⁵⁵ Die Selektion erfolgte tendenziell eher konservativ und ist nicht als Zielvorgabe, sondern als Prognose zu verstehen. Die vollständige Liste der «potenziell ambulanten DRG» ist im Internet⁵⁶ abrufbar.

In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass bei diesen Behandlungen die stationären Tarife gegenüber den ambulanten Tarifen unattraktiver werden. Ob die selektierten DRG in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den jeweiligen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TARMED) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TARMED sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Da unklar ist, wie sich die Tarife bis 2020 entwickeln werden, wurden für die Abschätzung des Substitutionspotenzials drei verschiedene Szenarien angenommen. Für einen Versorgungswechsel wurden ausschliesslich Kurzlieger⁵⁷ als substituierbar eingestuft. Behandlungen mit einer längeren Aufenthaltsdauer können sich verkürzen, wurden jedoch nicht als substituierbar angesehen. Die drei Szenarien unterscheiden sich darin, dass der Anteil der substituierbaren Kurzlieger unterschiedlich hoch eingeschätzt wird.

⁵⁵ Für die Prognose wurden immer ganze DRG selektiert, auch wenn einzelne Leistungen darin in Zukunft nicht ambulant erbracht werden können.

⁵⁶ <http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

⁵⁷ Fälle werden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist. Die Aufenthaltsdauer wird heute folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum zuzüglich ein Tag abzüglich Urlaubstage.

Tabelle 62: Szenarienübersicht Substitution

Szenario	Anteil der Kurzlieger-Substitution
Hauptszenario	50% der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen
Maximalszenario	Keine Substitution
Minimalszenario	90% der Kurzlieger werden als substituierbar angesehen

Im Hauptszenario wurde die Annahme getroffen, dass die Kurzlieger der «potenziell ambulanten DRG» zukünftig je hälftig stationär beziehungsweise ambulant behandelt werden. Das Maximalszenario bildet die Annahme ab, dass keine Substitution stattfindet, die Leistungen also im gleichen Umfeld wie im Jahr 2008 erbracht werden.

Im Minimalszenario wurde davon ausgegangen, dass 90 Prozent der stationären Kurzlieger zukünftig ambulant behandelt werden. Die restlichen zehn Prozent der Kurzlieger verbleiben aufgrund medizinischer Faktoren wie zum Beispiel Gebrechlichkeit und Multimorbidität weiterhin im stationären Bereich.

Definition stationärer Behandlungen

Als stationäre Behandlungen nach Art. 3 der VKL⁵⁸ gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung. Demzufolge gelten heute Leistungen als stationär, auch wenn die Patienten weniger als 24 Stunden, jedoch über Nacht betreut werden.

2.4.2 Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Wesentliche Voraussetzungen für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern sind der medizinische Fortschritt, verbesserte Prozesse innerhalb des Spitals oder ein Ausbau der Nachversorgung. Welche Anstrengungen für eine Reduktion der Aufenthaltsdauern tatsächlich unternommen werden, hängt auch von den finanziellen Anreizen ab. Wird beispielsweise nicht jeder Aufenthaltstag einzeln, sondern jeder Fall pauschal (Fallpauschalen) vergütet, profitiert das Spital von kurzen Aufenthaltsdauern seiner Patienten. Insofern wird die Einführung der Fallpauschalen in den Schweizer Spitälern im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen, sondern muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

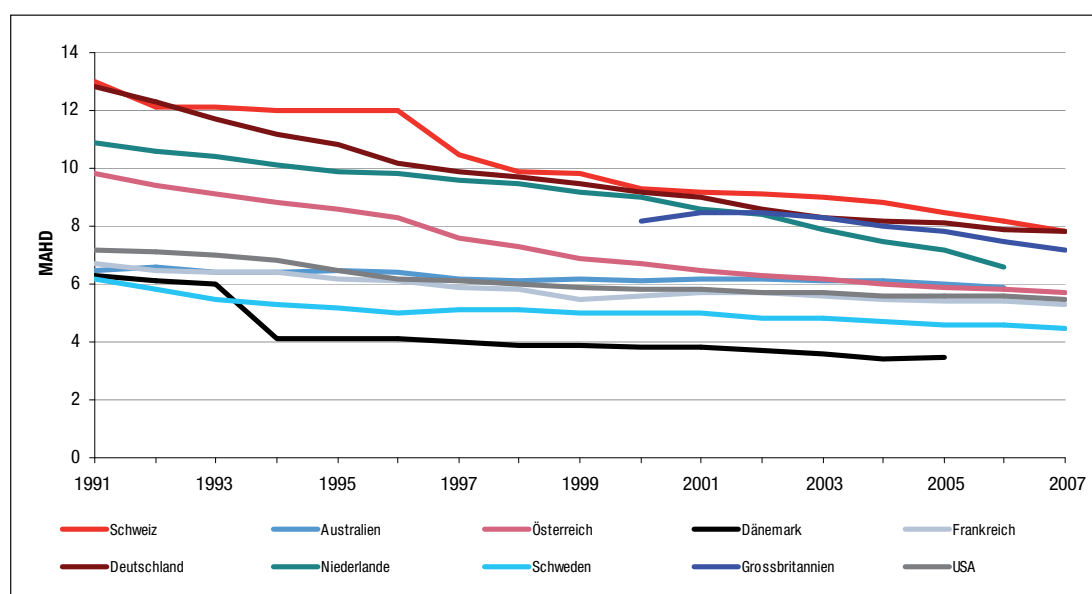
Vergleich international

Bereits seit vielen Jahren ist in den Industrieländern ein Trend zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern festzustellen (vgl. Abbildung 24). Betrachtet man die Entwicklung in der Schweiz, fällt auf, dass die Aufenthaltsdauern in den letzten Jahren ebenfalls stark abgenommen haben, im Vergleich zu anderen Industriestaaten aber nach wie vor relativ hoch sind. Dabei gilt es zu beachten, dass Unterschiede zwischen den Aufent-

⁵⁸ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

haltsdauern verschiedener Länder vorsichtig zu interpretieren sind. Zum einen wird der Bereich Akutomatik nicht überall gleich definiert und abgegrenzt. Zum anderen spielt die Struktur des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle, beispielsweise welche Nachversorgung nach dem Aufenthalt im Akutspital zur Verfügung steht. Insofern ist es unplausibel, dass die Aufenthaltsdauern in der Schweiz bald auf dem Niveau Dänemarks oder Schwedens sein werden, da die Nachversorgung in diesen Ländern viel stärker ausgebaut ist. Allerdings sind die Schweizer Aufenthaltsdauern im internationalen Vergleich, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Nachversorgungsstrukturen, nach wie vor als lang zu beurteilen. Eine weitere Verkürzung in den nächsten Jahren ist dementsprechend wahrscheinlich.

Abbildung 24: Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich



Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich und im Vergleich zur Schweiz

Zwischen 2003 und 2009 hat sich die mittlere Aufenthaltsdauer der Zürcher um einen Tag verkürzt und liegt mittlerweile bei 7.0 Tagen. Im Vergleich dazu sanken die schweizerischen Aufenthaltsdauern zwischen 2003 und 2009 mit 1.4 Tagen etwas mehr, waren aber mit 7.6 Tagen immer noch höher als die Zürcher Aufenthaltsdauern (vgl. Tabelle 63).

Es ist davon auszugehen, dass die Zürcher Aufenthaltsdauern in den nächsten Jahren weiter sinken werden. Da die staatsbeitragsberechtigten Zürcher Spitäler bereits seit mehreren Jahren unter dem Regime der Globalbudgets und des Fallkosten-Benchmarkings einen Anreiz für kurze Aufenthaltsdauern haben, ist allerdings nicht damit zu rechnen, dass die Einführung von SwissDRG 2012 zu einer deutlich beschleunigten Verkürzung der Aufenthaltsdauern führen wird.

Vorgehen für die Prognose der Aufenthaltsdauern 2020

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufenthaltsdauer insbesondere bei denjenigen Behandlungen, die bei Zürcher Patienten bisher deutlich länger waren als im schweizerischen Vergleich, in den nächsten Jahren besonders stark sinken wird. Aus diesem Grund wurden die Zürcher Aufenthaltsdauern mit den Aufenthaltsdauern in der gesamten Schweiz pro DRG verglichen und überall dort, wo sie länger waren, auf den niedrigeren Schweizer Vergleichswert gesetzt.

Da die gesamtschweizerischen Aufenthaltsdauern über die nächsten zehn Jahre sinken werden, wurden als Vergleichswert nicht der heutige

Durchschnitt oder der Median, sondern niedrigere Perzentile herangezogen. Im Hauptszenario wurde das 40. Perzentil, im Maximalszenario das 45. und im Minimalszenario das 35. Perzentil gewählt. Im Hauptszenario wurde somit postuliert, dass die Zürcher Aufenthaltsdauern in zehn Jahren gleich lang sind, wie dies bereits heute in den 40 Prozent der Schweizer Spitäler mit den kürzesten Aufenthaltsdauern der Fall ist. Bei Behandlungen mit Aufenthaltsdauern, die bei Zürcher Patienten bereits heute unterhalb des jeweiligen Perzentils der Schweizer Aufenthaltsdauern lagen, wurden keine Anpassungen vorgenommen. Die angenommene Verkürzung der Aufenthaltsdauern auf das 45., 40. oder 35. Perzentil ist eher konservativ, aber im Einklang mit den Aufenthaltsdauer-Verkürzungen im Kanton Zürich in den letzten Jahren und den Erfahrungen in Deutschland.⁵⁹

Für den Vergleich der Aufenthaltsdauern pro DRG wurde zusätzlich eine Kategorisierung nach Alter vorgenommen, da sich die Aufenthaltsdauern je nach Altersgruppe deutlich unterscheiden. Dabei wurden die bestehenden fünf Alterskategorien zu maximal drei Alterskategorien zusammengefasst, um eine Mindestanzahl Fälle pro Alterskategorie zu gewährleisten. Konkret wurden die Fälle mit den Lebensjahren 0 bis 59, 60 bis 79 und ab 80+ gruppiert. Falls innerhalb einer DRG die Fallzahl kleiner 30 war, wurden nur zwei Alterskategorien verwendet: 0 bis 59 Jahre und älter als 59 Jahre. Sofern die Fallzahl 30 immer noch unterschritten wurde, fand keine Alterskategorisierung statt. Auf diese Weise wurde bei über 85 Prozent der DRG ein dreifacher und bei rund neun Prozent der DRG ein zweifacher Alterssplitt durchgeführt.

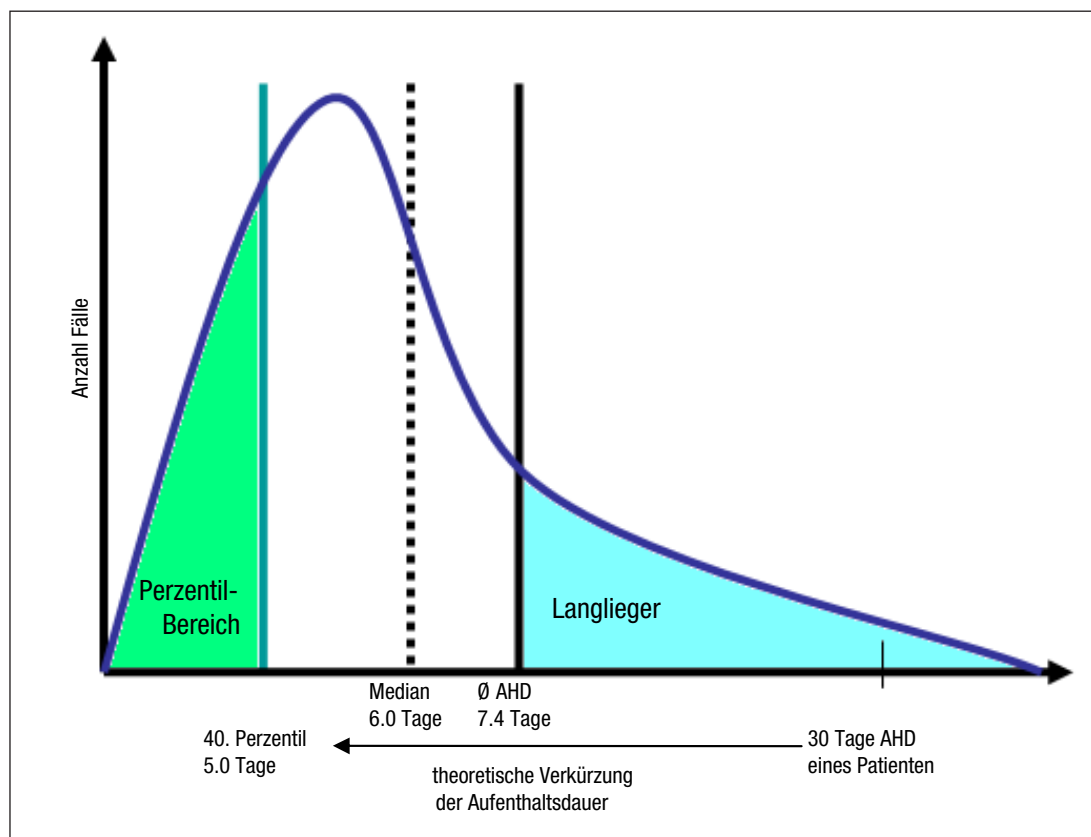
Tabelle 63: *Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Zürcher Bevölkerung	8.0	7.9	7.8	7.5	7.4	7.2	7.0
Ganze Schweiz	9.0	8.8	8.5	8.2	7.8	7.7	7.6

⁵⁹ In Deutschland war für die Zeit nach der verbindlichen Einführung der German-DRG zwar ein weiterer Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer festzustellen, dieser Rückgang war aber nicht höher als in den Jahren vor der DRG-Einführung.

Schliesslich wurden Patienten mit besonders langen Aufenthaltsdauern (Langlieger) separat berücksichtigt, da es unplausibel ist, dass Langlieger mit einer Aufenthaltsdauer von beispielsweise 30 Tagen in Zukunft ebenfalls nur mehr eine dem 40. Perzentil entsprechende Aufenthaltsdauer von beispielsweise fünf Tagen aufweisen werden (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Theoretische Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern



Aus diesem Grund wurde in jeder DRG das Verhältnis der Langlieger zu den übrigen Patienten, beziehungsweise die Verteilung der Aufenthaltsdauern pro DRG konstant gehalten: Eine DRG mit bisher hohem Anteil an Langliegern wurde auch als DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern prognostiziert und eine rechtsschiefe Verteilung wurde wiederum rechtsschief prognostiziert.

Dazu wurde das Verhältnis zwischen der Median- und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro DRG als Korrekturfaktor berechnet:

$$\text{Korrekturfaktor}_{\text{DRG}} = \frac{\text{durchschnittl. AHD}}{\text{Median-AHD}}$$

und die Aufenthaltsdauer jeder DRG mit diesem Korrekturfaktor multipliziert.

Ist der Korrekturfaktor grösser als eins, so ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer grösser als die Median-Aufenthaltsdauer (vgl. Abbildung 25, 7.4 versus 6 Tage), die Verteilung rechtsschief (beziehungsweise linkssteil), und die DRG weist einen gewissen Anteil an Langliegern auf. Durch die Berücksichtigung des Korrekturfaktors wurden somit vor allem die Aufenthaltsdauern von DRG mit einem hohen Anteil an Langliegern nach oben korrigiert. Die Aufenthaltsdauern von DRG ohne grosse Anteile an Langliegern wurden hingegen kaum korrigiert, da deren Korrekturfaktor nahe eins liegt (Median $\approx$ Durchschnitt).

Details zur Datenbasis für den Vergleich der Aufenthaltsdauern

Für die Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauern wurde die Medizinische Statistik zweier Jahre (2006 und 2007) verwendet, um eine möglichst breite Datenbasis zur Verfügung zu haben. Um zu plausiblen Ergebnissen zu kommen, wurden die Daten zudem um Spezialfälle und Ausreisser bereinigt.

Spezialkliniken, Psychiatrie- und Spezialfachgebiete wie beispielsweise Rehabilitationsfälle wurden ausgeschlossen. Weiterhin wurden Verlegungen und Todesfälle sowie DRG, die ausschliesslich nur Verstorbene beinhalten, eliminiert. Ausserdem wurden Patienten, die entgegen ärztlichen Rats Spitäler verlassen haben, nicht berücksichtigt. Schliesslich wurden Fälle mit mehrjährigen Aufenthaltsdauern korrigiert, da sonst einige wenige atypische Fälle die mittlere Aufenthaltsdauer zu stark beeinflusst hätten. Alle Fälle mit einer mehrjährigen Aufenthaltsdauer wurden auf 365 Tage gekürzt.

Die Medizinische Statistik wurde für die ausgewählten Jahre mit dem Fallgewicht 5.1 erfasst. Für die gesamte Prognoserechnung wurde jedoch das Fallgewicht 6.0 angewendet. Aus diesem Grund mussten die Zürcher Daten von der Version 6.0 auf die Version 5.1 zurückgerechnet werden. Im Rahmen dieser Rückrechnung war es für rund drei Prozent der Fälle nicht möglich, die DRG der Version 6.0 auf die DRG der Version 5.1 zurück zu führen. Bei diesen DRG wurde die mittlere Aufenthaltsdauer nicht verändert (Aufenthaltsdauer 2020 = Zürcher Aufenthaltsdauer 2008).

Im Übrigen wurden die in Kapitel Substitution definierten zukünftigen «ambulanten Fälle» aus dem Datensatz entfernt. Dabei wurden jeweils diejenigen Fälle mit der kürzesten Aufenthaltsdauer entfernt.

3 Glossar und Verzeichnisse

3.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
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.
Angiologie	Die Angiologie beschäftigt sich mit Gefässerkrankungen.
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	APDRG steht für All Patient Diagnosis Related Groups. Es ist ein auf Diagnosen basierendes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern codiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen.
Assessment	Umfassende Bestimmung über Situation und Rehabilitationspotenzial/-prognose 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 des Patienten erstellt.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird. Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
Auslandsspitäler	Auslandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamt für Statistik

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
Case Mix (Index) (CMI)	Fallschwere-Index, d.h. durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe (Summe der Relativgewichte aller Behandlungsfälle dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle).
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog. Der CHOP beinhaltet über 4'000 medizinische Prozeduren.
CIRS	Critical Incident Reporting System
CRT	Cardiale Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) sind ein auf Diagnosen basierendes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
DRG-Grouper	Algorithmus der jeden stationären Patient anhand der Diagnosen und Behandlungen) einer DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuteilt.
EKG	Elektrokardiogramm
Endokrinologie	Die Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen und den hormonbildenden Organen.
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).
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10'000 Einwohner ausgewiesen).
FaGe	Fachperson Gesundheit

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
(Stationärer) Fall	Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Spitalaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Spitalaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als «Patienten» und «Behandlungen» bezeichnet. Aufenthalte im Spital zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen.
Fallgewicht	Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)). Es gibt verschiedene Fallgewichts-Versionen. Im Jahr 2010 war im Kanton Zürich die Fallgewichts-Version 6.0 relevant. Die Fallgewichte entsprechen den relativen Kosten der Behandlungen und haben einen Einfluss auf die Höhe der Vergütung (Fallpauschale).
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GAA	Abkürzung für Groupes pour l'Analyse de l'Activité. Ist eine Möglichkeit, DRG zu gruppieren.
Gastroenterologie	Die Gastroenterologie befasst sich mit Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
GIS	Geografisches Informationssystem
Hämatologie	Hämatologie ist die Lehre des Blutes sowie der blutbildenden Organe.
Hospitalisationsrate (HR)	Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären Spitalbehandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit. Im Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner ausgewiesen.

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
ICD-10	Internationale Codier-Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision) Die ICD-10-Codes sind eine Codierung gemäss der internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss. ICD-10-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.
ICD	Intraventrikulärer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise implantierbarer Cardioverter Defibrillator
ICF-Klassifikation	International Classification of Functioning, Disability and Health beziehungsweise Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, der Behinderung und der 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 der geistig/seelischen Verfassung einerseits und den Kontextfaktoren andererseits angesehen.
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
JACIE	Abkürzung für Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT; mit Hilfe dieses Akkreditierungssystems sollen die Transplantationszentren bewertet werden
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.09.1995 (Systematische Sammlung des Bundes (SR) 832.112.31)
Kostenträger	Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.
KTR	Kostenträgerrechnung
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
Leistungsbereiche	Die Gesundheitsdirektion hat die Leistungsgruppen zu zweckmässigen und übersichtlichen Leistungsbereichen zusammengefasst. Diese Leistungsbereiche orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation beziehungsweise den Fachgebieten.
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 einen gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.).
MDC	Major Diagnostic Category beziehungsweise Hauptkategorien im DRG-System
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Berechnet sich aus allen Pflgetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Mitternachtszensus	Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).
Nephrologie	Die Nephrologie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören der Bluthochdruck, die Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes zum Fachgebiet.
Notfall	Ein Patient der unangemeldet und ungeplant ins Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb zwölf Stunden unabdingbar sind.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Ophthalmologie	Beinhaltet die Erkrankungen und Funktionsstörungen des Sehorgans und des Sehsinnes und deren medizinischer Behandlung.

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
Palliative Care (PAL)	Die Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
Pflegefachperson HF	Diplomierte Pflegefachperson
PRISMA	Fallbezogene Statistik der Gesundheitsdirektion Zürich (gültig ab Erhebungsperiode 2009), welche die medizinische Statistik und die Kostenträgerrechnung beinhaltet.
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. Bei einem 35. Perzentil heisst das, dass unterhalb dieses Wertes 35 Prozent aller Fälle der Verteilung liegen.
Pneumologie	Die Pneumologie (Synonyme: Pneumonologie, Pulmonologie, Pulmologie) ist die Lehre, welche sich mit Lungenerkrankungen beschäftigt.
Pflegetage (PT)	Die Summe der in einem Spital während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Radioonkologie	Der Begriff steht für Strahlentherapie, Strahlenheilkunde und ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt.
Rehabilitationsbedürftigkeit	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn – als Folge einer Schädigung – bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
Rehabilitationsfähigkeit	Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme erforderliche somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit).

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
Rehabilitationspotenzial	Grundsätzlich besteht ein Rehabilitationspotenzial immer dann, wenn eine erfolgsversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass der betreffende Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich tatsächlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.
SanaCert	Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Schwere Verletzungen	Unfallchirurgie mit Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma und ausgedehnten Verbrennungen
SGSSC	Swiss Society of Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology
SMOB	Swiss Study Group for Morbid Obesity, eine medizinische Fachgruppe
SPFG	Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz
Spitalliste A und B	Seit ihrer erstmaligen Festsetzung im Juni 1997 ist die Zürcher Spitalliste bis heute zweigeteilt und in eine Liste A und eine Liste B gegliedert. Die Spitalliste A enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
SQPC	Swiss Quality Pain Centres
SwissDRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
TAMED	TARMED steht für Tarif Medizin. Der Katalog mit medizinischen Einzelleistungen regelt die Abrechnung von ambulanten Leistungen.
Thoraxchirurgie	Als Thoraxchirurgie werden die operativen Eingriffe im Brustkorb, insbesondere an der Lunge, bezeichnet.
Vertragsspitäler	Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
Viszeralchirurgie	Die Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauch-Organen, das heisst des gesamten Verdauungstraktes. Weiterhin zählen die operative Behandlung der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und die Behandlung des Leistenbruchs zur Viszeralchirurgie.
WHO	World Health Organisation beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation
Wohnregion	Die Zürcher Gesamtbevölkerung wird nach ihrem zivilrechtlichen Wohnsitz in acht Wohnregionen eingeteilt. Die Einteilung dient der Abbildung des regionalen Versorgungsbedarfs.
Zürcher Wohnbevölkerung	Der Begriff «Zürcher Wohnbevölkerung» steht dafür, dass alle Einwohner innerhalb des Kantons Zürich berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort im Kanton Zürich ist, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonale) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Kanton Zürich behandelten ausserkantonalen Patienten werden nicht berücksichtigt.

3.2 Abkürzungen und Symbole in Tabellen

Zeichen	Bedeutung
abs.	absolut
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
BfS	Bundesamt für Statistik
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index
CT-Befund	Computer-Tomografie-Befund
CWFAC	Fakturiertes Cost weight
Ø-Alter	Durchschnittliches Alter
DRG	Diagnosis Related Groups
EE-Zeit	Entschluss-Entwicklungs-Zeit
EW	Einwohner
FA	Fachärzte
GD	Gesundheitsdirektion
HPP	Zusatzversicherte (halbprivat und privatversicherte) Patienten
HR	Hospitalisationsrate
ICD	Intraventrikularer Cardioverter Defibrillator beziehungsweise im- plantierbarer Cardioverter
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
i.S.v.	im Sinne von
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung
Max.	Maximalszenario
Min.	Minimalszenario
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
p.a.	per anno beziehungsweise pro Jahr
PT	Pflegetage
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
STAYD	Aufenthaltsdauer in Tagen
u./o.	und/ oder
%	Prozent

3.3	Tabellenverzeichnis	Seite
Tabelle 1	Übersicht der Leistungsgruppen	23
Tabelle 2	Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik	28
Tabelle 3	CHOP, Grouper- und Fallgewichtsversionen im Kanton Zürich	30
Tabelle 4	Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien	43
Tabelle 5	Zürcher Patienten nach Leistungsbereichen	46
Tabelle 6	Patienten nach Wohnregion im Jahr 2010	49
Tabelle 7	Patientenmigration in % aller Patienten einer Wohnregion	50
Tabelle 8	Zu- und Abwanderung von Patienten in den Kanton Zürich	51
Tabelle 9	Einfluss der demografischen Entwicklung	53
Tabelle 10	Einfluss der medizintechnischen Entwicklungen auf die Patientenzahlen 2020	54
Tabelle 11	Einfluss epidemiologischer Entwicklungen auf die Fallzahl 2020	55
Tabelle 12	Einfluss der prognostizierten Substitution auf die Fallzahl 2020	56
Tabelle 13	Einfluss der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern	57
Tabelle 14	Prognostizierter Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung 2020	58
Tabelle 15	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Leistungsbereich	61
Tabelle 16	Prognostizierter Bedarf 2020 nach Altersgruppen	62
Tabelle 17	Prognostizierter Bedarf 2020 in den Wohnregionen	63
Tabelle 18	Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte	70
Tabelle 19	Notfall-Levels	71
Tabelle 20	Intensivstations-Levels	71
Tabelle 21	Anforderungen an Basispaket und das Basispaket Elektiv	76
Tabelle 22	Leistungsgruppen im Leistungsbereich Viszeralchirurgie	80
Tabelle 23	Leistungsgruppen und Anforderungen (Version 2.0)	Faltblatt
Tabelle 24	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	Faltblatt
Tabelle 25	Angebotsstruktur der Bewerber in Prozent	84
Tabelle 26	Fallzahlen pro Spital und Leistungsgruppe (Version 2.0)	Faltblatt
Tabelle 27	Stationäre Zürcher Patienten nach Spital 2010	85
Tabelle 28	Versorgungsrelevanz der Spitäler für die Zürcher Bevölkerung 2010	87
Tabelle 29	Erreichbarkeit der Zürcher Akutspitäler 2010	94
Tabelle 30	Erfüllung der generellen Anforderungen pro Spital	97
Tabelle 31	Anzahl Fälle in Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen (MFZ)	99
Tabelle 32	Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik	Faltblatt
Tabelle 33	Vergleich kurative Medizin und medizinische Rehabilitation	113
Tabelle 34	Überblick über die Leistungsgruppen Rehabilitation	116
Tabelle 35	Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik	121
Tabelle 36	Veränderung der Einflussfaktoren im Hauptszenario bis 2020	124
Tabelle 37	Veränderung der Einflussfaktoren im Maximalszenario bis 2020	125
Tabelle 38	Veränderung der Einflussfaktoren im Minimalszenario bis 2020	125
Tabelle 39	Rehabilitationsleistungen im Jahr 2009 nach Leistungsgruppen	127
Tabelle 40	Rehabilitationsleistungen im Jahr 2009 nach Altersgruppen	128
Tabelle 41	Prognostizierte Bedarfsentwicklung der Zürcher Wohnbevölkerung 2020	129
Tabelle 42	Entwicklung der Patientenzahlen nach Leistungsgruppen	130
Tabelle 43	Entwicklung der Pflegetage nach Leistungsgruppen	130
Tabelle 44	Entwicklung der Patientenzahlen nach Altersgruppen	131

	Tabellenverzeichnis (Fortsetzung)	Seite
Tabelle 45	Entwicklung der Pflage tage nach Altersgruppen	131
Tabelle 46	Anforderungen an den Notfalldienst	136
Tabelle 47	Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Rehabilitationsleistung	137
Tabelle 48	Bauliche und infrastrukturelle Anforderungen nach Leistungsgruppen	137
Tabelle 49	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	140
Tabelle 50	Angebotsstruktur der Bewerber nach Leistungsgruppen 2009	141
Tabelle 51	Stationäre Rehabilitationsbehandlungen der Zürcher 2009	142
Tabelle 52	Versorgungsrelevanz der Rehabilitationskliniken für die Zürcher Bevölkerung	144
Tabelle 53	Evaluation der Bewerber für muskuloskelettale Rehabilitation	147
Tabelle 54	Evaluation der Bewerber für neurologische Rehabilitation	149
Tabelle 55	Evaluation der Bewerber für die Rehabilitation Querschnittsgelähmter	150
Tabelle 56	Evaluation der Bewerber für die kardiovaskuläre Rehabilitation	151
Tabelle 57	Evaluation der Bewerber für pulmonale Rehabilitation	152
Tabelle 58	Evaluation der Bewerber für internistisch-onkologische Rehabilitation	153
Tabelle 59	Evaluation der Bewerber für psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	154
Tabelle 60	Evaluation der Bewerber für Frührehabilitation Erwachsener	155
Tabelle 61	Entwurf Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation	157
Tabelle 62	Szenarienübersicht Substitution	170
Tabelle 63	Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)	172

3.4	Abbildungsverzeichnis	Seite
Abbildung 1	Zeitplan der Zürcher Spitalplanung 2012	14
Abbildung 2	Basispaket als Grundlage für Leistungsaufträge	22
Abbildung 3	Fallzuteilung in die Datensätze Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie	27
Abbildung 4	Herleitung der Patientenzahlen und der Pflegetage 2020	32
Abbildung 5	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	33
Abbildung 6	Prognosemodell der Akutsomatik	33
Abbildung 7	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich	36
Abbildung 8	Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen	37
Abbildung 9	Bevölkerungsentwicklung nach Wohnregionen	37
Abbildung 10	Entwicklung der Patientenzahlen und Pflegetage	44
Abbildung 11	Veränderungsraten 2003 bis 2010	45
Abbildung 12	Hospitalisationsrate (HR) und mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) nach Altersgruppen	48
Abbildung 13	Wohnbevölkerung, Patienten und Pflegetage nach Altersgruppen	48
Abbildung 14	Prognostizierte Veränderung der Patientenzahl pro Leistungsbereich	59
Abbildung 15	Nettopatientenmigration zwischen den einzelnen Wohnregionen	65
Abbildung 16	Evaluationsverfahren Akutsomatik	88
Abbildung 17	Schweregradbereinigte Fallkosten (ohne Arztkosten) der Bewerber	92
Abbildung 18	Fahrzeit zu den Spitalstandorten 2010 (motorisierter Privatverkehr bei mittlerer Verkehrsbelastung)	95
Abbildung 19	Datensatz Rehabilitation	120
Abbildung 20	Entwicklung der Patientenzahlen und Pflegetage	126
Abbildung 21	Wohnbevölkerung, Anzahl Patienten und Pflegetage nach Altersgruppen	128
Abbildung 22	Evaluationsverfahren pro Leistungsgruppe	146
Abbildung 23	Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen	165
Abbildung 24	Mittlere Aufenthaltsdauer von akutsomatischen Fällen im Ländervergleich	171
Abbildung 25	Theoretische Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei Langliegern	173

3.5 Verzeichnis der Verweise aufs Internet für zusätzliche Information

Akutsomatik

Definitionen und Dokumentation Grouper-Algorithmus

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Übersicht medizinische Leistungsgruppen

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Liste der Behandlungen (CHOP) der Basis-Kinderchirurgie

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Demografie

Weitere Informationen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich

<http://www.statistik.ch>

Medizintechnische Entwicklung

Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie:

<http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

Epidemiologische Entwicklung

Gutachten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern:

<http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

Potenziell ambulante DRG

<http://www.gd.zh.ch/versorgungsbericht>

SGI-Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen

<http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinienis.html>

Unterlagen zum Bewerbungsverfahren

<http://www.gd.zh.ch/bewerbung>

Anhänge zur Zürcher Spitalplanung 2012

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Rehabilitation

Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den rehabilitativen Leistungsgruppen

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Generelle Qualitätsanforderungen

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>

Unterlagen zum Bewerbungsverfahren

<http://www.gd.zh.ch/bewerbung>

Anhänge zur Zürcher Spitalplanung 2012

<http://www.gd.zh.ch/strukturbericht>