Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Gesundheitsversorgung 2019

Akutsomatik
Rehabilitation
Psychiatrie

Herausgeber
Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Gesundheitsversorgung
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Tel. +41 43 259 24 71
gesundheitsversorgung@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Januar 2020

Vorwort

Liebe Leserin
Lieber Leser

Bereits wenige Tage nachdem ich im Mai 2019 mein Amt als Gesundheitsdirektorin angetreten habe, bestätigte sich das Bild, welches ich als Privatperson schon längst hatte: Der Kanton Zürich verfügt über eine hervorragende Gesundheitsversorgung! Dies ist nicht nur meine Meinung, es ist auch diejenige der Zürcher Bevölkerung. So hat sich diese im Rahmen der repräsentativen Umfrage, die im Auftrag der Gesundheitsdirektion Ende 2018 durchgeführt wurde, wie bereits in den Jahren zuvor äusserst positiv geäussert. Die Ergebnisse der Umfrage finden Sie im vorliegenden Gesundheitsversorgungsbericht (vgl. Kapitel 1.5). Die Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen ist in erster Linie ein Erfolg der Leistungserbringer, die sich täglich mit grossem Einsatz für die Patientinnen und Patienten einsetzen. Dafür möchte ich allen Mitarbeitenden im Zürcher Gesundheitswesen herzlich danken.
Die Informationen, welche Sie im Gesundheitsversorgungsbericht 2019 finden, sind vielfältig und zeigen eindrucksvoll das Spektrum der Zürcher Gesundheitsversorgung auf. Sie zeigen auch, wo die Gesundheitsdirektion Handlungsspielraum hat, wo nicht, wo Fortschritte erzielt wurden und wo wir noch Ziele zu erreichen haben. Ausführlich berichten wir dieses Jahr über die Entwicklung der Fallzahlen in der Akutsomatik (vgl. Kapitel 1.3). Erfreulicherweise ist seit 2017 ein Rückgang der stationären Fallzahlen zu beobachten, während die Bevölkerungszahl indessen weiter anstieg.
Ein weiteres Kapitel ist EFAS gewidmet, der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (vgl. Kapitel 1.4). Zurzeit beschäftigt sich das Bundesparlament mit einer Gesetzesvorlage, welche vorsieht, dass ambulante Leistungen in einer Praxis oder in einem Spital und stationäre Leistungen im Spital künftig einheitlich und aus einer Hand finanziert werden. Die Kantone sollen dabei ihren Finanzierungsanteil an die Krankenversicherer überweisen, die dann den Gesamtbetrag an die Leistungserbringer bezahlen. Die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat bieten grundsätzlich Hand für eine einheitliche Finanzierung, aber es müssen Mindestvoraussetzungen erfüllt sein. So müssen die Kantone Instrumente erhalten, um auch das ambulante Versorgungsangebot – gerade im Falle eines Überangebots – gezielt steuern zu können. Weiter ist nach Meinung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) der Bereich der Langzeitpflege – Pflegeheim und Spitex – in das einheitliche Finanzierungssystem einzubeziehen, damit die integrierten Versorgungsmodelle über die ganze Leistungskette hinweg weiterentwickelt werden können.
Der Gesundheitsversorgungsbericht soll Ihnen ein nützliches, informatives Instrument sein. Für Ihre Anmerkungen zum Bericht sind wir offen und stehen für Fragen gerne zur Verfügung – die Gesundheitsdirektion ist eine zugängliche und verlässliche Behörde.

Regierungsrätin Natalie Rickli
Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich

Inhalt

Vorwort der Gesundheitsdirektorin 3

01 Zürcher Gesundheitsversorgung 7
1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 8
1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich 10
1.3 Entwicklung der stationären Fallzahlen in den Zürcher Spitälern 12
1.4 Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (EFAS) 28
1.5 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen 32

02 Akutsomatik 35
2.1 Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik 36
2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler 38
2.3 Personal in Zürcher Spitälern 51
2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler 53
2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler 56
2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung 58
2.7 Patientenmigration 61

03 Rehabilitation 65
3.1 Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation 66
3.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Rehabilitationskliniken 67
3.3 Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken 69
3.4 Tarife der Zürcher Rehabilitationskliniken 70
3.5 Stationäre rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung 71

04 Psychiatrie 75
4.1 Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie 76
4.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Psychiatriekliniken 78
4.3 Personal in Zürcher Psychiatriekliniken 87
4.4 Tarife der Zürcher Psychiatriekliniken 89
4.5 Psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung 91
4.6 Patientenmigration 93

01 Zürcher Gesundheits-versorgung

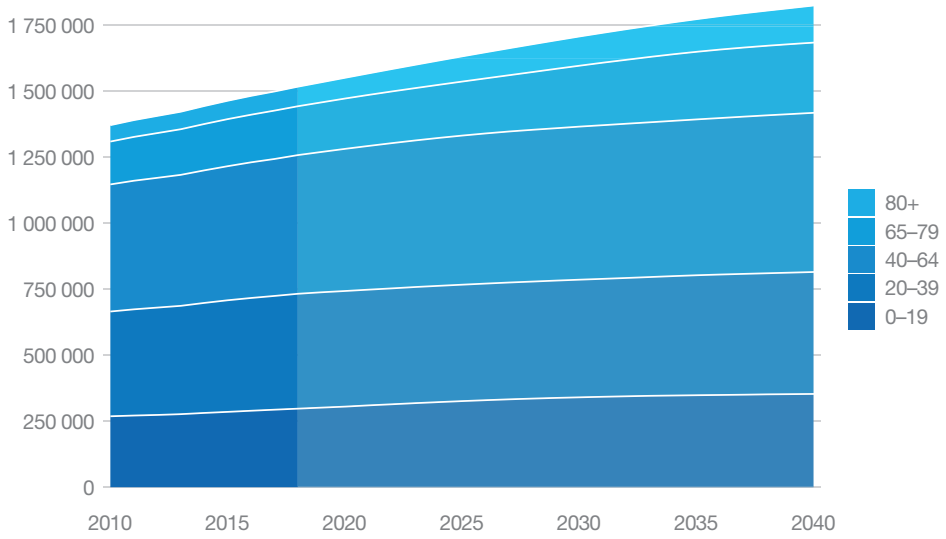
1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich
1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich
1.3 Entwicklung der stationären Fallzahlen in den Zürcher Spitälern
1.4 Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (EFAS)
1.5 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden verschiedene für die Zürcher Gesundheitsversorgung und damit für die Zürcher Bevölkerung relevante Aspekte thematisiert. Als Erstes wird die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich nach Alter und Region dargestellt. Danach wird ein Überblick über das medizinische Angebot im Kanton Zürich gegeben. Anschliessend zeigt das Kapitel 1.3 auf, wie sich die Fallzahlen in den letzten Jahren entwickelt haben und welchen Einfluss darauf die Vorgabe «ambulant vor stationär» im Kanton Zürich hatte. Im Kapitel 1.4 wird die Haltung der Gesundheitsdirektion zu der vom Nationalrat im September 2019 verabschiedeten Vorlage für eine einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (EFAS) dargelegt. Zum Abschluss wird im Kapitel 1.5 die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Zürcher Gesundheitsversorgung thematisiert.

1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich

Seit der Jahrtausendwende ist die Zürcher Bevölkerung von 1,2 Millionen auf rund 1,5 Millionen gewachsen, was einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumrate von etwa 1,3 Prozent entspricht. Das Statistische Amt des Kantons Zürich geht davon aus, dass sich die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht grundsätzlich fortsetzen. Die Bevölkerung wird aufgrund der Zuwanderung aus dem Ausland und des Geburtenüberschusses weiterhin wachsen. Jedoch wird erwartet, dass sich die Nettoeinwanderung verringert und steigende Sterbezahlen (geburtenstarke Jahrgänge kommen ins Rentenalter) zu einer Abschwächung des Wachstums führen werden. In den nächsten fünf Jahren liegt gemäss Prognose das jährliche Bevölkerungswachstum bei etwas mehr als einem Prozent (Statistisches Amt Kanton Zürich, 2019). Anschliessend lässt das Wachstum kontinuierlich von einem Prozent auf rund 0,5 Prozent für das Jahr 2040 nach. Demnach werden im Jahr 2030 rund 1,71 Millionen Personen im Kanton Zürich wohnhaft sein. 2035 werden es 1,77 Millionen und 2040 1,82 Millionen sein (s. Abbildung G1).

Abbildung G1: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich nach Altersgruppen 2010 bis 2040

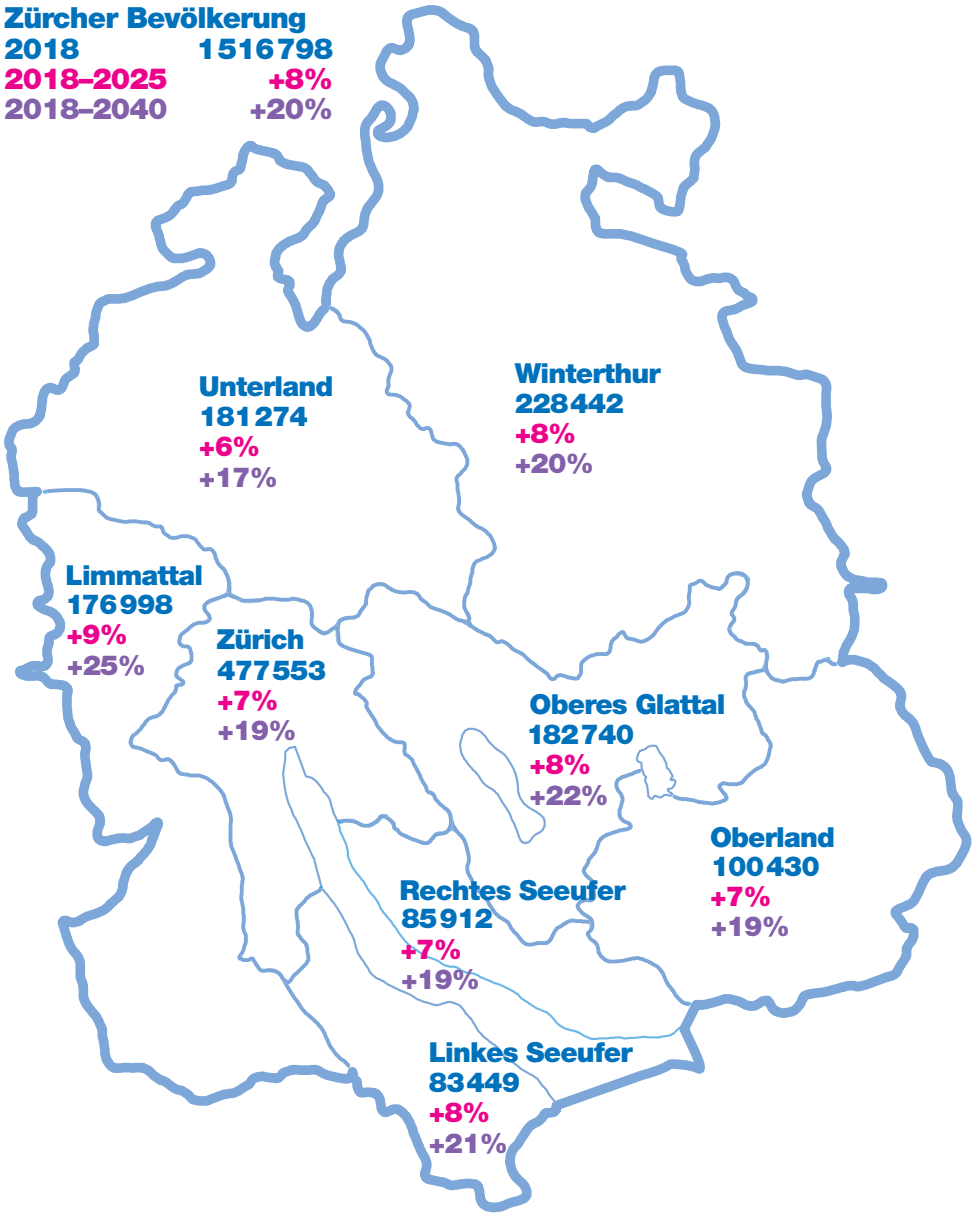


Quelle: Bevölkerungsprognose 2019, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Gesunde Lebensjahre nehmen zu
Die Schweizer Wohnbevölkerung lebt nicht nur länger, sondern bleibt erfreulicherweise in der Regel auch länger bei guter Gesundheit. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan, 2019) beträgt die Lebenserwartung in guter Gesundheit 2017 für 65-Jährige 14,5 Jahre für Frauen und 13,7 Jahre für Männer. 1992 waren es noch 11,9 Jahre für Frauen bzw. 11,1 Jahre für Männer.

Abbildung G1 veranschaulicht die erwartete Zunahme der Anzahl älterer Personen. Im Kanton Zürich sind 2018 17 Prozent der Bevölkerung älter als 65 Jahre. Der Anteil der über 65-Jährigen ist damit im Kanton Zürich etwas tiefer als in der gesamten Schweiz (2018: 18 Prozent). Bis 2040 steigt der Anteil der über 65-Jährigen im Kanton Zürich auf gut 22 Prozent, in der gesamten Schweiz auf rund 26 Prozent (Bundesamt für Statistik BFS, Bevölkerungsszenarien 2015–2045). Die Zahl der über 65-Jährigen im Kanton Zürich steigt bis 2040 von rund 259 000 auf 406 000 Personen, was einer Zunahme von 57 Prozent entspricht. Schweizweit steigt die Zahl der über 65-Jährigen gemäss Referenzszenario des BFS bis ins Jahr 2040 um 63 Prozent, von rund 1,6 Millionen auf 2,6 Millionen. Damit liegt der Anteil der über 65-Jährigen im Kanton Zürich auch in Zukunft etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt.
Mit ein Grund für die zunehmende Alterung der Zürcher Bevölkerung ist die schweizweit steigende Lebenserwartung: Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt in der Schweiz 2018 gemäss provisorischen Zahlen 85,4 Jahre für Frauen und 81,7 Jahre für Männer (Bundesamt für Statistik, 2019). Damit ist die Lebenserwartung der Männer in den letzten zehn Jahren um zwei Jahre gestiegen, jene der Frauen um ein Jahr. Die Lebenserwartung der 65-Jährigen liegt schweizweit bei 22,7 Jahren für Frauen und 19,9 Jahren für Männer.

Abbildung G2: Unterschiedliches Bevölkerungswachstum in den Wohnregionen



Quelle: Bevölkerungsprognose 2019, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Abbildung G3: Wachstum der Bevölkerung über 65 Jahre, 2018 bis 2040

Wohnregion	Wachstum [in %]
Zürich	45
Winterthur	62
Oberland	66
Linkes Seeufer	52
Limmattal	65
Unterland	70
Rechtes Seeufer	47
Oberes Glattal	62
Total Kanton	**57**

Quelle: Bevölkerungsprognose 2019, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Wohnregionen
Die Zürcher Gemeinden sind in acht Wohnregionen zusammengefasst. Diese Regionen werden von der Gesundheitsdirektion seit Längerem für regionalspezifische, insbesondere versorgungsplanerische Analysen benutzt. In der Regel wurden die Gemeinden jener Wohnregion zugeteilt, in der sich die meisten Patientinnen und Patienten der Gemeinde stationär behandeln lassen. Zum Beispiel in den Gemeinden um Zürich ist das aber nicht immer der Fall. Die Spitäler verwenden diese Wohnregionen ebenfalls für ihre internen Analysen, beispielsweise für Auswertungen zu den Patientenströmen. Eine Karte mit der Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen wird im Strukturbericht der Gesundheitsdirektion vom September 2011 auf Seite 171 gezeigt.

Das prognostizierte Wachstum der Zürcher Wohnbevölkerung unterscheidet sich nicht nur nach den Altersgruppen, auch regional bestehen Unterschiede (Statistisches Amt Kanton Zürich, 2019). Während das Wachstum in der Wohnregion Unterland bis 2040 «lediglich» 17 Prozent betragen wird, rechnet das Statistische Amt des Kantons Zürich in seiner Prognoserechnung 2019 für die Wohnregion Limmattal mit einem Wachstum von 25 Prozent bis 2040 (s. Abbildung G2). Basis dieser Prognose sind die Bevölkerungszahlen des Jahres 2018. In absoluten Zahlen wächst die Bevölkerung in der Wohnregion Zürich mit einer Zunahme von rund 92 000 Personen bis 2040 am stärksten.
Personen über 65 Jahre benötigen häufiger medizinische Leistungen und sind häufiger spitalbedürftig als jüngere Personen. Für die zukünftige medizinische Versorgung ist die Bevölkerungsentwicklung der Personen über 65 Jahre deshalb von besonderem Interesse. Diese Bevölkerungsgruppe wächst im Kanton Zürich bis 2040 um 57 Prozent. Am stärksten nimmt die Zahl der über 65-Jährigen in ländlicheren Regionen des Kantons wie dem Oberland und dem Unterland zu. In den Wohnregionen Zürich und den beiden Seeufern wächst die Zahl der Personen über 65 Jahre bis 2040 etwas weniger stark (s. Abbildung G3).
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zürcher Wohnbevölkerung kontinuierlich wächst und auch in Zukunft weiterwachsen wird. Gemäss der Prognose wird sich das Bevölkerungswachstum im Vergleich zu den letzten Jahren leicht abschwächen. Zusätzlich nimmt der Anteil der älteren Personen an der Bevölkerung zu. Diese Entwicklungen gilt es – zusammen mit anderen – bei der Prognose der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und der Zahl der Hospitalisierungen zu berücksichtigen.

1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich

Lebenslange Gesundheit – wer wünscht sich das nicht? Der Zugang zu einer verlässlichen und umfassenden Gesundheitsversorgung ist einer der wichtigsten Faktoren, wenn es um Lebens- und Standortqualität geht. Aus diesem Grund ist der Kanton Zürich bestrebt, das ausgezeichnete medizinische Angebot (s. Abbildung G4) zu erhalten und weiter zu fördern – über den verfassungsmässigen Auftrag einer ausreichenden Gesundheitsversorgung hinaus auch im Rahmen einer starken Standortpolitik.

Abbildung G4: Vielfältiges medizinisches Angebot 2019

Quellen: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, AGZ Ärztegesellschaft des Kantons Zürich

Abbildung G4 bietet eine Übersicht über die zahlreichen medizinischen Leistungserbringer im Kanton Zürich. Im ambulanten Bereich sind gemäss Zahlen der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) rund 3580 selbstständige Ärztinnen und Ärzte tätig. Erfasst werden die ambulant in einer Praxis praktizierenden Ärztinnen und Ärzte mit einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung. Darunter befinden sich Hausärztinnen und Hausärzte sowie Spezialistinnen und Spezialisten in der eigenen Praxis oder in einer Gruppenpraxis. Nicht erfasst werden angestellte Ärztinnen und Ärzte, die zum Beispiel in einem Spital arbeiten. Die Zahl der selbstständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzte liegt unter der Zahl der von der Gesundheitsdirektion erteilten Berufsausübungsbewilligungen, unter anderem weil nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Bewilligung tatsächlich ambulant in einer Praxis arbeiten. Daneben sind gut 2000 selbstständige Therapeutinnen und Therapeuten im Kanton Zürich zugelassen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und auf eigene Rechnung arbeiten. Rund 480 Hebammen, 60 Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker, 1600 selbstständige Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 1220 Zahnärztinnen und Zahnärzte sind im Kanton Zürich tätig. In 248 Apotheken und 75 Drogerien können Arzneimittel, Medizinprodukte, Nahrungsmittelergänzungen usw. gekauft werden.
Eine besondere Apotheke ist die Kantonsapotheke Zürich (KAZ), die zurzeit als eigenständiges Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsdirektion geführt wird. Ihr Kernauftrag ist es, jederzeit eine sichere Heilmittelversorgung der Zürcher Bevölkerung zu gewährleisten – auch im Katastrophenfall. Für ihre Partner – darunter das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur – stellt die KAZ individuell benötigte Arzneimittel her, die auf dem Markt nicht erhältlich sind. Im Herbst 2019 hat der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion

ermächtigt, den Verkauf der Kantonsapotheke an das Universitätsspital Zürich vorzubereiten. Der Kantonsrat muss dem Verkauf noch zustimmen.
Notdienstapotheken, der ärztliche Notfalldienst, neun Rettungsdienste und 16 Akutspitäler mit einer 24-Stunden-Notfallaufnahme gewährleisten im Kanton Zürich rund um die Uhr eine rasche medizinische Notfallversorgung. Neben den neun Rettungsdiensten mit Standort im Kanton Zürich werden im Rahmen der «Nächst-Best-Strategie» auch Rettungsdienste der Kantone Schaffhausen, Zug und Schwyz aufgeboten, wenn diese einen Einsatzort am schnellsten erreichen können. Daneben gibt es weitere Organisationen, die Verlegungen übernehmen, aber nicht für Rettungseinsätze zugelassen sind.[1]
Die stationäre Versorgung wird im Kanton Zürich durch 29 Akutspitäler, zwei Geburtshäuser, sieben Rehabilitations- und zwölf Psychiatriekliniken sichergestellt. Einige dieser Rehabilitations- und Psychiatriekliniken gehören zu einem Akutspital. Vier Institutionen haben universitären Charakter: Das Universitätsspital Zürich (USZ), das Kinderspital Zürich, die Universitätsklinik Balgrist und die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK). Neben der medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten wird an diesen Spitälern auch universitäre Lehre und Forschung betrieben.
Die 50 stationären Einrichtungen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie beschäftigen am Stichtag 31. Dezember 2018 rund 38 000 Personen. Die Arbeitsleistung der Beschäftigten an diesen 50 stationären Einrichtungen entspricht rund 28 000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Gemäss Zahlen des Bundesamtes für Statistik (STATENT) gab es 2017 im Kanton Zürich rund eine Million Beschäftigte, die Arbeitsstunden im Umfang von knapp 800 000 VZÄ geleistet haben. Die rund 38 000 Personen in den erwähnten 50 stationären Einrichtungen entsprechen somit rund 3,5 Prozent der gesamten Erwerbsbevölkerung im Kanton Zürich. Doch nicht nur hinsichtlich Personal, sondern auch hinsichtlich Wertschöpfung sind die stationären Einrichtungen von grosser Bedeutung: Die Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen, Medizintechnikerinnen und Medizintechniker usw. in den Spitälern und Kliniken erbringen 2018 eine Wirtschaftsleistung von 5,8 Milliarden Franken. Die gesamte Bruttowertschöpfung im Kanton Zürich betrug gemäss den neusten Zahlen des Bundesamtes für Statistik im Jahr 2016 rund 134 Milliarden Franken. Somit entspricht die in den Spitälern und Kliniken erbrachte Wirtschaftsleistung etwa vier Prozent der gesamten Wertschöpfung im Kanton Zürich. Das Gesundheitswesen ist zudem auch eine der beschäftigungsstärksten Branchen im Kanton Zürich.
Dazu gehört auch die stationäre Langzeitversorgung im Kanton Zürich: Sie wird durch 257 Alters- und Pflegeheime abgedeckt; für die ambulante Pflegeversorgung sind 187 Spitex-Organisationen und 156 selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen (Spitex) im Einsatz. Im Zürcher Gesundheitssystem spielen auch Prävention und Gesundheitsförderung bedeutende Rollen. Denn Vorbeugen ist besser als Behandeln. Um die Anstrengungen jedes Einzelnen zu unterstützen und selbstverantwortliches Handeln für die Gesundheit zu fördern, finanziert die Gesundheitsdirektion Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Sie beauftragt hierzu die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich. Die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des EBPI koordiniert die Arbeit der Suchtpräventionsstellen im Kanton, leitet Schwerpunktprogramme und führt Sensibilisierungskampagnen durch.

Langzeitversorgung
Mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) wurden die Zuständigkeiten im Zürcher Gesundheitswesen entflochten: Seit 2012 ist der Kanton alleine für die stationäre Spitalversorgung (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) zuständig. Für die Planung und Finanzierung der Pflegeheime und der Spitex sind ausschliesslich die Gemeinden verantwortlich («Modell 100/0»). Aus diesem Grund wird die stationäre Langzeitversorgung im vorliegenden Gesundheitsversorgungsbericht nicht weiter thematisiert. Die Kenndaten aus dem Langzeitbereich werden von der Gesundheitsdirektion in einer jährlich erscheinenden, eigenen Publikation veröffentlicht (www.gd.zh.ch/kenndaten).

Die Gesundheitsdirektion koordiniert

Die Gesundheitsdirektion setzt sich für ein effizientes und aufeinander abgestimmtes medizinisches Angebot im Kanton Zürich ein, sodass auch bei komplexen, chronischen Krankheiten optimale Behandlungspfade für die Zürcher Bevölkerung gewährleistet sind. Ziel ist es, dieses Angebot in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu tragbaren Kosten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

[1] Zum Rettungswesen im Kanton Zürich siehe Kapitel 1.3.1, Gesundheitsversorgungsbericht 2018 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

1.3 Entwicklung der stationären Fallzahlen in den Zürcher Spitälern

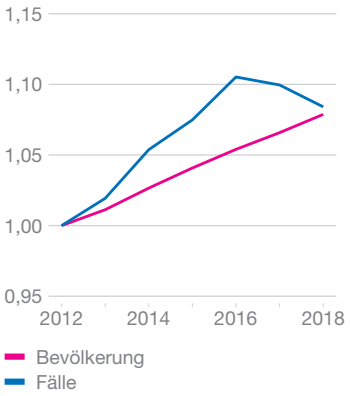
Fälle, Austritte, Patientinnen und Patienten
Jeder stationäre Spitalaufenthalt endet mit einem Austritt. Wenn in diesem Kapitel von Anzahl Fällen die Rede ist, dann ist dies nahezu gleichbedeutend mit der Anzahl Austritte (genau genommen ist die schweizweit gültige Falldefinition etwas komplizierter). In diesem Kapitel und im gesamten Bericht werden die Begriffe «Fälle», «Austritte», «Patientinnen und Patienten» und «Personen» aus sprachlichen Gründen synonym verwendet.

Die Bevölkerung in der Schweiz und auch im Kanton Zürich wächst jährlich. In den letzten 100 Jahren verzeichneten lediglich wenige Jahre um den ersten Weltkrieg und um die Erdölkrise von 1973 einen Rückgang (Bundesamt für Statistik BFS, 2019). Darüber hinaus vollzieht sich der demografische Wandel, der sich beispielsweise darin zeigt, dass in nunmehr zehn Kantonen der Anteil der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren grösser ist als der Anteil der unter 20-Jährigen (BFS, vgl. dazu Kapitel 1.1). Sowohl Bevölkerungswachstum als auch demografischer Wandel haben Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und lassen erwarten, dass die Zahl der somatischen, psychiatrischen wie auch rehabilitativen Behandlungen zunehmen wird. Tatsächlich stiegen bis 2016 die Behandlungszahlen stärker an als die Bevölkerungszahlen. Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 stiegen die Fallzahlen im Kanton Zürich über alle Versorgungsbereiche bis 2016 um 10,5 Prozent, wohingegen die Wohnbevölkerung im selben Zeitraum nur um gut die Hälfte wuchs (5,4 Prozent; Statistisches Amt Kanton Zürich, 2019). Seit 2017 ist in der Akutsomatik jedoch ein Rückgang der stationären Fallzahlen zu beobachten. Auch in der Rehabilitation zeigte sich im Jahr 2017 ein Bruch in den ansonsten kontinuierlich zunehmenden Fallzahlen. Und wie sieht es im Bereich Psychiatrie aus? Dieses Kapitel untersucht die Gründe für die Fallzahlentwicklungen der vergangenen Jahre im Kanton Zürich. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Akutsomatik aufgrund der aussergewöhnlichen Entwicklung seit 2017. Anschliessend wird auf die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie eingegangen.

1.3.1 Fallzahlentwicklung in der Akutsomatik

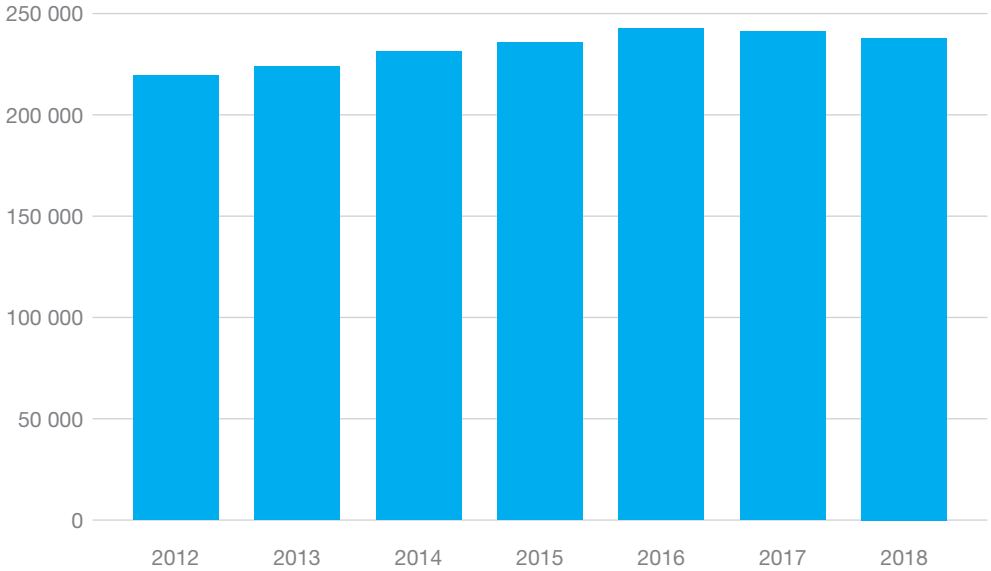
Um die Jahrtausendwende behandelten die Spitäler im Kanton Zürich noch unter 180 000 stationäre Fälle. Seitdem wuchsen die Fallzahlen auf gut 242 000 im Jahr 2016. Abbildung G5 zeigt die Entwicklung der stationären Fallzahlen seit 2012. Auch wenn aufgrund von methodischen Brüchen in der Datenerhebung sowie in der Falldefinition exakte Zeitreihen vor 2012 schwer zu berechnen sind, so kann doch als gesichert gelten, dass in der Vergangenheit die Fallzahlen stärker gestiegen sind als die Bevölkerungszahlen. Im Jahr 2017 jedoch wurde der Trend gebrochen: Die stationären Fallzahlen im Kanton Zürich gingen 2017 um 0,5 Prozent zurück und im Jahr 2018 um weitere 1,4 Prozent. Die Bevölkerungszahlen stiegen indes weiter an. Abbildung G6 illustriert diese unterschiedlichen Entwicklungsverläufe.

Abbildung G6: Fallzahlen Akutsomatik und Wohnbevölkerung im Kanton Zürich (indexiert, Basisjahr = 2012)



Quellen: Medizinische Statistik PRISMA, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Abbildung G5: Entwicklung der stationären Fallzahlen Akutsomatik im Kanton Zürich, 2012–2018

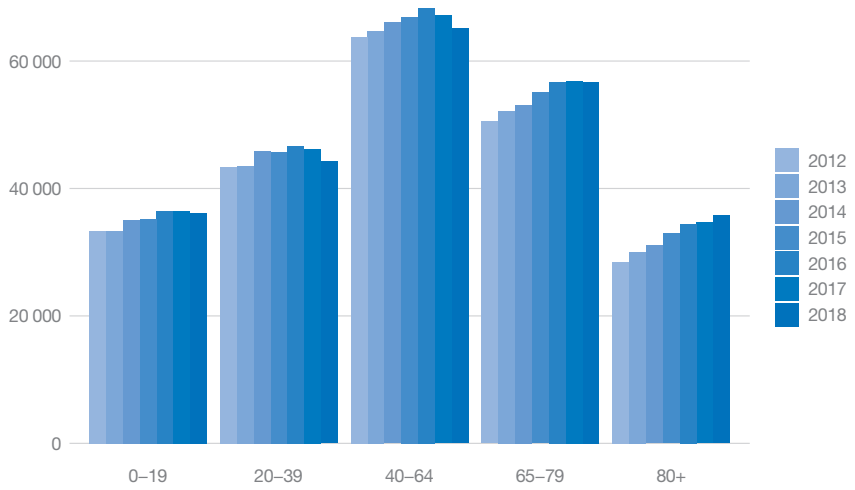


Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Ursachen des jüngsten Fallzahlrückgangs

Was also ist passiert? Ein Blick auf die Entwicklung nach Altersgruppen (s. Abbildung G7) zeigt, dass der Fallzahlrückgang vor allem durch Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter bedingt ist. Unter den 20- bis 64-Jährigen ist im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2016 ein deutlicher Fallzahlrückgang von 4,9 Prozent zu verzeichnen (Bevölkerungswachstum in dieser Altersgruppe: +2,1 Prozent). Hingegen steigt die Zahl der Fälle der über 80-Jährigen gegenüber 2016 um knapp vier Prozent – vergleichbar mit der Zunahme in der Wohnbevölkerung von 3,8 Prozent. In der darunterliegenden Altersgruppe (65 bis 79 Jahre) hat sich die Fallzahl gegenüber 2016 kaum verändert (–0,1 Prozent) bei einem Bevölkerungswachstum von 2,6 Prozent. Es gibt also vor allem im Erwerbsalter eine Diskrepanz zwischen der Fallzahlentwicklung, die aufgrund der Bevölkerungszahlen zu erwarten wäre, und den tatsächlich beobachteten Fallzahlen.

Abbildung G7: Entwicklung der stationären Fallzahlen nach Altersgruppe



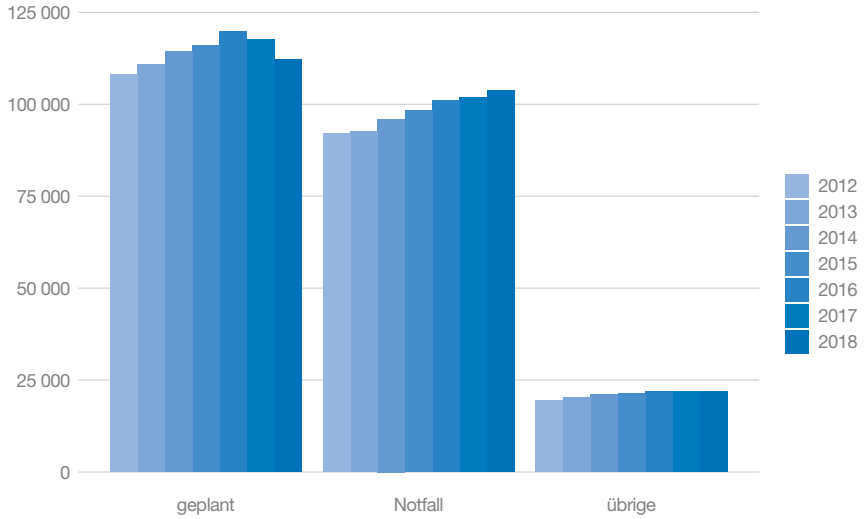
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Betrachtet man die stationären Aufenthalte nach ihrer Eintrittsart, so zeigt sich, dass der Fallzahlrückgang nicht bei den Notfalleintritten zu beobachten ist. Die Zahl der Notfalleintritte ist von 2016 auf 2018 um 2,8 Prozent gestiegen und damit etwas stärker als die Wohnbevölkerung (+2,2 Prozent über alle Altersgruppen). In Abbildung G8 (S. 14) ist die Entwicklung der Eintrittsarten «geplant», «Notfall» und «übrige» ersichtlich. Es wird deutlich, dass der Fallzahlrückgang seit 2017 durch eine Abnahme der geplanten Eintritte verursacht ist. Im Jahr 2018 gibt es gut 7500 geplante Fälle weniger als im Jahr 2016 (–6,3 Prozent). Interessant ist an dieser Stelle, dass die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen einen deutlich höheren Anteil an geplanten Behandlungen hat als die Gruppe ab 80 Jahren. Während bei Personen im erwerbsfähigen Alter im langjährigen Mittel seit 2012 etwa 58 Prozent der Behandlungen geplant sind, sind es bei den Älteren lediglich 34 Prozent. Ein Grossteil des Fallzahlrückgangs geht somit auf eine Reduzierung von geplanten Behandlungen an Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter zurück. Trifft man die plausible Annahme, dass der Bevölkerungsanteil mit akutsomatisch-stationärem Behandlungsbedarf über die Jahre nicht kleiner wird, bleiben zwei Möglichkeiten: Entweder werden bei bestimmten Patientinnen und Patienten (insbesondere solche im Erwerbsalter und mit geplanten Eingriffen) gewisse stationäre Behandlungen weniger häufig vorgenommen oder aufgeschoben. Oder aber die Behandlungen erfolgen andernorts, beispielsweise in einem ambulanten Setting.

Was ist ein Notfall?
Alle Patientinnen und Patienten, die unangemeldet und ungeplant eintreten und die sofort eine Behandlung benötigen bzw. für die diese innerhalb von 12 Stunden unabdingbar ist, fallen unter «Notfall».

Wann ist ein Fall stationär, wann ambulant?
Als stationäre Fälle gelten Patientenaufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege von mindestens 24 Stunden oder – bei weniger als 24 Stunden – Aufenthalte, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird. Ebenso zählen Todesfälle und Verlegungen in ein anderes Spital als stationäre Fälle. Als ambulant zählen alle behandelten Fälle, welche die Kriterien eines stationären Aufenthaltes nicht erfüllen.

Abbildung G8: Entwicklung der stationären Fallzahlen nach Eintrittsart



Anmerkung: Übrige umfasst die Kategorien «Geburt», «Verlegung innerhalb von 24 Stunden», «interner Übertritt», «anderes» und «unbekannt».

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Die Gesundheitsdirektion Zürich verpflichtet Listenspitäler seit Jahresbeginn 2018 Eingriffe aus acht Behandlungsbereichen nicht mehr stationär, sondern – sofern keine Ausnahmeindikationen vorliegen – ambulant durchzuführen. Abbildung G9 gibt einen groben Überblick dieser Behandlungsbereiche und der untergeordneten Behandlungsgruppen. Alle Eingriffe, die sich auf der ambulanten Liste befinden, sind prinzipiell planbar. Bei Patientinnen und Patienten im hohen Alter nehmen die Ausnahmeindikationen zu, sodass dort ein deutlich geringerer Rückgang in den stationären Fallzahlen zu erwarten ist als bei jüngeren Altersgruppen. Die oben dargestellten Entwicklungsverläufe entsprechen daher den im Projekt «ambulant vor stationär» (AvS) erwarteten Entwicklungen. Dass der Fallzahlrückgang mit AvS zusammenhängt wird noch deutlicher, wenn die Entwicklung in den verschiedenen Spitalplanungsleistungsbereichen (medizinisch einheitliche Bereiche) betrachtet wird. Etwa 85 Prozent der Fälle mit einem Eingriff auf der AvS-Liste sind den Leistungsbereichen Kardiologie, Bewegungsapparat, Basispaket, Gynäkologie oder Gefässe zuzuordnen. In all diesen Bereichen ist ein Rückgang der Fallzahlen seit 2017 zu verzeichnen, während vor 2017 die Fallzahlen stiegen. In Leistungsbereichen, die nicht von der AvS-Liste tangiert sind, sind die Zahlen weiterhin steigend. Abbildung G10 (S.15) veranschaulicht diese Divergenz anhand von ausgewählten Leistungsbereichen.

Abbildung G9: Behandlungsbereiche und -gruppen der ambulanten Liste der Gesundheitsdirektion Zürich

Augen
- Katarakt (Grauer Star)

Bewegungsapparat
- Handchirurgie
- Fusschirurgie
- Osteosynthesematerialentfernungen
- Knieartroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus

Chirurgie
- Hämorrhoiden
- Inguinalhernien (Leistenbruch)
- Zirkumzision (Beschneidung)

Gefässe
- Varizen der unteren Extremität (Krampfadern)
- Perkutane transluminale Angioplastik inkl. Ballondilatation (Behebung von Gefässverengungen)

Gynäkologie
- Eingriffe am Gebärmutterhals
- Eingriffe an der Gebärmutter

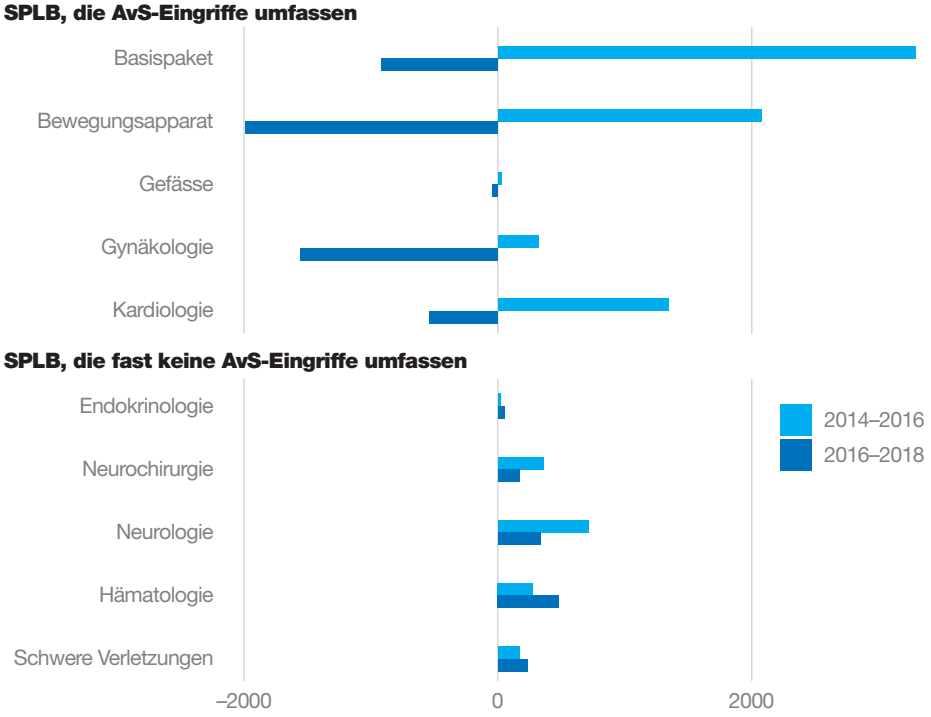
HNO
- Tonsillotomie und Adenoidektomie (Mandelentfernungen)

Kardiologie
- Kardiologische Untersuchungsverfahren
- Herzschrittmacher inkl. -wechsel

Urologie
- Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL) von Niere, Harnleiter oder Blase (Zertrümmern von Harnsteinen)

Für alle Details:
www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/qualitaet-in-listenspitaelern/indikationsqualitaet--ambulant-vor-stationaer.html

Abbildung G10: Absolute Fallzahlveränderungen der Jahre 2016 gegenüber 2014 sowie 2018 gegenüber 2016 für ausgewählte Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB)



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass der stationäre Fallzahlrückgang seit 2017 auf einen Rückgang der geplanten Eingriffe vornehmlich in Leistungsbereichen, die sich auf der AvS-Liste wiederfinden, verursacht wird. Bei Patientinnen und Patienten ab 80 Jahren dürften Ausnahmeindikationen sowie die hohe Rate an Notfallaufnahmen für das Ausbleiben eines Fallzahlrückgangs verantwortlich sein. In den folgenden Unterkapiteln wird detailliert auf das Projekt und die Erfahrungen im ersten Jahr seit Inkrafttreten der AvS-Liste eingegangen. Zunächst wird die Idee hinter AvS skizziert. Danach wird das Vorgehen der Gesundheitsdirektion bei der bisherigen Evaluation des Projekts geschildert, inklusive einer kurzen Darstellung der Entwicklung im ambulanten Behandlungsbereich. Auch wird die Frage thematisiert, warum die Fallzahlen bereits im Jahr 2017 zurückgingen, also vor Inkrafttreten der Liste im Jahr 2018.

1.3.1.1 Ein Jahr «ambulant vor stationär»: erste Erfahrungen

Seit Jahresbeginn 2018 gilt im Kanton Zürich für die Akutsomatik eine Liste ambulant durchzuführender Behandlungen als bindend. Das Bestreben, ausgewählte Behandlungen möglichst nur noch ambulant statt stationär durchzuführen, wird seit Jahren als effektive Massnahme zur Kostensenkung bei mindestens gleichwertiger Behandlungsqualität diskutiert (vgl. Kapitel 1.3 im Gesundheitsversorgungsbericht 2017). Nachdem der Kanton Luzern im zweiten Halbjahr 2017 und acht weitere Kantone, darunter Zürich, im Laufe des Jahres 2018 kantonale AvS-Listen lanciert haben, gilt seit 2019 eine nationale Liste des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Diese ist als Minimalstandard in allen Kantonen zu berücksichtigen. Ebenfalls sollen die Kantone die Auswirkungen von AvS evaluieren. Im Folgenden werden die Auswirkungen der Zürcher Liste im ersten Jahr nach Inkrafttreten untersucht. Zuvor jedoch werden noch einige Hintergrundinformationen zur besseren Einordnung der Thematik gegeben.

Wieso «ambulant vor stationär»?

Der medizinische Fortschritt geht einher mit einer zunehmenden Anzahl von Behandlungen, die in der Regel problemlos ambulant durchführbar sind. Ermöglicht wird dies beispielsweise durch minimalinvasive Techniken oder weniger belastende Anästhesieverfahren. Sofern keine Ausnahmeindikationen vorliegen, sind die erwartete Behandlungssicherheit und -qualität im ambulanten und stationären Setting gleichwertig. Zudem entspricht eine ambulante Behandlung mehrheitlich dem Patientenwunsch, stellt sie doch einen kleineren Bruch im Alltag dar. Da eine ambulante Behandlung eines Leidens in der Regel deutlich kostengünstiger ist als eine stationäre, ergeben sich jährliche schweizweite Einsparpotenziale, die mit rund 90 Millionen Franken beziffert werden (Roth & Pellegrini, 2018b).

Vorteile von AvS: Ambulante Behandlungen sind ...
- von Patientinnen und Patienten mehrheitlich bevorzugt.
- kostengünstiger bei gleicher Behandlungssicherheit und -qualität.
- zunehmend möglich durch den medizinischen Fortschritt. Zudem ist in der Schweiz der Anteil ambulanter Behandlungen im internationalen Vergleich gering.
- nicht zwingend. Selbstverständlich ist bei Ausnahmeindikationen auch künftig eine stationäre Behandlung möglich. Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt entscheidet.

Das Potenzial in der Schweiz ist auch deshalb gegeben, weil der Anteil ambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen im internationalen Vergleich niedrig ist (Lafortune, Balestat, & Duran, 2012; OECD, 2015). Im nationalen Vergleich werden im Kanton Zürich gemäss einer Studie des Obsan (Roth & Pellegrini, 2018a) anteilmässig weniger ambulante Eingriffe vorgenommen als in anderen Kantonen. Insbesondere Westschweizer Kantone weisen demnach höhere Raten an ambulant durchgeführten Behandlungen auf. Die Studie hat sechs ausgewählte Gruppen von chirurgischen Leistungen untersucht und festgestellt, dass der Anteil ambulanter Durchführungen bei Zürcher Patientinnen und Patienten in den Jahren 2013 bis 2016 bei knapp unter 50 Prozent lag. Im schweizweiten Durchschnitt lag dieser Anteil bei 58 Prozent. Den höchsten Anteil hatten die Kantone Jura, Obwalden und Genf mit je rund 80 Prozent. Nicht überraschend kommen die Autoren der Studie zu dem Schluss, dass das absolute Einsparpotenzial durch Verlagerungen in den ambulanten Bereich im Kanton Zürich am grössten ist. Das Potenzial wird mit 16 Millionen Franken für das Jahr 2016 bemessen. Im Gesundheitsversorgungsbericht 2017 hat die Gesundheitsdirektion eine ähnliche Schätzung publiziert und das Einsparpotenzial mit knapp 10 Millionen Franken beziffert. Diese Zahlen beziehen sich auf die im Gesundheitswesen anfallenden Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und lassen etwaige weitere Einsparungen bei Leistungen aus Zusatzversicherungen sowie weitere volkswirtschaftliche Einsparungen ausser Acht. Eine gewichtige Frage ist, wem diese potenziellen Einsparungen zugutekommen. Im Finanzierungssystem der OKP-Leistungen übernimmt im stationären Bereich der Kanton Zürich 55 Prozent der Behandlungskosten, die Krankenversicherer übernehmen 45 Prozent (vgl. Kapitel 1.4). Ambulante Behandlungskosten werden alleinig von den Versicherern getragen. Durch Verlagerungen in den ambulanten Bereich entfällt der Kantonsanteil daher gänzlich und es ergeben sich deutliche Einsparungen aufseiten des Kantons. Die Krankenversicherer hingegen profitieren von einer Ambulantisierung nur, wenn die ambulante Behandlung über 55 Prozent kostengünstiger ist als die stationäre. Eine solche Kostendifferenz ist im derzeitigen Finanzierungssystem allein im OKP-Bereich – also ohne Zusatzversicherungskosten – bei etlichen Eingriffen gegeben (PwC Schweiz, 2016; Roth & Pellegrini, 2018b). Gemäss eigenen Analysen der Gesundheitsdirektion dürfte AvS im ersten Jahr keine oder nur sehr geringe Mehrkosten für die Versicherer verursacht haben. Für ein genaues Bild wären jedoch Auswertungen der Datenbestände bei den Versicherern selbst nötig.

Die Sinnhaftigkeit von Verlagerungen in den ambulanten Bereich stösst also aus volkswirtschaftlicher und medizinischer Sicht auf breite Akzeptanz. Auch erste Einschätzungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten zur Einführung der ambulanten Liste des BAG sind eher positiv, obschon die Behandelnden etwaige Ausweitungen der BAG-Liste eher kritisch sehen (Trezzini & Meyer, 2019). Gegen eine Ausweitung der Liste wurde insbesondere angebracht, dass jede Patientin und jeder Patient individuell zu beurteilen ist und der Behandlungsentscheid letztlich von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gefällt werden sollte. Deshalb wurde vom BAG eine Liste von Ausnahmekriterien definiert, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen. Die Gesundheitsdirektion hat diese Ausnahmekriterien erweitert und ein statistisches Monitoring aufgebaut, dass einerseits die Evaluation der eingeleiteten Massnahmen ermöglicht und anderseits die Möglichkeit bietet, Auffälligkeiten im Sinne von Regelverstössen zu sehen und in der Folge zu reagieren.

Entwicklungen im ersten Jahr mit «ambulant vor stationär»

Im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Zürcher AvS-Liste zeigt sich bei stationären Fällen in Listenspitälern, die als potenziell verlagerbar angesehen werden, ein Rückgang um rund 50 Prozent. Die Box auf S. 17 beschreibt, welche Fälle als potenziell verlagerbar angesehen werden, und nennt Ausnahmeindikationen. Die Grössenordnung von –50 Prozent deckt sich mit einer Prognose zu den Auswirkungen von AvS, welche die Gesundheitsdirektion im Jahr 2017 erstellt hatte. Auch die Prognose, dass AvS für die Gesundheitsdirektion mit unmittelbaren Einsparungen von etwa 10 Millionen Franken verbunden ist, hat sich bestätigt. Somit gelten die gesteckten Ziele als erreicht.

Potenziell in den ambulanten Bereich verlagerbare Fälle

Patientinnen und Patienten, die einen Eingriff benötigen, der auf der ambulanten Liste aufgeführt ist, sollen prinzipiell ambulant behandelt werden. Mögliche Ausnahmeindikationen betreffen Komorbiditäten (weitere Erkrankungen), beidseitig notwendige Eingriffe bei Krampfadern oder Leistenbrüchen, eine ungewöhnlich hoch eingeschätzte Eingriffsintensität oder erschwerende soziale Umstände. Eine Liste der möglichen Ausnahmeindikationen findet sich unter www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/qualitaet-in-listenspitaelern/indikationsqualitaet--ambulant-vor-stationaer.html

Die Entscheidung, ob eine stationäre Durchführung im Einzelfall nötig ist, trifft stets die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt.

Um die Auswirkungen der AvS-Liste zu evaluieren, wurden die Fallzahlen folgender Patientinnen und Patienten vor und nach Inkrafttreten der Liste verglichen: Die Patientin / der Patient …

- erhält mindestens einen Eingriff der Liste
- erhält nicht zugleich eine Behandlung, die eine stationäre Aufnahme rechtfertigt
- hat einen geringen Komplexitäts- und Komorbiditätslevel (PCCL < 2, s. Abbildung G11)
- hat einen kurzen Spitalaufenthalt (maximal 2 Nächte)
- ist geplant ins Spital eingetreten (nicht notfallmässig)
- hat bei Krampfadern und Leistenbrüchen keine beidseitige Behandlung

Soziale Faktoren bleiben in der Evaluation unberücksichtigt (aufgrund mangelnder Datenlage). Dieses Patientenkollektiv nimmt die Gesundheitsdirektion als potenziell verlagerbar an. Eine hundertprozentig mit der Realität übereinstimmende Eingrenzung der ambulantisierbaren Fälle würde ein aufwendiges Controlling auf Einzelfallebene bedingen. Die Gesundheitsdirektion hat sich jedoch für ein statistisches Vorgehen entschieden, das Auffälligkeiten auf Spitalebene eruiert. Falls sich auf dieser Ebene Auffälligkeiten abzeichnen, können Einzelfallprüfungen durchgeführt werden.

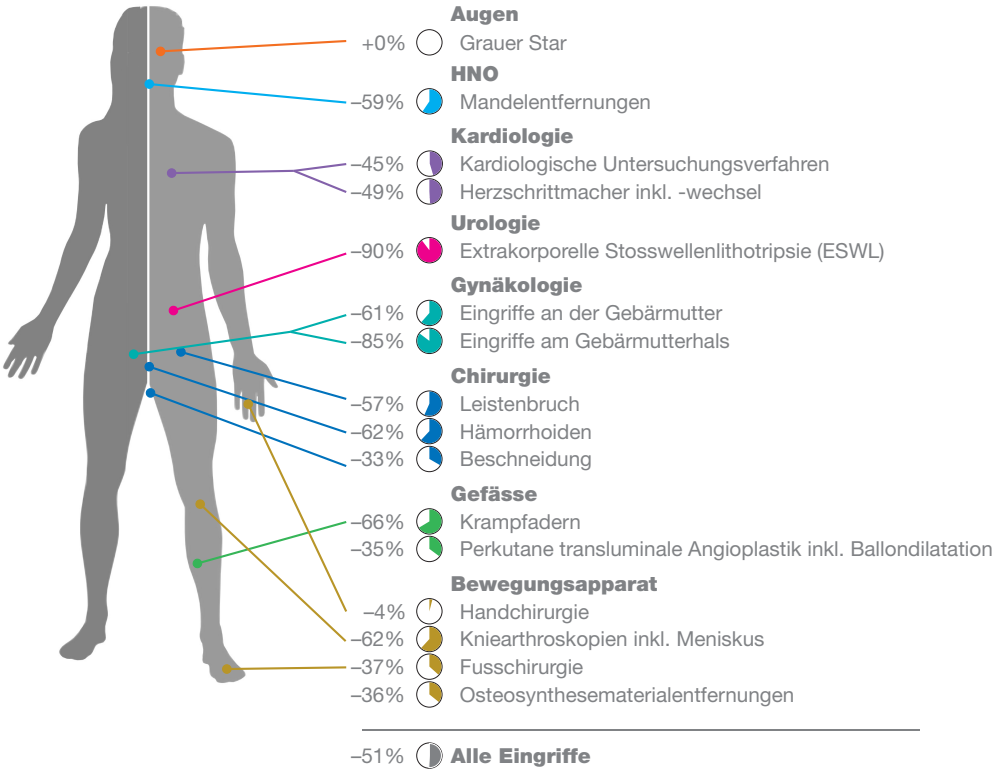
Abbildung G11: Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)

PCCL	Schweregrad
0	keine Komplikation oder Komorbidität
1	Leichte Komplikation oder Komorbidität
2	Mässig schwere Komplikation oder Komorbidität
3	Schwere Komplikation oder Komorbidität
4	Äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität

Quelle: SwissDRG AG

In den einzelnen Behandlungsgruppen lassen sich Unterschiede im Ausmass der Fallzahlreduktion erkennen. So nehmen urologische Behandlungen um 90 Prozent ab (von 77 Fällen in 2017 auf 8 Fälle in 2018), wohingegen bei den Katarakteingriffen keine Reduktion zu beobachten ist (+0,2 Prozent). Abbildung G12 zeigt für die einzelnen Behandlungsgruppen die Rückgänge der potenziell verlagerbaren Fälle von 2017 auf 2018.

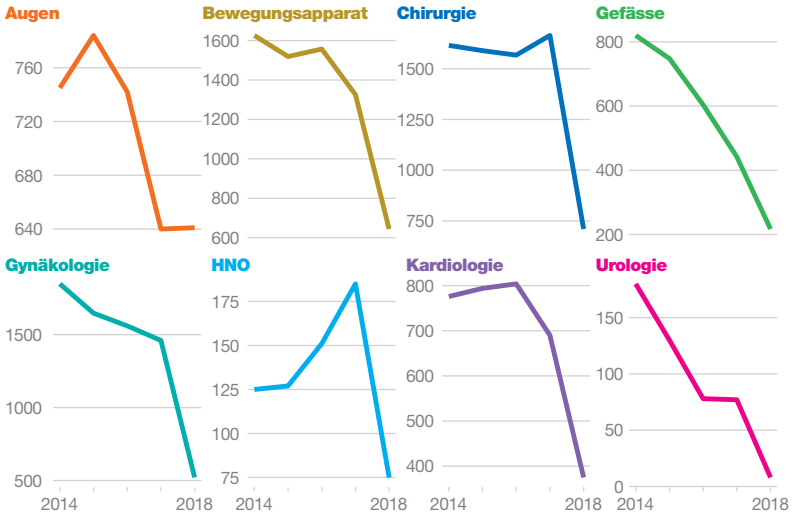
Abbildung G12: Prozentuale Rückgänge der verlagerbaren Fälle von 2017 auf 2018 nach Behandlungsgruppe



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

In absoluten Zahlen sind die Rückgänge in den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie sowie Bewegungsapparat besonders deutlich. Diese Bereiche machen zusammengenommen fast 80 Prozent des gesamten Fallzahlrückgangs gegenüber dem Vorjahr aus (2576 von 3294 Fällen). Den mengenmässig grössten Anteil macht die Gruppe der gynäkologischen Eingriffe an der Gebärmutter aus, die um nahezu 800 Fälle zurückgegangen sind (–61 Prozent). Abbildung G13 zeigt die 5-Jahres-Entwicklung der absoluten Fallzahlen für die acht Behandlungsbereiche. In fast allen Bereichen ist der Rückgang seit 2017 markant. In der Tendenz zeigt sich, dass Behandlungen, die bereits vor 2018 vorwiegend ambulant durchgeführt wurden, 2018 stationär weniger stark abgenommen haben. So werden Katarakteingriffe schon lange standardmässig ambulant durchgeführt (gemäss PwC, 2016, fanden 2014 etwa 98 Prozent der Katarakteingriffe ambulant statt). Dementsprechend war das Verlagerungspotenzial vor dem Inkrafttreten der AvS-Liste bereits gering.

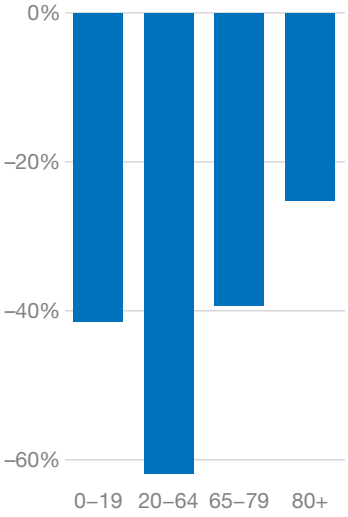
Abbildung G13: Entwicklung der verlagerbaren stationären Fallzahlen nach Behandlungsbereich



Anmerkung: Der y-Achsen-Abschnitt variiert mit den Behandlungsbereichen, um die Entwicklungsverläufe deutlicher darzustellen.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung G14: Entwicklung der verlagerbaren stationären Fallzahlen nach Altersklassen 2017–2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Wie zu erwarten ist der Fallzahlrückgang in der Altersgruppe ab 80 Jahren deutlich geringer ausgeprägt (–25 Prozent) als bei den 20- bis 64-Jährigen (–62 Prozent, s. Abbildung G14). Vermutlich gibt es im hohen Alter häufig weitere Ausnahmeindikationen, die durch die in der Evaluation verwendeten Ausnahmekriterien (s. Box S. 17) nicht abgedeckt sind (das Alter an sich wird nicht als Ausnahmeindikation verwendet, da die Vorteile eines ambulanten Eingriffs prinzipiell auch bei hohem Alter gelten). Die verbleibenden Altersgruppen (0 bis 19 sowie 65 bis 79) weisen Rückgänge um 40 Prozent auf.

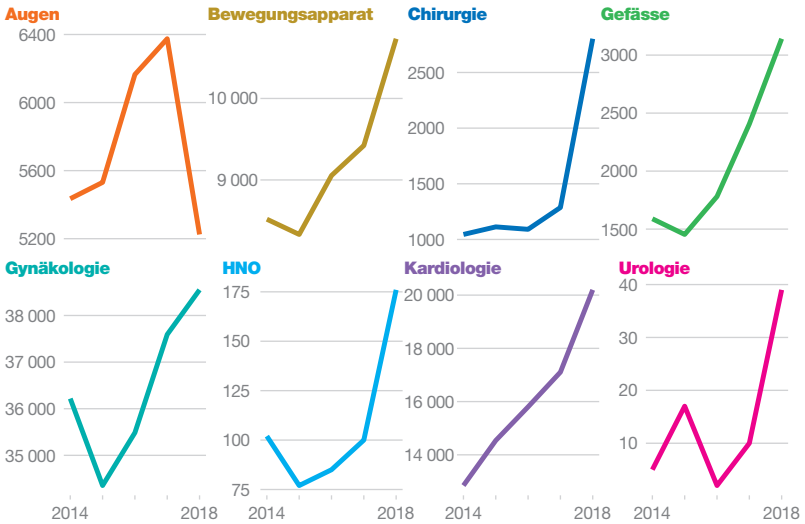
Wie oben erwähnt sind die stationären Fallzahlen bereits seit 2017 rückläufig. Ein Blick auf Abbildung G13 zeigt, dass in fünf der acht AvS-Behandlungsbereiche bereits im Jahr 2017 ein Fallzahlrückgang zu beobachten war. Über alle Behandlungsbereiche betrug der Rückgang der Fälle, die als potenziell verlagerbar angesehen werden, im Jahr 2017 gut acht Prozent gegenüber 2016. Dies stützt den bereits in Abbildung G10 (S. 15) dargestellten Sachverhalt, dass in denjenigen Spitalplanungsbereichen, die Eingriffe der AvS-Liste enthalten, Rückgänge seit 2017 zu verzeichnen sind. Bedeutet dies, dass sich die Spitäler rechtzeitig für zunehmend ambulante Behandlungen eingerichtet haben? Alle Spitäler im Kanton Zürich erbringen in der einen oder anderen Form auch ambulante Behandlungen. Da wäre es naheliegend, dass sie aufgrund der Auflagen im Rahmen von AvS ihre ambulanten Kapazitäten ausweiten, um die Eingriffe auf der ambulanten Liste auch in Zukunft in guter Qualität und effizient durchführen zu können. Man werfe nur einen Blick auf den Zürcher Flughafen, wo seit dem Frühjahr 2017 «The Circle» gebaut wird. Dort wird das Universitätsspital Zürich auf 11 000 m² im Jahr 2020 ein umfangreiches ambulantes Zentrum eröffnen. Die anderen zwei Universitätsspitäler Balgrist und das Kinderspital beteiligen sich ebenfalls. Zweifellos ist der ambulante Bereich auch für Spitäler ein signifikanter Versorgungsbereich. Eine entscheidende Frage in diesem Zusammenhang ist allerdings bisher nicht thematisiert worden: Ist es tatsächlich so, dass ambulante Behandlungen mit dem Rückgang der stationären Fallzahlen bei den Spitälern zugenommen haben?

Entwicklung im ambulanten Bereich

Bisher wurde ausschliesslich die Entwicklung der stationären Falldaten als Indikator für die Auswirkungen von AvS betrachtet. Unklar ist, ob dies im Gegenzug zu einer entsprechenden Zunahme von ambulanten Behandlungen geführt hat. Nur, wenn dies der Fall ist, kann davon ausgegangen werden, dass AvS den gewünschten Effekt hat, nämlich eine Verlagerung in den ambulanten Bereich. Die folgenden Auswertungen basieren auf Daten der SASIS AG, die unter anderem über Abrechnungsdaten der Krankenversicherer verfügt. Den Daten liegt die Anzahl verrechneter Tarmed-Positionen zugrunde, was nicht gleichzusetzen ist mit der Anzahl behandelter Fälle, wie für die bisher berichteten stationären Daten ausgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass 2017 und insbesondere 2018 die Anzahl verrechneter Positionen, die für AvS-Eingriffe stehen, zugenommen hat und dass dies auf eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zurückzuführen ist. Abbildung G15 zeigt die in Zürcher Spitälern verrechneten Tarmed-Positionen für die acht AvS-Bereiche. Auf den ersten Blick ist ersichtlich, dass in fast allen Bereichen im Jahr 2018 ein deutlich stärkerer Anstieg stattfand als in den Jahren zuvor. Einzig Katarakteingriffe bilden eine Ausnahme mit einem Rückgang von 18 Prozent im Jahr 2018. Interessanterweise waren diese Eingriffe bei den stationären Fallzahlen die einzigen, die 2018 nicht rückläufig waren. Für das Jahr 2017 ist in allen Bereichen eine Zunahme zu verzeichnen. Insgesamt stieg die Anzahl der analysierten Tarmed-Codes bei den Spitälern von 2016 bis 2018 um 14 Prozent (zum Vergleich: in den zwei Jahren zuvor +5 Prozent). Es bestätigt sich also die oben genannte Vermutung, dass die Spitäler die verlagerbaren stationären Fälle, die seit 2017 zurückgegangen sind, durch eine Zunahme an ambulanten Behandlungen aufzufangen versuchen.

Im Datenpool der SASIS AG werden alle durch die Versicherer erfassten Rechnungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zusammengeführt. Die Gesundheitsdirektion ist nicht beteiligt an der Finanzierung von ambulant erbrachten Leistungen und verfügt daher über keine eigenen Daten in diesem Bereich.

Abbildung G15: Entwicklung ausgewählter Tarmed-Positionen in Zürcher Spitälern

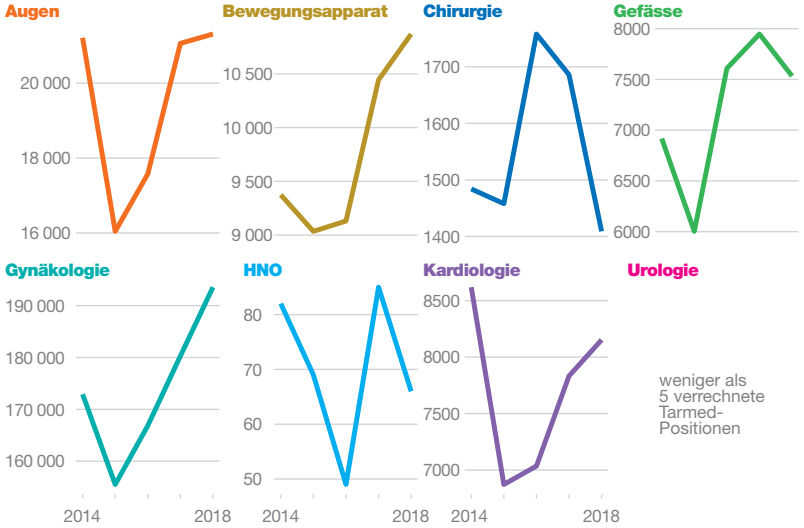


Anmerkung: Der y-Achsen-Abschnitt variiert mit den Behandlungsbereichen um die Entwicklungsverläufe deutlicher darzustellen.

Quelle: SASIS AG

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein etwas weniger deutliches Bild (s. Abbildung G16 S. 20). Allerdings liegt auch bei ihnen der Zuwachs gegenüber 2016 bei 14 Prozent. Im Gegensatz zu den Spitälern fand der grössere Anstieg jedoch im Jahr 2017 und nicht 2018 statt. Ausserdem waren die Zahlen in fünf Behandlungsbereichen im Jahr 2014 bereits schon mal höher als 2016. Diese nicht unerheblichen Schwankungen sind schwierig zu interpretieren und relativieren den Zusammenhang mit AvS. Es ist in diesem Zusammenhang von Interesse, dass in den Arztpraxen im Kanton Zürich rund dreimal so viele der betrachteten Tarmed-Positionen verrechnet wurden wie in den Spitälern. Es ist deshalb möglich, dass der AvS-Effekt in der grösseren Menge an verrechneten Tarmed-Positionen weniger sichtbar wird.

Abbildung G16: Entwicklung ausgewählter Tarmed-Positionen in Zürcher Arztpraxen



Anmerkung: Der y-Achsen-Abschnitt variiert mit den Behandlungsbereichen um die Entwicklungsverläufe deutlicher darzustellen.

Quelle: SASIS AG

Der beobachtete Rückgang der stationären Behandlungen geht einher mit einer Zunahme an ambulanten Behandlungen. Es zeigt sich sogar ein direkter Zusammenhang: je stärker der Rückgang der Fallzahlen in einer Behandlungsgruppe, desto stärker die Zunahme der ambulant verrechneten Behandlungen in den Spitälern. Seit Inkrafttreten der AvS-Liste sind somit die gewünschten Effekte eingetreten.

Die Betrachtung von statistischen Zusammenhangsmassen bestätigt diesen Eindruck: Über die 16 in den Abbildungen G9 (S. 14) und G12 (S. 17) aufgelisteten AvS-Behandlungsgruppen korreliert der Rückgang der stationären Fallzahlen signifikant mit der Zunahme an verrechneten Tarmed-Codes in den Spitälern: je stärker also der Rückgang in einer Behandlungsgruppe, desto stärker die Zunahme der spitalambulanten Verrechnungen.[2] Für die Arztpraxen existiert ein solcher Zusammenhang nicht, weder 2018 noch 2017. Insofern kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die Spitäler den geänderten Rahmenbedingungen angepasst haben und dazu übergegangen sind, einen beträchtlichen Teil der AvS-Eingriffe ambulant durchzuführen. Die Arztpraxen verzeichnen im Grossen und Ganzen seit 2017 ebenfalls eine Zunahme an AvS-Eingriffen, aber diese Zunahme ist weniger eng an die Rückgänge in den Spitälern gekoppelt.

Evaluation des ersten Jahres

Bei allen Listenspitälern waren die Auswirkungen von AvS zu beobachten, bei den allermeisten sogar sehr deutlich. Über alle Spitäler zeigten sich Rückgänge der potenziell verlagerbaren Fälle von gut 50 Prozent. Vier Spitäler wiesen sogar Rückgänge um 80 Prozent auf. Aufgrund der positiven Beurteilung auf Spitalebene sah die Gesundheitsdirektion keine Veranlassung, detaillierte Prüfungen auf Einzelfallebene durchzuführen. Insofern zieht die Gesundheitsdirektion ein sehr positives Fazit im ersten Jahr und ist erfreut über die konsequente Umsetzung in den Spitälern.

Exkurs: Entwicklung bei Nichtlistenspitälern

Spitäler ohne Leistungsauftrag, die folglich nicht auf einer Spitalliste sind und keinen kantonalen Finanzierungsanteil erhalten, sind erst seit Jahresbeginn 2019 mit Inkrafttreten der schweizweit gültigen BAG-Liste verpflichtet, gewisse Eingriffe ambulant statt stationär durchzuführen. Auf sie wurde bisher nicht eingegangen. AvS dürfte die sechs Spitäler, die nicht auf der Zürcher Spitalliste sind, finanziell mehr belasten, da sie nahezu ausschliesslich halbprivat- und privatversicherte Patientinnen und Patienten behandeln. Im Jahr 2018 betrug der Anteil dieser Patientinnen und Patienten in den Nichtlistenspitälern im Schnitt 88 Prozent, in den Listenspitälern hingegen 26 Prozent. Erlöse aus Zusatzversicherungsleistungen haben dadurch bei Nichtlistenspitälern ein viel stärkeres Gewicht. Bei einer ambulanten Behandlung entfallen solche Erlöse.

Bei den Zürcher Nichtlistenspitälern zeigte sich im Jahr 2018 ein Rückgang der potenziell verlagerbaren Fälle von fast 30 Prozent. Dies ist zwar weniger als in den Listenspitälern (–50 Prozent). Aber in Anbetracht dessen, dass die kantonale AvS-Liste nur für Listenspitäler bindend ist, ist der deutliche Rückgang von etwa 30 Prozent sehr erfreulich. Es ist zu vermuten, dass die Nichtlistenspitäler Anpassungen für das Inkrafttreten der nationalen ambulanten Liste in 2019 vorgenommen haben. Auch wäre denkbar, dass Krankenversicherer als alleinige Finanzierer der Fälle in Nichtlistenspitälern vermehrt Druck ausüben. Denn als alleinige Finanzierer dieser Fälle sparen sie bei Ambulantisierungen definitiv. Es wird spannend sein, zu sehen, wie diese Entwicklung im Jahr 2019 weitergeht.

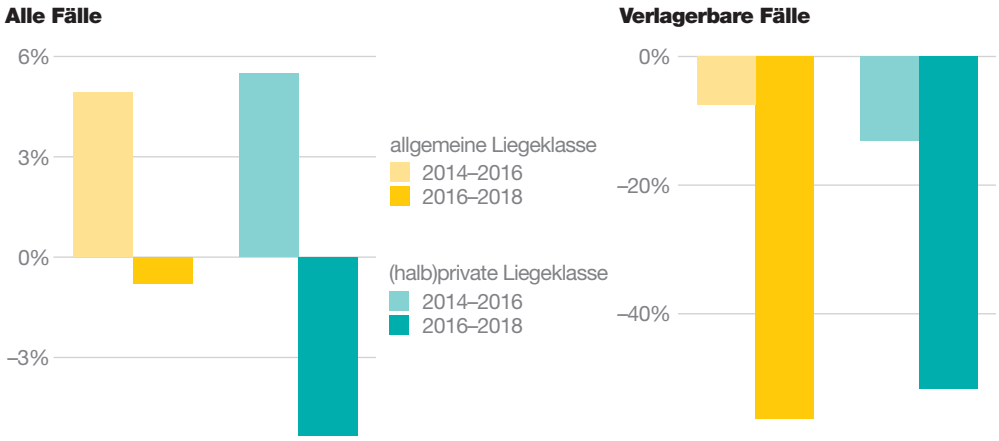
[2] Dies gilt sowohl für das Jahr 2018 ($r = -.59$, $p < .01$, $n = 16$) als auch etwas weniger prägnant für die Entwicklung in den Jahren 2017 und 2018 zusammengenommen ($r = -.41$, $p < .10$, $n = 16$).

1.3.1.2 Abbau von Fehlversorgung?

Eine stationäre Behandlung, die aus medizinischer Sicht genauso gut hätte ambulant erfolgen können, kann volkswirtschaftlich aufgrund der höheren Kosten und oftmals auch aus Patientensicht als Fehlversorgung erachtet werden. AvS trägt somit de facto zu einem Abbau von Fehlversorgung bei. Dieser letzte Abschnitt zum Bereich Akutsomatik beschäftigt sich mit der Fallzahlentwicklung in den verschiedenen Versicherungsklassen und geht der Frage nach, ob dort, wo zusätzliche finanzielle Anreize bestehen, andere Entwicklungen zu beobachten sind als dort, wo dies nicht der Fall ist. Im Folgenden werden daher Fallzahlentwicklungen von Allgemeinversicherten mit Zusatzversicherten (halbprivat/privat) verglichen. Abbildung G17 zeigt, dass die Fallzahlen der allgemeinen Liegeklasse von 2016 auf 2018 um 0,8 Prozent zurückgegangen sind, während die Fallzahlen der halbprivaten und privaten Liegeklasse um 4,7 bzw. 6,3 Prozent zurückgegangen sind (zusammengenommen –5,3 Prozent). Sogar in absoluten Zahlen ist der Fallzahlrückgang gegenüber 2016 zu über zwei Drittel auf die (halb)privaten Liegeklassen zurückzuführen, und das obwohl nur grob ein Viertel aller Patientinnen und Patienten diese Liegeklassen belegt.

Die Annahme, dass der Anteil der (Halb-)Privat- oder Flex-Versicherten in der Bevölkerung abnimmt und somit auch in den Fallzahlen einen überproportionalen Rückgang bewirkt, hält einer Prüfung nicht stand. Denn der Anteil dieser Versichertengruppen in der Bevölkerung nimmt – schweizweit – eher zu und nicht ab (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018, BAG). Betrachtet man zudem die Entwicklung in den Jahren 2015 und 2016, so zeigt sich, dass hier (Halb-)Privatversicherte ein stärkeres Fallzahlwachstum aufwiesen als Allgemeinversicherte. Abbildung G18 illustriert pro Liegeklasse die Diskrepanz zwischen der Fallzahlentwicklung seit 2017 verglichen mit den Jahren davor. Augenscheinlich ist diese Diskrepanz bei den (Halb-)Privatversicherten stärker ausgeprägt als bei den Allgemeinversicherten (s. linke Hälfte der Abbildung). Ist dies Zeichen einer stationären Überversorgung der (Halb-)Privatversicherten, die nun reduziert wurde? Und: Ist dieser Effekt durch AvS bedingt? Wie Abbildung G18 ebenfalls zeigt, ist der Rückgang bei verlagerbaren Fällen gemäss AvS seit 2017 in der Gruppe der (Halb-)Privatversicherten geringfügig schwächer als bei Allgemeinversicherten (s. rechte Hälfte der Abbildung). AvS kann somit die in der linken Hälfte von Abbildung G18 dargestellte Dynamik, also den stärkeren Fallzahlrückgang bei (halb)privat, nicht erklären. Worauf ist diese Dynamik dann zurückzuführen?

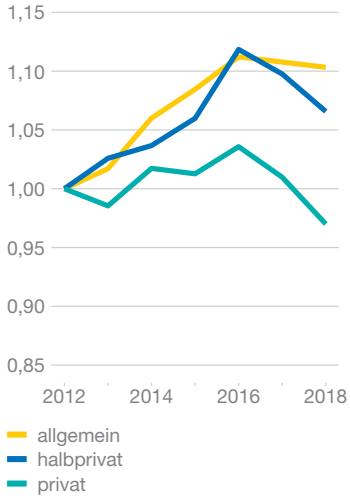
Abbildung G18: Fallzahlveränderungen der Jahre 2016 gegenüber 2014 sowie 2018 gegenüber 2016 für alle betrachteten Fälle (links) bzw. nur für verlagerbare Fälle (rechts). Darstellung pro Liegeklasse und in Prozent.



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Die in diesem Unterkapitel präsentierten Auswertungen zur Versicherungsklasse basieren stets auf der Liegeklasse der stationären Fälle, da eine direkte Erhebung der Versicherungsklasse erst seit 2016 stattfindet. Zur besseren Lesbarkeit werden die Begriffe Versicherungsklasse und Liegeklasse synonym verwendet. Auch Begriffe wie allgemeinversichert und privatversichert beziehen sich auf die Liegeklasse. Grundgesamtheit bilden in diesem Unterkapitel alle Fälle mit kantonalem Finanzierungsanteil in Zürcher Spitälern.

Abbildung G17: Entwicklung der stationären Fallzahlen nach Liegeklasse (indexiert, Basisjahr = 2012)

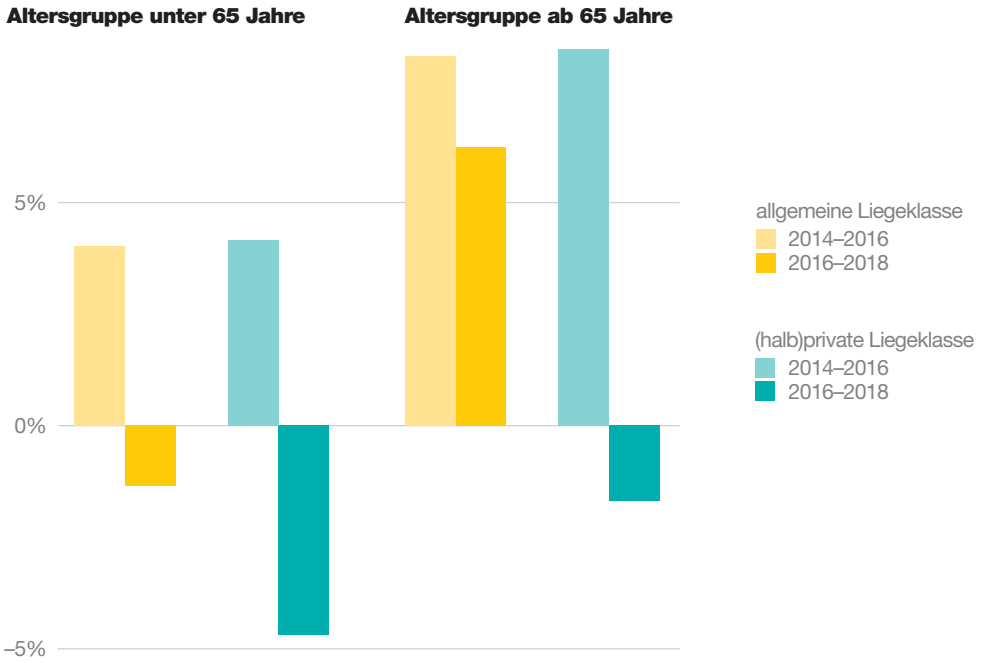


Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Der Gesundheitsdirektion stehen nur Zahlen zur Verfügung, ob ein Eingriff elektiv bzw. geplant ist oder nicht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es sich nicht um einen notwendigen Eingriff handelt. In aller Regel sollten auch geplante Eingriffe kurz- bis mittelfristig notwendig sein. Der Anteil geplanter Eingriffe ist bei (Halb-)Privatversicherten etwa zehn Prozentpunkte höher als bei Allgemeinversicherten und hat seit 2017 deutlich stärker abgenommen als bei Allgemeinversicherten.

Die abschliessende Grafik (Abbildung G19) dieses Kapitels wirft einen Blick auf die Fallzahlentwicklung bereinigt für Effekte aufgrund von AvS, das heisst Fälle, welche die Substituierbarkeits-Kriterien erfüllen (vgl. Box S. 17), sind aus der Analyse ausgeschlossen. Die Grafik ist in zweierlei Hinsicht interessant: Erstens wird deutlich, dass auch über die AvS-Liste hinaus Fallzahlrückgänge zu beobachten sind. In allen Patientengruppen ausser derjenigen ab 65 Jahre mit allgemeiner Liegeklasse sind die Fallzahlen seit 2017 rückläufig. Wie bereits oben dargestellt (s. Abbildung G10 S. 15) sind auch hier die Rückgänge insbesondere in denjenigen Leistungsbereichen zu beobachten, die Potenzial für ambulante Behandlungen haben, beispielsweise Bewegungsapparat, Gynäkologie oder Basispaket. In Leistungsbereichen, in denen kaum die Möglichkeit vermehrter ambulanter Behandlungen besteht (z. B. Schwere Unfallverletzungen, Neurochirurgie oder Hämatologie), findet hingegen eine weitere Fallzunahme statt. Eine naheliegende Annahme ist daher, dass diese Rückgänge aus ambulanten Behandlungen resultieren, die über die AvS-Liste hinausgehen. Anderseits unterscheiden sich diese Gruppierungen von Leistungsbereichen nicht nur im Hinblick auf ihr Ambulantisierungspotenzial, sondern auch im Hinblick auf den Anteil elektiver, also planbarer Eingriffe. Zu den elektiven Eingriffen zählen auch medizinisch nicht zwingend notwendige Eingriffe, beispielsweise solche, für die auch konservative Therapieformen möglich wären. Eine weitere oder ergänzende Erklärung könnte also sein, dass solche Eingriffe verschoben oder unterlassen wurden.

Abbildung G19: Fallzahlveränderungen der Jahre 2016 gegenüber 2014 sowie 2018 gegenüber 2016 pro Altersgruppe und Liegeklasse in Prozent, bereinigt für AvS-Effekte



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Der zweite interessante Aspekt dieser Grafik ist die unterschiedliche Entwicklung bei den ab 65-Jährigen: Wie auch in den Jahren zuvor nehmen die Fallzahlen bei Allgemeinversicherten seit 2017 zu. Die Gründe dafür wurden bereits diskutiert: Zum einen ist dies die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe, zum anderen steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, dass eine ambulante Behandlung nicht indiziert ist. Im Gegensatz dazu verzeichnen (halb)privatversicherte Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre einen Fallzahlrückgang. Die plausibelste Interpretation dieser Daten ist, dass bei den (Halb-)Privatversicherten der Anteil ambulantisierbarer oder nicht zwingend notwendiger Eingriffe höher ist und dass dieser Anteil nun verkleinert wird. Dies ist im Sinne einer patientenzentrierten Indikationsstellung sehr zu begrüssen. Die Gesundheitsdirektion hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbesserung der Indikationsqualität auch in Zukunft in enger Zusammenarbeit mit den Partnern im Gesundheitswesen voranzutreiben (vgl. dazu auch Kapitel 2.2).

1.3.1.3 Fazit

Der bemerkenswerte Rückgang der stationären Fallzahlen seit 2017 fällt zusammen mit Konkretisierungen im Projekt AvS und wird im Jahr 2018 mit dem Inkrafttreten der verbindlichen AvS-Liste sehr deutlich ersichtlich. Im ersten Jahr nach Inkrafttreten wurden 50 Prozent weniger Patientinnen und Patienten, welche die AvS-Kriterien erfüllen, stationär behandelt als im Vorjahr. Der Rückgang korreliert mit einer Zunahme bei den ambulanten Behandlungen. Insgesamt dürfte der Behandlungsbedarf in der Bevölkerung daher nicht abgenommen haben. Vielmehr scheint AvS den beabsichtigten Verlagerungseffekt ausgelöst zu haben.
Doch auch über die Vorgaben der AvS-Liste hinaus wurden seit 2017 weniger Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Insbesondere sind hierbei die Gruppen der unter 65-Jährigen sowie der (halb)privatversicherten Personen zu nennen, die – bereinigt für Effekte der AvS-Liste – gesamthaft ebenfalls abnahmen.
Natürlich sind Ambulantisierungen ein fortwährender Trend in der Medizin, der sich auch ohne Regulierung vollzieht, selbst wenn keine tariflichen Anreize dazu bestehen. So war in den vergangenen Jahren schweizweit im ambulanten Bereich ein stärkeres Wachstum zu beobachten als im stationären Bereich (PwC Schweiz, 2018; Helsana, 2019). Bis anhin vollzog sich dieser Trend in der Schweiz im internationalen Vergleich jedoch zu langsam. Die hier präsentierten Daten legen nahe, dass bei den Spitälern im Kanton Zürich ambulante Behandlungen seit 2017 stark auf dem Vormarsch sind und dass ambulante Listen solch einen Wandel beschleunigen können.

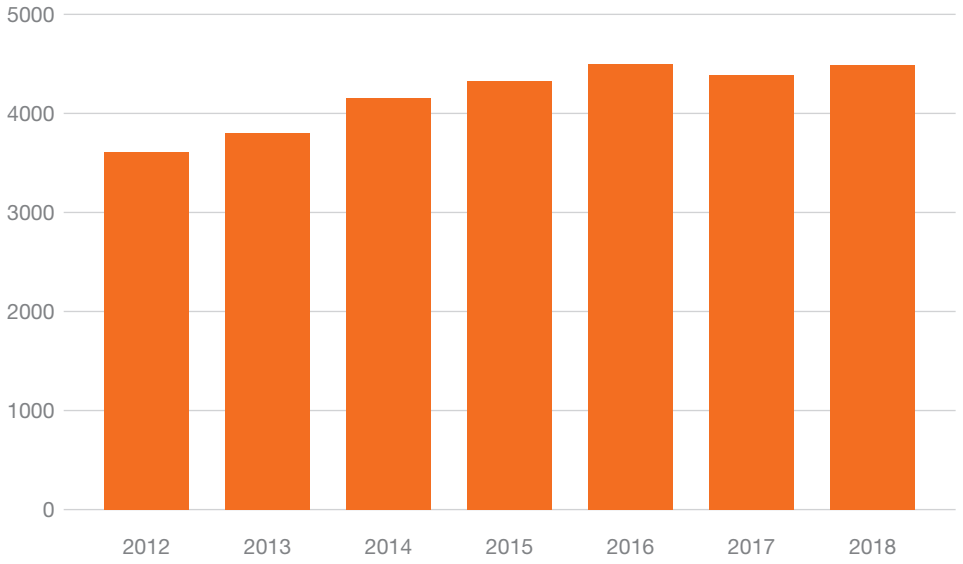
1.3.2 Fallzahlentwicklung in Rehabilitation und Psychiatrie

Im Gegensatz zur Akutsomatik weisen die Entwicklungen der stationären Fallzahlen in den Versorgungsbereichen Rehabilitation und Psychiatrie im Kanton Zürich keine grösseren Richtungswechsel auf. Dennoch wird in den folgenden zwei Abschnitten in aller Kürze ein Überblick der Entwicklungen in den vergangenen Jahren gegeben. Für weiterführende Zahlen zu verschiedenen Patientenmerkmalen und zu den einzelnen Kliniken sei auf die bereichsspezifischen Kapitel 03 und 04 dieses Berichts verwiesen.

Fallzahlentwicklung in der Rehabilitation

Abbildung G20 zeigt die Entwicklung der stationären Fallzahlen in den Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich. Wie ersichtlich, stiegen insbesondere zwischen 2012 und 2016 die Fallzahlen an, unter anderem aufgrund der neuen Angebote der RehaClinic Zollikerberg (ab 2011), der RehaClinic Kilchberg (ab 2012) und der Klinik Lengg (ab 2014). Im Jahr 2017 ist ein Rückgang von 2,4 Prozent zu verzeichnen, im Jahr 2018 ein Anstieg von 2,2 Prozent.

Abbildung G20: Entwicklung der stationären Fallzahlen Rehabilitation im Kanton Zürich, 2012–2018



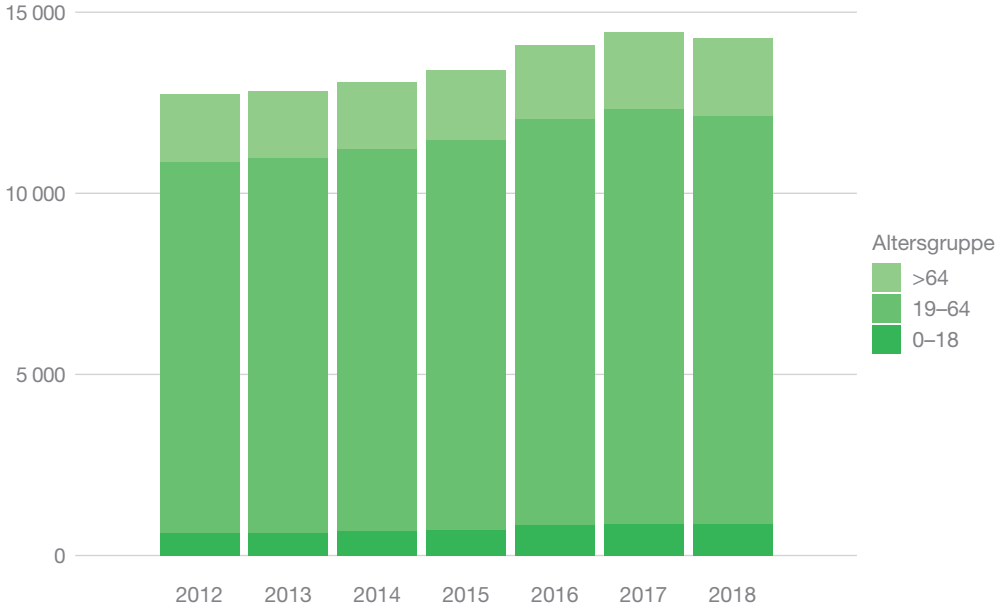
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Über 80 Prozent der Personen in der stationären Rehabilitation werden von einem akutsomatischen Spital überwiesen. Da die Fallzahlen in der Akutsomatik seit 2017 zurückgegangen sind (vgl. Kapitel 1.3.1 und 2.2), ist der Rückgang in der Rehabilitation im Jahr 2017 nicht überraschend. Unerwartet ist jedoch, dass 2018 die akutsomatischen Fälle weiter abgenommen haben, während in der Rehabilitation die Fälle zugenommen haben. Betrachtet man jedoch nur die akutsomatischen Fälle, die im Anschluss in eine Rehabilitationsklinik überwiesen wurden, so nähert sich der Entwicklungsverlauf demjenigen von Abbildung G20 (S. 23) an: Während vor 2017 und im Jahr 2018 die Überweisungen in Rehabilitationskliniken zwischen +4 Prozent und +7,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr stiegen, war die Anzahl der Überweisungen 2017 nahezu gleich wie im Vorjahr (+0,5 Prozent). Die Zahl der Überweisungen stagnierte 2017 insbesondere bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahre und war bei Personen ab 80 Jahren sogar deutlich rückläufig. Diese Dynamik deckt sich mit den Daten der Rehabilitationskliniken selbst: Der Fallzahlrückgang 2017 ist insbesondere bei Personen über 65 Jahren vorhanden. Die Spitalplanungsleistungsbereiche «internistisch-onkologisch», «muskuloskelettal» und «übrige Rehabilitation» wiesen die stärksten Rückgänge auf. In diesen Leistungsbereichen verzeichnen Patientinnen und Patienten bis 65 Jahre ähnliche Rückgänge wie Personen in höherem Alter. Die jüngeren Altersgruppen haben allerdings Zuwächse im neurologischen und kardiovaskulären Leistungsbereich, weshalb sie insgesamt eine wachsende Fallzahlentwicklung 2017 aufweisen. Die Trennlinie zwischen zunehmenden und abnehmenden Leistungsbereichen erinnert zumindest teilweise an die Entwicklung in der Akutsomatik: Dort verzeichneten seit 2017 beispielsweise die Leistungsbereiche Bewegungsapparat, Gefässe und Basispaket Rückgänge, während etwa die neurologischen Leistungsbereiche zugenommen haben (s. Abbildung G10 S. 15). Da der Rückgang in der Akutsomatik auf die Verlagerung ambulantisierbarer sowie auf die Verschiebung oder Unterlassung nicht zwingend notwendiger Eingriffe zurückgeführt wurde, stellt sich die Frage, ob diese Ursachen auch in der Rehabilitation Auswirkungen auf die Fallzahlen hatten. Dass Eingriffe, die ambulant durchführbar sind, eine stationäre Rehabilitation nach sich ziehen, dürfte kaum vorkommen. Bei den nicht zwingend notwendigen Eingriffen ist eine anschliessende Rehabilitation allerdings nicht unwahrscheinlich (z. B. Eingriffe am Bewegungsapparat, für die auch konservative Therapien möglich wären). Rund 50 Prozent der akutsomatischen Patientinnen und Patienten, die in eine Rehabilitationsklinik überwiesen wurden, hatten einen geplanten Eingriff. Im Jahr 2017 ging die Zahl dieser Patientinnen und Patienten erstmals seit 2010 zurück (–2 Prozent), 2018 nahm sie wieder zu. Bei allen übrigen (nicht geplanten) akutsomatischen Fällen mit anschliessender Rehabilitation ging die Fallzahl im Jahr 2017 nicht zurück (+0,3 Prozent). Eine mögliche Interpretation der Daten ist somit, dass sich in einer Phase der Wegbereitung der ambulanten Listen und der präsenten Diskussionen über Massnahmen zur Reduktion der Fallzahlen in den Spitälern eine Zurückhaltung gegenüber nicht zwingend notwendigen Eingriffen ausbreitete. Dies resultierte im Jahr 2017 auch in rückläufigen Rehabilitationszahlen. Im Jahr 2018 verflüchtigte sich dieser Effekt mit der Konkretisierung der ambulanten Liste. Denn diese sollte auf Patientinnen und Patienten, die anschliessend rehabilitative Massnahmen benötigen, keine Auswirkungen haben. Zuletzt sei angemerkt, dass dies Spekulationen sind und dass derartige Dynamiken bei einem einmaligen Rückgang um 109 Fälle kaum abschliessend aufzuklären sind.

Fallzahlentwicklung in der Psychiatrie

Psychiatrische Behandlungen nehmen stark zu. Gemäss Zahlen, die das Obsan publiziert hat, ist schweizweit der Anteil der Krankenversicherten, die eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in Anspruch nehmen, von 2006 bis 2017 um 54 Prozent gewachsen (Schuler, Tuch & Peter, 2019). Noch klarer ist der Zuwachs in der spitalambulanten Psychiatrie: Die Anzahl der Konsultationen pro 1000 Versicherte hat sich zwischen 2006 und 2017 nahezu verdoppelt (+96 Prozent). Bei den stationären psychiatrischen Aufenthalten nennt das Obsan einen Zuwachs der Hospitalisierungsrate (Anzahl Fälle pro 1000 Einwohner) von 8,3 Prozent zwischen 2012 und 2017. Eines wird in allen drei Settings sehr deutlich: Die Zunahme bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre ist jeweils erheblich grösser als bei Erwachsenen, z. B. mehr als siebenmal so gross im stationären Setting.

Abbildung G21: Entwicklung der stationären Fallzahlen Psychiatrie im Kanton Zürich, 2012–2018



Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

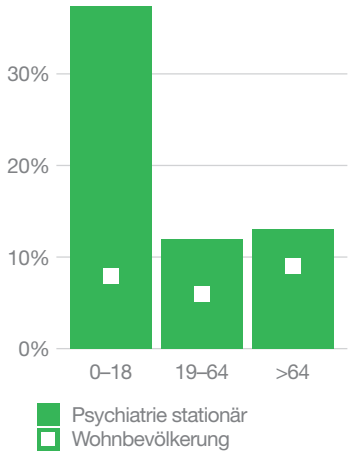
Der Blick auf die stationären Fallzahlen in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich bestätigt dieses Bild. Zwischen 2012 und 2017 sind die Fallzahlen stetig gestiegen (s. Abbildung G21). Der Rückgang 2018 hängt mit der Einführung von TARPSY zusammen, einer neuen schweizweiten Tarifstruktur mit modifizierter Falldefinition.[3] Im Folgenden wird auf den Zeitraum von 2012 bis 2017 eingegangen, in dem es keine systembedingten Verzerrungen gibt. In diesem Zeitraum sind die stationären Fallzahlen im Kanton Zürich bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre etwa dreimal so stark gewachsen (+37 Prozent) wie die der Erwachsenen (+12 Prozent). Die Fallzahlen wachsen in allen Altersgruppen stärker als die Zürcher Wohnbevölkerung. Am deutlichsten ist dieser Effekt jedoch bei Kindern und Jugendlichen, wo das Fallzahlenwachstum vier- bis fünfmal so stark ist wie das Bevölkerungswachstum. Abbildung G22 veranschaulicht dies.

Bei Kindern und Jugendlichen sind die mit Abstand häufigsten Diagnosen bei einer stationären Aufnahme den affektiven und neurotischen Störungen zuzuordnen. Die affektiven Störungen, also beispielsweise Depressionserkrankungen und Burnout, betrafen 2017 fast ein Drittel der stationären Fälle im Alter bis 18 Jahre. Seit 2012 hat sich die Zahl mehr als verdoppelt (+131 Prozent). Unter neurotischen Störungen, beispielsweise Angst- und Zwangsstörungen, litt 2017 über ein Viertel der Fälle dieser Altersgruppe. Seit 2012 haben diese Störungsbilder um 60 Prozent zugenommen. Die stärkste Zunahme ist allerdings im Bereich der Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklung oder motorische Entwicklung) zu beobachten, mit beinahe einer Verdreifachung der Fälle seit 2012. Entwicklungsstörungen betreffen jedoch nur drei Prozent der Fälle der unter 18-Jährigen.

Bei Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter stellen ebenfalls affektive Störungen die grösste Gruppe dar (32 Prozent aller Fälle 2017). Diese nahmen seit 2012 um 27 Prozent zu. Auch Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, also insbesondere wahnhafte oder psychotische Störungen, sind verbreitet (18 Prozent aller Fälle) und nehmen zu (+11 Prozent seit 2012). Bei Personen ab 65 Jahren nehmen ebenfalls schizophrene Störungsbilder zu (+28 Prozent seit 2012). Ausserdem nehmen stationäre Behandlungen aufgrund Alkoholmissbrauchs und -abhängigkeit in dieser Altersgruppe zu (+38 Prozent). Abbildung G23 (S. 26) fasst diese Zahlen zusammen.

TARPSY gilt seit 2018 und ist eine gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie. Das Ziel der Tarifstruktur ist es, klare Rahmenbedingungen zu schaffen, die Transparenz und die Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität zu erhöhen sowie den patientenorientierten Ressourceneinsatz zu fördern.

Abbildung G22: Prozentuale Fallzahlveränderungen 2012–2017 in der stationären Psychiatrie und in der Wohnbevölkerung



Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA; Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, BFS

[3] Datensimulationen, die für TARPSY-bedingte Änderungen in der Datenerhebung korrigieren, zeigen auch von 2017 auf 2018 leicht steigende Fallzahlen. Die gesamte Zeitreihe lässt sich jedoch nicht simulieren und somit wird in diesem Kapitel auf die Jahre 2012 bis 2017 Bezug genommen.

Abbildung G23: Leistungsbereiche mit den stärksten Zuwächsen 2012–2017 nach Altersgruppe

	Leistungsbereich	Zunahme 2012–2017 [in %]	Anzahl Fälle 2017	Anteil an allen Fällen 2017 [in %]
0–18 Jahre				
	Affektive Störungen	131	272	31,5
	Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen	60	239	27,7
	Entwicklungsstörungen	271	26	3,0
19–64 Jahre				
	Affektive Störungen	27	3 691	32,2
	Schizophrener Formenkreis	11	2 115	18,4
>64 Jahre				
	Schizophrener Formenkreis	28	277	13,2
	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	38	157	7,5

Im Kanton Zürich ist die Bettenauslastung in der Psychiatrie höher als in den Versorgungsbereichen Akutsomatik und Rehabilitation. Insgesamt zeichnet sich also ein Bild mit deutlich zunehmenden Fallzahlen und starker Auslastung der vorhandenen stationären psychiatrischen Kapazitäten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Ist dies in erster Linie auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zurückzuführen oder auf eine zunehmende Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgungsstrukturen? Die Autoren der eingangs erwähnten Obsan-Studie ziehen das Fazit, dass zumindest im Hinblick auf Depressionserkrankungen eher Letzteres der Fall sein dürfte (Schuler, Tuch & Peter, 2019). Auch Studien in Deutschland stützen dies für psychische Krankheitsbilder insgesamt (Jacobi, Bretschneider & Müllender, 2015): Die zunehmende Beanspruchung der psychiatrischen Hilfesysteme scheint eher Folge einer geringeren Stigmatisierung psychisch Erkrankter sowie besser ausgebauter Versorgungsangebote zu sein denn Folge zunehmender Prävalenzen. Allerdings gibt es durchaus Hinweise, dass in gewissen Subgruppen die «wahren» Prävalenzen zunehmen, beispielsweise in sozial weniger privilegierten Bevölkerungsgruppen oder auch in jüngeren Altersgruppen (Mauz & Jacobi, 2008). Langzeitstudien zu dieser Frage sind aufwendig und rar, könnten jedoch sehr wichtige und weiterführende Erkenntnisse für die künftige Versorgungsplanung liefern.

Quellenangaben

Helsana. (2019). Helsana-Report: Mengenentwicklungen in der Grundversicherung. Abgerufen am 08.10.2019 von www.helsana.ch/docs/helsana-mengenreport-2019.pdf

Jacobi, F., Bretschneider, J., & Müllender, S. (2015). Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In K. Kliner, D. Rennert, & M. Richter, Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015 (S. 63–71). Berlin: Medizinischwissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Lafortune, G., Balestat, G., & Duran, A. (2012). Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases? Paris: OECD. Abgerufen am 08.10.2019 von www.oecd.org/health/Comparing-activities-and-performance-of-the-hospital-sector-in-Europe_Inpatient-and-day-cases-surgical-procedures.pdf

Mauz, E., & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. Psychiatrische Praxis, 35(07), S. 343–352.

OECD. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD. Abgerufen am 08.10.2019 von www.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

PwC Schweiz. (2016). Ambulant vor stationär, Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. Von www.pwc.ch/gesundheitswesen abgerufen

PwC Schweiz. (2018). Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel. Von www.pwc.ch/gesundheitswesen abgerufen

Roth, S., & Pellegrini, S. (2018a). Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen (Obsan Bulletin 1/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Roth, S., & Pellegrini, S. (2018b). Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 63). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2016 (Obsan Bulletin 5/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2017 (Obsan Bulletin 8/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Trezzini, B., & Meyer, B. (2019). Erste Erfahrungen mit den Listen «ambulant vor stationär». Schweizerische Ärztezeitung, 100(19), S. 637–640. www.doi.org/10.4414/saez.2019.17807

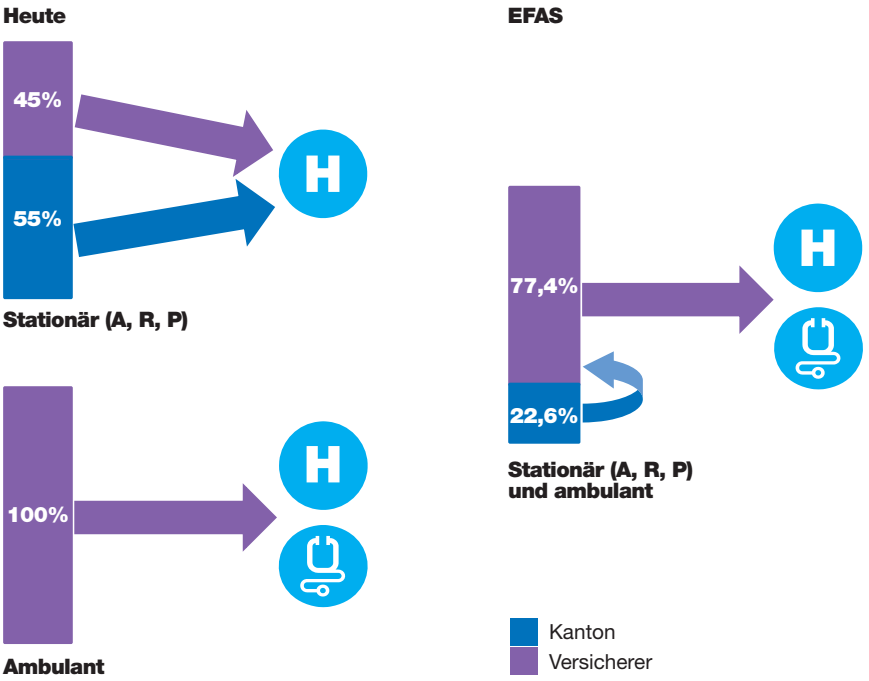
1.4 Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (EFAS)

«Monismus» oder «fix-duale» Finanzierung
Als Monismus wird eine Art der Finanzierung bezeichnet, nach der ambulante wie auch stationäre Leistungen zu 100 Prozent von einer Organisation und damit aus einer Hand bezahlt werden. Bei der «fix-dualen» Finanzierung hingegen werden die Leistungen von zwei Organisationen (Krankenversicherer und Kantone) zu einem festen Prozentsatz finanziert.

Ausgangslage

Vor rund 15 Jahren wurde im nationalen Parlament die Revision der Spitalfinanzierung behandelt. Während der Debatte war man sich bewusst, dass die Finanzierung stationärer Spitalleistungen durch Krankenversicherer und Kantone (fix-dual) zu administrativen Doppelspurigkeiten führen könnte. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung im Vergleich zu ambulanten Leistungen (100 Prozent durch die Krankenkassen) würde zudem die Schnittstelle ambulant zu stationär nicht beseitigt. Bereits damals gab es deshalb verschiedene Vorstösse und sogar eine Arbeitsgruppe des Bundesamtes für Gesundheit, um die Alternative eines sogenannten «Monismus» vertieft zu prüfen. Die konkrete Ausgestaltung liess viele Fragen offen, weshalb das Bundesparlament die fix-duale Spitalfinanzierung – später als «neue Spitalfinanzierung 2012» bezeichnet – verabschiedete. Aber bereits kurz darauf wurde die parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (09.528)» eingereicht, um diese Frage weiter zu vertiefen und eine nächste Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in die Wege zu leiten.
Im Jahr 2018 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) schliesslich eine Gesetzesvorlage präsentiert. Die Vorlage wurde im September 2019 vom Nationalrat angenommen und wird nun im Ständerat behandelt. Danach sollen ambulante Leistungen in einer Praxis oder einem Spital und stationäre Leistungen im Spital künftig einheitlich durch die Krankenversicherer finanziert werden (EFAS). Zudem sollen die Kantone ihren Finanzierungsanteil künftig an die Krankenversicherer überweisen, die dann den Gesamtbetrag an die Leistungserbringer bezahlen (Monismus). Gestützt auf bisherige Finanzierungsströme wurde der Verteilschlüssel 77,4 Prozent Krankenversicherer und 22,6 Prozent Kanton errechnet (s. Abbildung G24).

Abbildung G24: Vergleich der Finanzierungsanteile heute und unter EFAS



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

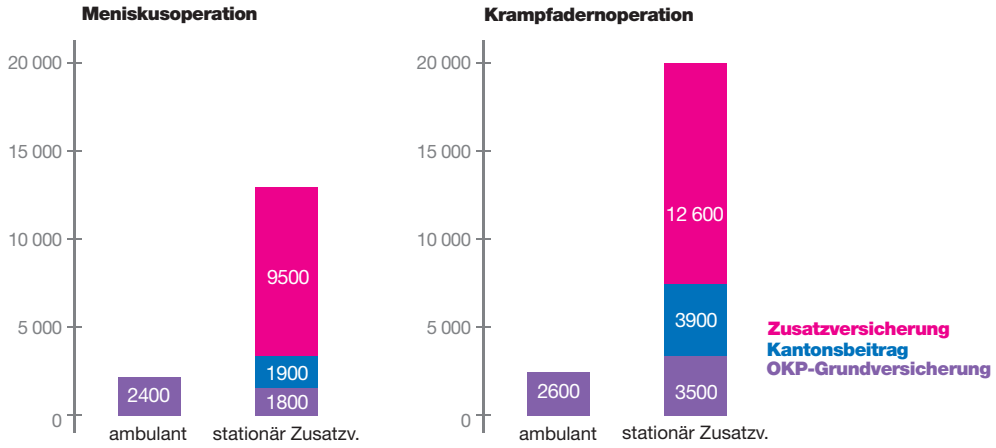
Beurteilung der Vorlage

Um der seit Jahren bestehenden Kostenzunahme und damit einhergehenden Erhöhung der Prämien- und Steuerausgaben im Gesundheitswesen erfolgreich zu begegnen, müssen bestehende Fehlanreize im System reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Aus Sicht der Kantone ist es dabei wichtig, stets die Gesamtsicht auf das Gesundheitssystem zu wahren. Die Effizienz des gesamten Systems wie auch die integrierte Versorgung sollen weiter gestärkt werden.
Die aktuelle Gesetzesvorlage vereinfacht die Finanzierung und korrigiert den Fehlanreiz für die Krankenversicherer, angemessene ambulante Behandlungsformen nicht in jedem Fall gegenüber stationären Spitalleistungen zu bevorzugen. Weil die Krankenversicherer nur 45 Prozent einer stationären Behandlung übernehmen müssen, ist für sie eine ambulante Behandlung nicht immer günstiger als eine stationäre Behandlung. Vermag damit die Gesetzesvorlage die erwünschte Wirkung zu erzielen und einen Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums zu leisten? Dies ist aus drei Gründen zu bezweifeln, die in der Folge dargelegt werden:

1. EFAS genügt nicht für eine wirksame Kostendämpfung

Die heutigen Vergütungssysteme (Finanzierungs- wie Tarifierungssysteme) führen dazu, dass stationäre Spitalbehandlungen im Vergleich zu ambulanten Eingriffen zu deutlich höheren Erträgen im Spital führen. Abbildung G25 zeigt dies anhand zweier Beispiele eindrücklich auf: Alleine die Finanzierung der Grundversicherungsleistungen nach KVG führt bei beiden Beispielen zu höheren stationären Erträgen. Ist eine Patientin oder ein Patient gar zusatzversichert, kommen weitere Erträge sowohl für das Spital als auch für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt hinzu.

Abbildung G25: Spitalerträge (in CHF) nach heutigem Finanzierungssystem für zwei ausgewählte Eingriffe



Quellen: SRF, Assura (2014)

Auch mit der Einführung von EFAS werden Spitäler weiterhin einen finanziellen Anreiz haben, Patientinnen und Patienten stationär zu behandeln. Dieser Anreiz ist bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten noch viel stärker als bei nur grundversicherten.

Mit der Einführung von EFAS würde sich die Abbildung G25 lediglich dahingehend ändern, dass der bisherige Kantonsanteil (blau) neu auch durch die Krankenversicherer (violett) zu bezahlen wäre. Für das Spital und die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ändert sich nichts: Auch weiterhin besteht ein finanzieller Anreiz, stationäre Behandlungen gegenüber ambulanten Behandlungen zu bevorzugen.
Darüber hinaus ist zu bedenken, dass der im KVG geregelte Leistungsumfang bei stationären Spitalbehandlungen deutlich höher ist als im ambulanten Bereich: Während im ambulanten Bereich lediglich die medizinische Behandlung abgedeckt ist, wird stationär auch der eigentliche Aufenthalt und damit sowohl das Bett als auch alle Mahlzeiten sowie die Betreuung übernommen. Dies führt dazu, dass auch bei Einführung von EFAS die Patientinnen und Patienten ambulante Leistungen selber bezahlen müssen (z. B. Mittagessen in Tageskliniken), die stationär übernommen werden. Mit anderen Worten haben die Patientinnen und Patienten finanziell weiterhin einen Anreiz, stationär behandelt zu werden. Dies wirkt einer integrierten Versorgung entgegen.
Diese Beispiele zeigen eindrücklich auf, dass neben EFAS auch eine Anpassung der Vergütungssysteme kritisch zu überprüfen und der Leistungskatalog sachgerecht anzupassen ist.

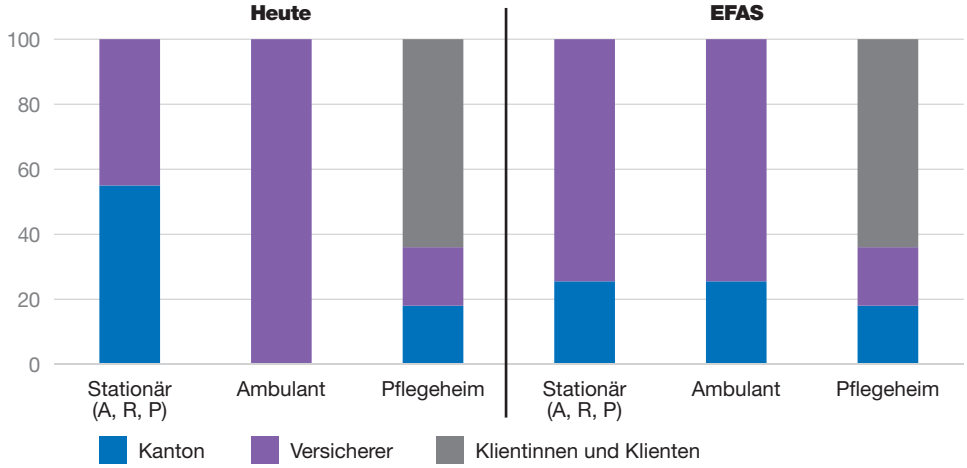
2. Fehlende Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone

In der Bundesverfassung verankert ist der Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, auch bekannt als «wer zahlt, befiehlt». Im heutigen System steuert die Gesundheitsdirektion die kantonalen Finanzmittel im Gesundheitswesen und weiss, für welche Leistung wie viel bezahlt wird. Mit entsprechenden Transparenzpflichten der Spitäler kennt die Gesundheitsdirektion die wesentlichen Fakten und kann gegenüber der Zürcher Bevölkerung wie auch dem Parlament Rechenschaft ablegen. Gleichzeitig ermöglicht diese Transparenz eine effiziente Rechnungsprüfung: Die Gesundheitsdirektion prüft, ob Spitalbehandlungen im Leistungsauftrag des jeweiligen Spitals liegen und ob der Kanton Zürich zahlungspflichtig ist. Damit stellt sie die korrekte Verwendung der kantonalen Steuermittel im Spitalbereich sicher.
Die Gesetzesvorlage EFAS sieht kaum Transparenz gegenüber den Kantonen vor. Zum einen ist die Berechnung des zukünftigen Verteilschlüssels nicht nachvollziehbar, zum anderen müsste der Kanton Zürich zukünftig rund 1,5 Milliarden Franken jährlich den Krankenversicherern überweisen, ohne Sicherheit zu haben, dass diese Gelder tatsächlich für die Behandlung von Zürcherinnen und Zürchern verwendet werden. Anfragen des Kantonsrates zur Verwendung der kantonalen Steuermittel könnten häufig nicht mehr beantwortet werden.

3. Schnittstelle zur Pflegefinanzierung ungelöst

Die Gesetzesvorlage beschränkt sich – entgegen dem Wortlaut – auf die Vereinheitlichung der Finanzierung von ambulanten Behandlungen und stationären Spitalbehandlungen. Ausgeklammert wird die Pflegefinanzierung sowohl für ambulante Pflegeleistungen (Spitex) als auch für stationäre Pflegeleistungen (Pflegeheim).

Abbildung G26: Vergleich der Finanzierungsanteile in Prozent unter Einbezug der Langzeitversorgung



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Eine einheitliche Finanzierung muss auch die Pflege mitberücksichtigen, damit keine Fehlanreize entstehen. Sonst besteht die Gefahr, dass Personen die teurere Behandlung in einem Akutspital der Behandlung auf einer spezialisierten Abteilung für Akut- und Übergangspflege in einem Pflegeheim aus finanziellen Gründen vorziehen.

Wie in Abbildung G26 dargestellt, wäre die Finanzierung der Pflegeheime anders geregelt. Ein zeitlich befristeter Aufenthalt in einem Pflegeheim, beispielsweise auf einer spezialisierten Abteilung für Akut- und Übergangspflege, würde ganz anders finanziert als ein Aufenthalt in einem Spital. Während in einem Spital Versicherer und Kanton die Kosten vollumfänglich tragen, muss eine betroffene Person im Pflegeheim einen Beitrag zur Finanzierung der Pflegeleistungen sowie Aufenthalt und Betreuung selber finanzieren. Für die betroffene Person kommt demnach ein Pflegeheim, das an sich günstiger wäre als ein Spital, teurer. Diese Fehlanreize wirken einer integrierten und damit qualitativ besseren und kostengünstigeren Versorgung entgegen. Gerade bei Personen mit Pflegebedarf fallen hohe Kosten im Gesundheitswesen an: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfolgt nicht gleich verteilt über alle Altersstufen (vgl. Kapitel 2.6, 3.5 und 4.5). Vielmehr werden Gesundheitsleistungen überproportional von Personen im höheren Alter beansprucht. Diese Personen sind häufig auch pflegebedürftig, sei dies zuhause mit Spitex-Leistungen, sei dies in einem Pflegeheim.
Die Gesetzesvorlage bzw. EFAS führt demnach eben nicht zu einer einheitlichen Finanzierung. Vielmehr behindert eine unterschiedliche Finanzierung von stationären Spitalleistungen und ambulanten medizinischen Leistungen auf der einen Seite sowie stationären und ambulanten Pflegeleistungen auf der anderen Seite die notwendige Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle über die ganze Leistungskette hinweg.

Kantone lehnen die Vorlage ohne Nachbesserungen ab

Aus Sicht der Kantone verfehlt deshalb die Vorlage ihre Ziele in verschiedenen Punkten. Werden die Pflegeleistungen (von Spitex und Pflegeheimen) nicht in die Vorlage integriert, werden neue Fehlanreize und unerwünschte Wechselwirkungen an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege geschaffen. Auch leistet die Gesetzesvorlage EFAS als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Mit einer Umleitung von Finanzströmen allein lassen sich noch keine Kosten einsparen.
Die Kantonsregierungen lehnen deshalb die Gesetzesvorlage für eine einheitliche Finanzierung von Leistungen im ambulanten und stationären Bereich in der vorliegenden Form klar ab. Der Zürcher Regierungsrat, die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wie auch die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) haben sich einhellig klar dazu geäussert.
Gleichwohl wird anerkannt, dass eine einheitliche Finanzierung auch Vorteile bringen kann. Dafür sind aber entsprechende Nachbesserungen an der Gesetzesvorlage notwendig.

Kantone bieten Hand, wenn Nachbesserungen erfolgen

Die Kantone bieten deshalb Hand zu EFAS, wenn gewisse Nachbesserungen vorgenommen und damit folgende Mindestvoraussetzungen erfüllt sind:

1. Steuerung des ambulanten Sektors

Wenn die Kantone den stark wachsenden ambulanten Sektor mitfinanzieren, müssen sie gemäss dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bei einem Überangebot auch intervenieren können. Der Ständerat hat mit seinen Beschlüssen vom 3. Juni 2019 zum Geschäft des Bundesrates «KVG. Zulassung von Leistungserbringern (18.047)» aufgezeigt, wie eine wirksamere Zulassungssteuerung unabhängig von der Einführung von EFAS, aber als deren notwendige Voraussetzung, rasch realisiert werden kann.

2. Einbezug der Pflegeleistungen

Nur, wenn neben den stationären und ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auch die Pflegeleistungen (Pflegeheime und Spitex) einbezogen werden, kann eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den OKP-Leistungen erreicht werden. Bestehende Fehlanreize an der Schnittstelle zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind auch der unterschiedlichen Finanzierung geschuldet. Die Kantone fordern daher, dass die Ausweitung auf den Pflegebereich bereits jetzt verbindlich in der Vorlage verankert wird. Die Inkraftsetzung der entsprechenden Bestimmungen kann zeitlich gestaffelt erfolgen. Werden die Pflegeleistungen nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt integriert, besteht die Gefahr von neuen Fehlanreizen und unerwünschten Wechselwirkungen an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege.

3. Kostenneutraler Übergang für jeden Kanton

Der Übergang zur einheitlichen Finanzierung muss sowohl für die Gesamtheit der Kantone als auch für jeden Kanton einzeln kostenneutral sein. Die neu in die Vorlage aufgenommenen Übergangsbestimmungen, insbesondere die Gewährung einer insgesamt sechsjährigen Übergangszeit für die Kantone, sind grundsätzlich zu begrüssen. Da aber die Versorgungs- und Patientenstrukturen in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich sind, kann EFAS für einen einzelnen Kanton zu einem Kostensprung führen. Die geforderte Kostenneutralität für jeden einzelnen Kanton ist damit nicht vollständig gewährleistet.

4. Gesetzlich vorgeschriebene nationale Tariforganisationen

Die Bildung einer adäquaten tripartiten Tariforganisation (Leistungserbringer, Krankenversicherer, Kantone) für ambulante Tarife und auch für Pflegeleistungen soll gesetzlich vorgeschrieben werden. Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen das Leistungsvolumen im ambulanten Bereich massgeblich. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb verpflichtet werden, eine Tariforganisation einzusetzen, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist.

5. Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle

In der Vorlage fehlt eine präzise festgeschriebene Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung. Dies kann beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer, Kantone) oder durch einen anderen institutionalisierten Prozess sichergestellt werden.

1.5 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen

In einer repräsentativen Umfrage hat das Befragungsinstitut LINK im November 2018 insgesamt 1607 im Kanton Zürich wohnhafte Personen interviewt. Die Zürcherinnen und Zürcher wurden gefragt, wie sie die Zugänglichkeit des Gesundheitswesens im Kanton beurteilen, wie gut sie sich durch das Gesundheitswesen abgesichert fühlen und wie zufrieden sie damit sind. Die Befragung findet seit 2003 jährlich statt. Die Ergebnisse geben Aufschluss über längerfristige Veränderungen im Zürcher Gesundheitswesen.

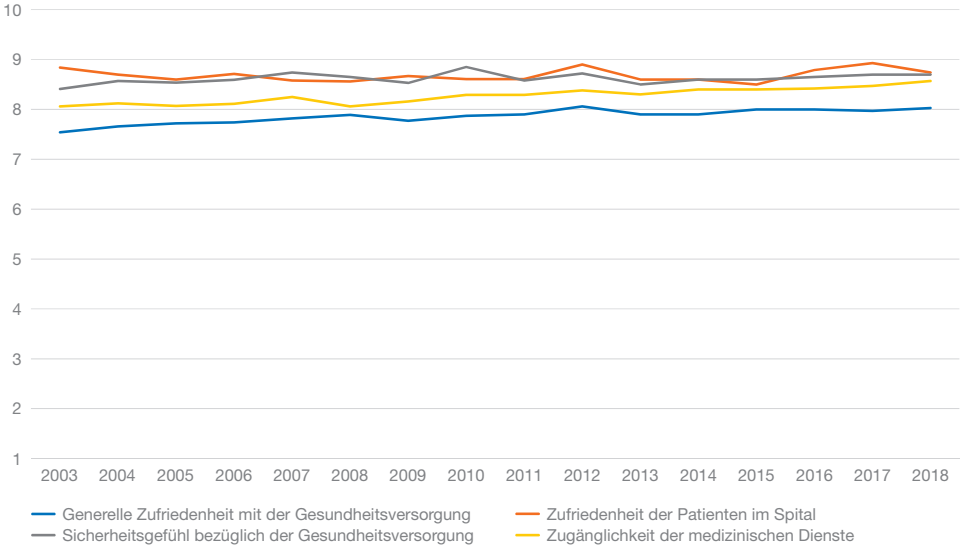
Zürcherinnen und Zürcher sind mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Sie fühlen sich gut abgesichert.

Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Die Zürcher Bevölkerung ist mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Auf einer Skala von 1 bis 10 geben die Befragten die Zufriedenheit durchschnittlich mit 8,03 an. Dieser Wert ist der zweithöchste je gemessene Wert und wurde nur 2012 noch übertroffen. Die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung wird 2018 so gut wie noch nie bewertet (8,57) und auch das Sicherheitsgefühl bezüglich der Gesundheitsversorgung liegt mit einem Wert von 8,7 über dem langjährigen Durchschnitt (s. Abbildung G27).

Neues Stichprobendesign seit 2013
In den Befragungen vor 2013 wurden jeweils nur Personen interviewt, die über einen im Telefonbuch eingetragenen Festnetzanschluss erreichbar waren. Da aber immer mehr Personen zugunsten des Mobiltelefons auf einen Festnetzanschluss verzichten, konnte zuletzt rund ein Viertel der Zürcher Bevölkerung in die Befragung nicht mehr einbezogen werden. Mit der Zielsetzung, die Meinung aller Zürcher Bevölkerungsgruppen zum Gesundheitswesen in Erfahrung zu bringen, lässt die Gesundheitsdirektion die Befragung nun seit fünf Jahren mit einem modernen Stichprobendesign durchführen. So wurde der Abdeckungsgrad von rund 75 auf 98 Prozent der Bevölkerung erhöht. Lediglich die zwei Prozent der Bevölkerung, die weder über ein Mobil- noch Festnetztelefon verfügen, können nicht befragt werden.

Abbildung G27: Zufriedenheitsbefragungen 2003 bis 2018



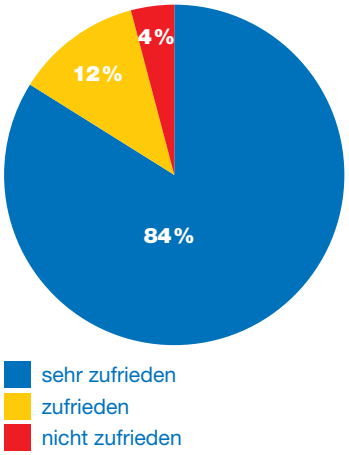
Quelle: Zufriedenheitsbefragung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Auch was die Zukunftsaussichten betrifft, ist die Bevölkerung optimistisch. 75 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu, dass die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich heute und in Zukunft gesichert ist, das heisst, sie beurteilten die Aussage mit einem Wert von 8 bis 10 auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 10 (trifft voll und ganz zu).

Spitäler: Patientinnen und Patienten sind zufrieden

Stärkeren Schwankungen unterworfen ist die Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt von Personen, die in den letzten zwölf Monaten im Spital waren. In der neuesten Befragung weist aber auch die Kundenzufriedenheit einen sehr hohen Wert von 8,74 aus. 84 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten bewerten ihren letzten Spitalaufenthalt auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) mit acht oder mehr Punkten (s. Abbildung G28). Rund zwölf Prozent sind mit ihrem letzten Aufenthalt zufrieden (5 bis 7 Punkte) und nur rund vier Prozent sind nach eigenen Angaben unzufrieden (1 bis 4 Punkte). Die Leistungserbringer erhalten damit ein sehr gutes Zeugnis für ihre Arbeit. Interessant sind die Unterschiede in der Beurteilung: Frauen sind deutlich zufriedener als Männer und Befragte in der Altersgruppe über 70 Jahre sind deutlich zufriedener als Befragte zwischen 30 und 49 Jahren. Der Blick auf die früheren Durchführungen zeigt, dass der Geschlechterunterschied eher ein Zufallsbefund sein dürfte. Tendenziell beurteilen Frauen einen Spitalaufenthalt etwas positiver als Männer, eine signifikante Differenz zwischen den Geschlechtern ist in den beiden Vorjahren jedoch nicht festzustellen. Anders verhält es sich mit dem Unterschied zwischen den Altersgruppen. Die über 70-Jährigen sind konstant zufriedener als andere Altersgruppen. Auf jeden Fall ist es erfreulich, zu sehen, dass sich diese Generation in den Spitälern besonders gut aufgehoben fühlt.

Abbildung G28 Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt



Quelle: Zufriedenheitsbefragung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Qualität und Erfahrung der Operierenden wichtig für Spitalwahl

Für die Befragten, die in den letzten zwölf Monaten im Spital waren, ist die Qualität das entscheidende Kriterium für die Spitalwahl. Ebenfalls eine wichtige Rolle spielt der Umstand, wie häufig ein Spital bzw. eine Ärztin oder ein Arzt die Operation oder Behandlung durchführt: Rund 60 Prozent der Befragten stufen die Routine des Spitals mit einer Wichtigkeit von 8 bis 10 auf einer Skala von 1 (völlig unwichtig) bis 10 (sehr wichtig) ein. 67 Prozent sind es bei der Routine der Behandelnden.

Unterschiedliche Trends in der Beurteilung der Qualität

Auch die Behandlungsqualität wird im Grossen und Ganzen gut bis sehr gut beurteilt. Allerdings weisen hier die Trends nicht alle in die positive Richtung. In der Wahrnehmung der Befragten hat die Qualität der Behandlungen in Spitälern und der Pflege durch die Spitex in den letzten zwölf Jahren tendenziell leicht abgenommen. Die Qualität der Beratungen in den Apotheken wird hingegen langfristig stabil eingeschätzt und die Qualität der Pflege in den Alters- und Pflegeheimen hat sich in der Wahrnehmung der Befragten seit 2006 klar verbessert. Diese Befunde zeigen, dass die Spitäler weitere Anstrengungen unternehmen sollten, um die Behandlungsqualität zu verbessern, wo es nötig ist. Dazu ist es unerlässlich, die Behandlungsqualität zu messen und transparent zu machen.

02 Akutsomatik

2.1 Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik
2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler
2.3 Personal in Zürcher Spitälern
2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler
2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler
2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung
2.7 Patientenmigration

In diesem Kapitel wird die Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik beschrieben. Als Erstes wird in Kapitel 2.1 die Zürcher Spitallandschaft auf einer Karte veranschaulicht und charakterisiert. Das Kapitel 2.2 gibt anschliessend Antworten auf Fragen wie zum Beispiel: Welche Spitäler bieten welche stationären medizinischen Leistungen an? Wie hat sich die Zahl der Austritte entwickelt? Wie hoch ist die Fallschwere in den verschiedenen Spitälern? Wie entwickeln sich die mittlere Aufenthaltsdauer und die Bettenbelegung? Das Kapitel 2.3 gibt einen Überblick über die Personalsituation in Zürcher Akutspitälern. Der Zürcher Fallkostenvergleich wird in Kapitel 2.4 thematisiert. Anschliessend werden die Tarife der einzelnen Listenspitäler dargelegt. Das Kapitel 2.5 stellt die Gewinnsituation der Zürcher Akutspitäler dar. Kapitel 2.6 legt den Fokus auf die Zürcher Bevölkerung und zeigt, wo sich diese stationär behandeln lässt. Kapitel 2.7 beleuchtet abschliessend die Patientenmigration innerhalb des Kantons und über die Kantonsgrenzen hinaus.

16
Listenspitäler mit einer Notfallstation

9
Listenspitäler ohne Notfallstation

2
Geburtshäuser

6
Vertragsspitäler

2.1 Zürcher Spitallandschaft Akutsomatik

99,4 Prozent der Zürcher Wohnbevölkerung erreichen innerhalb von 20 Minuten ein Spital mit Notfallstation.

Die auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik aufgeführten Spitäler stellen die Akutversorgung für die Zürcher Bevölkerung sicher. Die Zürcher Spitalliste setzt sich zusammen aus 24 Spitälern mit Standort im Kanton Zürich sowie dem Kantonsspital Schaffhausen, das für die Einwohnerinnen und Einwohner verschiedener Gemeinden des nördlichen Weinlandes besser und schneller erreichbar ist als die Zürcher Spitäler. 16 dieser Spitäler führen eine allgemein zugängliche Notfallstation, die rund um die Uhr in Betrieb ist. Für diese Spitäler ist das Führen eines breiten Leistungsspektrums obligatorisch, da Notfallpatientinnen und -patienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen. Ein breites Angebot ermöglicht eine umfassende Differenzialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung. Zudem ist die rasche Erreichbarkeit dieser 16 Akutspitäler mit Notfallstation von Bedeutung. Die Gesundheitsdirektion hat im Rahmen der Spitalplanung 2012 eine Studie in Auftrag gegeben, welche die Wegzeit aller Wohn- und Arbeitsorte im Kanton Zürich zum nächsten Spital berechnete. Bei einer mittleren Verkehrsbelastung kann von 95 Prozent aller Wohnorte und von 97,5 Prozent aller Arbeitsorte im Kanton Zürich innerhalb von 15 Minuten ein Spital mit Notfallstation erreicht werden. Von weiteren vier Prozent aller Wohnorte und zwei Prozent aller Arbeitsorte kann eine Notfallstation innert 20 Minuten erreicht werden. Nur in Randgebieten, das heisst in Teilen des Tösstals, an der westlichen Grenze des Kantons Zürich rund um die Gemeinde Niederweningen sowie in Teilen des Weinlandes (Gemeinden Flaach und Rheinau oder Unter- und Oberstammheim), ist eine Fahrzeit von über 20 Minuten notwendig. Aber auch aus diesen Regionen kann innerhalb von maximal einer halben Stunde ein Spital mit einer Notfallstation erreicht werden. Detaillierte Informationen zur Erreichbarkeit sind dem Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2012 ab Seite 97 (abrufbar im Internet unter www.gd.zh.ch/spitalliste) zu entnehmen.

Auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik sind neun Spitäler aufgeführt, die keine Notfallstation führen. Diese bieten ein begrenztes Leistungsangebot an. Es handelt sich um elektive Kliniken, die vorwiegend planbare Leistungen, insbesondere Leistungen der Fachgebiete Ophthalmologie (Augenheilkunde), Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie, anbieten.

Schliesslich sind auf der Zürcher Spitalliste 2019 zwei Geburtshäuser aufgeführt: Das Geburtshaus Zürcher Oberland mit Standort in Bäretswil und das Geburtshaus Delphys in der Stadt Zürich.

Neben den 25 Listenspitälern und den zwei Geburtshäusern gibt es im Kanton Zürich sechs weitere Spitäler für stationäre Behandlungen, die nicht auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind und somit über keinen Leistungsauftrag des Kantons Zürich verfügen. Diese Vertragsspitäler sind im Bereich der Zusatzversicherung tätig und erhalten keine Kantonsbeiträge.

Abbildung A1: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2019

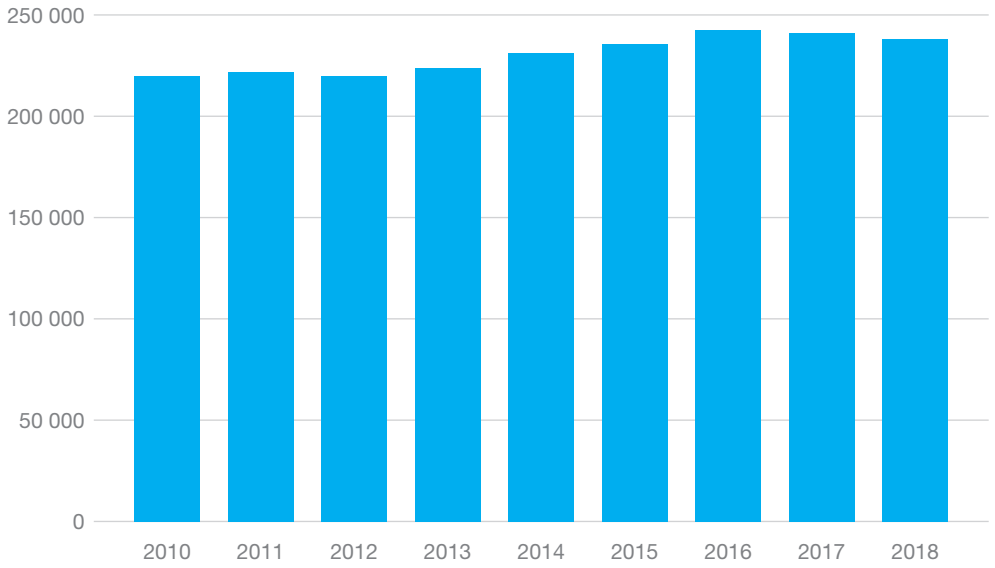
2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler

Entwicklung der stationären Leistungen

2010 bis 2016 ist die Zahl der Austritte in Akutspitälern im Kanton Zürich kontinuierlich angestiegen. 2010 liessen sich rund 220 000 Personen stationär in einem Zürcher Akutspital behandeln, 2016 waren es 242 500. 2012 gab es zwar einen Rückgang der Fallzahlen, aber dieser kam nur aufgrund der neuen Falldefinition zustande (vgl. Randspalte). 2017 und 2018 sinkt die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2010. 2017 lag die Zahl der Austritte bei 241 300. 2018 sinkt diese Zahl weiter auf rund 237 900. Dies entspricht einer Abnahme von 1,9 Prozent von 2016 bis 2018. Hauptgrund für die Abnahme ist die Vorgabe des Kantons, gewisse Eingriffe im Regelfall ambulant durchzuführen (vgl. dazu Kapitel 1.3). Das jährliche Wachstum seit 2010 liegt im Durchschnitt bei einem Prozent oder rund 2650 Austritten (s. Abbildung A2).

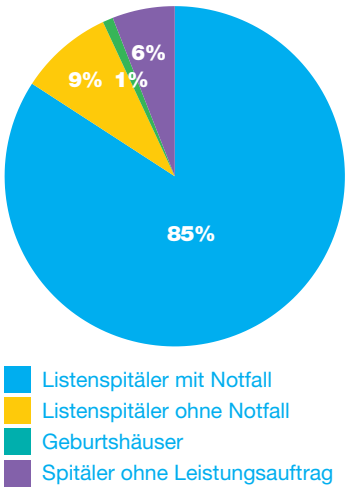
Neue Falldefinition ab 2012: Auswirkungen auf die Fallzahl
Bis Ende 2011 wurden alle Wiedereintritte und Verlegungen innerhalb eines Spitals als neue Fälle gezählt. Erfolgte beispielsweise fünf Tage nach dem Austritt ein Wiedereintritt aufgrund von Komplikationen, wurden zwei Fälle gezählt. Seit 1. Januar 2012 gilt: Tritt eine Person innerhalb von 18 Kalendertagen wieder in dasselbe Spital ein und fallen die beiden Aufenthalte in dieselbe medizinische Hauptdiagnosegruppe (MDC, Englisch für: «Major Diagnostic Category»), werden die Aufenthalte zu einem Fall zusammengeführt (vgl. die «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG»). Schätzungen der Gesundheitsdirektion gehen davon aus, dass dieser einmalige statistische Effekt zu einer Reduktion der Fallzahl von rund zwei Prozent geführt hat. Die effektive Fallzahl im Jahr 2012 im Kanton Zürich ist unter Berücksichtigung dieser Schätzung um rund ein Prozent angestiegen.

Abbildung A2: Patientenaustritte 2010 bis 2018 im Kanton Zürich



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung A3: Austritte nach Spitaltypen 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Einzelne Akutspitäler im Kanton Zürich führen neben den akutsomatischen Kliniken auch eine Abteilung für Rehabilitation oder Psychiatrie. Werden diese bei der Zählung der Austritte mitberücksichtigt, so sind im Jahr 2018 in den Akutspitälern im Kanton Zürich insgesamt 240 000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt worden. So hat beispielsweise das Kinderspital Zürich 191 Kinder und Jugendliche in der Rehabilitation und 59 in der Psychiatrie behandelt. Die Universitätsklinik Balgrist verfügt ebenfalls über eine Rehabilitationsabteilung, die 2018 417 Austritte verzeichnet. Die Klinik Lengg ist seit April 2014 in der stationären Rehabilitation tätig. Sie weist im Jahr 2018 in diesem Bereich 478 Austritte aus. Die Klinik Susenberg verzeichnet im Rehabilitationsbereich mit 313 Austritten deutlich mehr Austritte als im Akutbereich (207 Austritte). Über eine Psychiatrieabteilung verfügen neben dem Kinderspital auch das Kantonsspital Winterthur, das Universitätsspital Zürich und das Spital Affoltern. Im Jahr 2018 verzeichnet Letzteres 248 Austritte und verfügt damit über die grösste Psychiatrieabteilung in einem Akutspital. Im Folgenden werden die Rehabilitations- und Psychiatrieabteilungen in den Akutspitälern nicht weiter beschrieben, da sie Teil der Kapitel «03 Rehabilitation» und «04 Psychiatrie» sind.
Im Jahr 2018 werden 95 Prozent der Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich in einem Listenspital mit oder ohne Notfall oder in einem Geburtshaus behandelt (s. Abbildung A3). Die Spitäler mit einer Notfallstation verzeichnen 85 Prozent aller akutsomatischen Austritte 2018. Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag behandeln sechs Prozent der im Kanton Zürich hospitalisierten Patientinnen und Patienten.

Geburten im Kanton Zürich

Im Jahr 2018 verzeichnen die Zürcher Spitäler rund 17 000 Geburten. Die Zahl der Geburten ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig. 2017 wurden im Kanton Zürich gut 17 200 Geburten verzeichnet. Die Mütter sind im Durchschnitt 32 Jahre alt. Abbildung A4 (S. 39) zeigt, dass 76 Prozent der Frauen im Jahr 2018 in der allgemeinen Abteilung und knapp ein Viertel in einer halbprivaten oder privaten Abteilung gebären. Die Unterschiede zwischen den Spitälern sind beachtlich: Während in der Klinik Hirslanden 83 Prozent der Mütter auf der halbprivaten oder privaten Abteilung liegen, sind es im Spital Limmattal sieben Prozent. Den tiefsten Anteil an Müttern auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung haben die bei-

den Geburtshäuser mit Werten von vier bzw. null Prozent. Das Durchschnittsalter der Mütter in den Spitälern mit vielen Geburten in halbprivaten oder privaten Abteilungen ist höher. In der Klinik Hirslanden und den beiden Vertragsspitälern Im Park und Bethanien liegt der Altersdurchschnitt bei rund 34 Jahren. In diesen Spitälern gebären auch mehr Mütter mittels Kaiserschnitt. Dies spiegelt sich in einer längeren Aufenthaltsdauer wider. Abgesehen vom Universitätsspital Zürich haben die Mütter in diesen Kliniken die längste mittlere Aufenthaltsdauer. Die lange mittlere Aufenthaltsdauer am Universitätsspital Zürich ist durch die höhere Komplexität der Geburten erklärbar. Das Universitätsspital Zürich weist bei den Geburten von allen Zürcher Spitälern den höchsten durchschnittlichen Schweregrad aus.

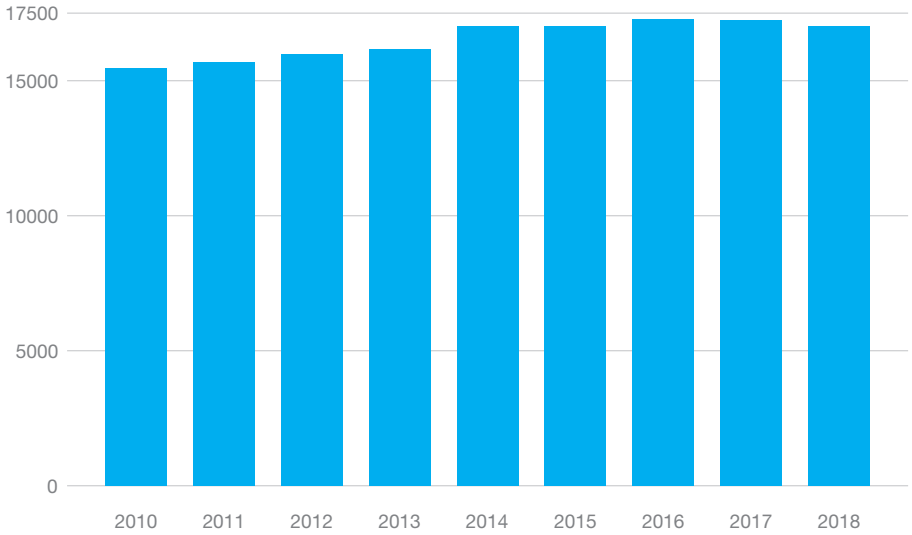
Abbildung A4: Geburten 2018

	Anzahl	Anteil HPP [in %]	Anteil Kaiser-schnitt [in %]	MAHD [Tage]
Universitätsspital Zürich	2 792	17	44	6,2
Kantonsspital Winterthur	1 712	15	32	4,0
Stadtspital Triemli	2 070	13	37	3,8
Klinik Hirslanden	837	83	59	4,9
See-Spital Standort Horgen	678	15	38	4,0
Spital Uster	877	11	29	4,0
Spital Limmattal	934	7	32	4,0
Spital Bülach	1 369	16	32	3,3
Spital Zollikerberg	2 199	27	38	4,5
GZO AG Spital Wetzikon	833	11	30	3,6
Spital Männedorf	539	16	27	3,8
Spital Affoltern	281	12	31	3,5
Paracelsus-Spital Richterswil	481	11	20	4,3
Geburtshaus Zürcher Oberland	304	4	0	4,2
Geburtshaus Delphys	174	0	0	3,4
Klinik Im Park	492	99	54	4,8
Privatklinik Bethanien	463	100	56	4,9
Total	**17 035**	**24**	**37**	**4,4**

HPP: Abteilung Halbprivat oder Privat
MAHD: Mittlere Aufenthaltsdauer
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung A5 zeigt die Entwicklung der Anzahl Geburten in den Spitälern und Geburtshäusern im Kanton Zürich. Die Anzahl Geburten hat im abgebildeten Zeitraum von 15 500 Geburten im Jahr 2010 auf 17 300 Geburten im Jahr 2016 zugenommen. 2018 ist die Zahl der Geburten leicht auf rund 17 000 gesunken. Im Durchschnitt entspricht dies einer jährlichen Zunahme von 1,7 Prozent.

Abbildung A5: Geburten im Kanton Zürich 2010 bis 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Austritte pro Spital 2018

Im Jahr 2018 wurden im Kanton Zürich rund 237 900 Personen akutsomatisch behandelt. Abbildung A6 zeigt einige Merkmale dieser Patientinnen und Patienten, die in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die in Abbildung A6 gezeigten Merkmale nur gering verändert.

Abbildung A6: Akutsomatische Patientenaustritte 2018

	Austritte	Ø-Alter [Jahre]	Fall-schwere [CMI]	Anteil HPP [in %]	Anteil Notfall [in %]	Anteil a.k. [in %]
Universitätsspital Zürich	41 916	52	1,60	20	43	22
Kantonsspital Winterthur	27 451	51	1,04	21	51	9
Stadtspital Triemli	24 335	51	1,07	19	56	10
Klinik Hirslanden	18 292	59	1,43	65	22	22
See-Spital Standort Horgen	7 266	54	0,87	25	58	8
See-Spital Standort Kilchberg	2 730	55	1,00	24	0	12
Spital Uster	10 428	54	0,91	21	63	2
Spital Limmattal	11 164	52	0,88	19	48	14
Spital Bülach	10 329	49	0,88	18	64	3
Spital Zollikerberg	10 782	44	0,85	31	50	4
GZO AG Spital Wetzikon	10 368	53	0,87	15	55	4
Stadtspital Waid	8 347	68	1,04	20	70	3
Schulthess-Klinik	7 909	55	1,32	51	2	36
Kinderspital Zürich	8 096	5	1,49	20	55	25
Spital Männedorf	7 685	55	0,96	28	50	17
Universitätsklinik Balgrist	5 072	53	1,37	31	11	30
Spital Affoltern	3 476	56	0,9	21	56	12
Paracelsus-Spital Richterswil	2 206	38	0,72	14	38	30
Limmatklinik	1 584	43	0,89	17	0	24
Klinik Lengg	878	34	1,47	12	7	53
Uroviva Klinik für Urologie	1 099	62	0,86	29	14	7
Adus Medica	1 096	39	0,65	9	0	16
Klinik Susenberg	207	80	1,85	75	0	5
Sune-Egge[1]	128	46		0	0	5
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag (LA)	**222 844**	**51**	**1,16**	**26**	**46**	**15**
Geburtshaus Zürcher Oberland	856	17	0,39	2	45	21
Geburtshaus Delphys	500	17	0,39	0	47	4
Geburtshäuser mit Zürcher LA	**1 356**	**17**	**0,39**	**1**	**45**	**15**
Klinik Im Park	6 767	58	1,24	86	15	28
Privatklinik Bethanien	3 766	49	0,92	85	9	15
Klinik Lindberg	1 392	59	1,06	89	9	19
Klinik Pyramide am See	1 733	55	0,9	99	1	27
Klinik Tiefenbrunnen	61	51	0,75	100	0	44
Spitäler ohne Zürcher LA	**13 719**	**55**	**1,09**	**88**	**11**	**23**
Total Kanton Zürich	**237 919**	**51**	**1,15**	**29**	**44**	**15**

Inklusive Neugeborene
CMI (Case-Mix-Index): Ø-Fallschwere
HPP: Abteilung Halbprivat oder Privat
a.k.: ausserkantonale Patientinnen und Patienten

[1] Der Sune-Egge rechnet seine Fälle nicht über SwissDRG-Fallpauschalen ab. Deshalb wird für den Sune-Egge kein CMI berechnet.

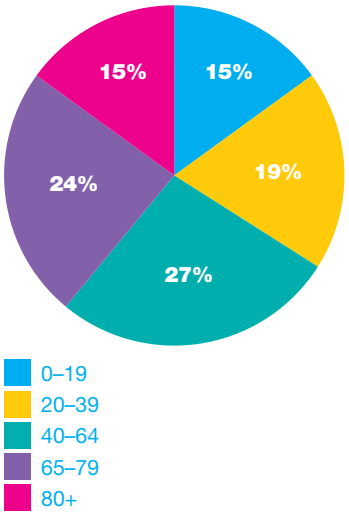
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Etwas mehr als jede sechste Person (rund 18 Prozent) mit einem akutsomatischen stationären Aufenthalt in einem Spital des Kantons Zürich wird am Universitätsspital Zürich behandelt. Das Kantonsspital Winterthur behandelt rund zwölf Prozent und das Stadtspital Triemli rund zehn Prozent aller akutsomatisch behandelten Personen im Kanton Zürich. Mit einem Patientenanteil von knapp acht Prozent zählt auch die Klinik Hirslanden zu den grössten Spitälern im Kanton Zürich. Zusammen verzeichnen diese vier Spitäler mit 47 Prozent fast die Hälfte aller akutsomatischen Austritte im Kanton Zürich.

Alter der behandelten Personen

Das Durchschnittsalter der in Zürcher Akutspitälern behandelten Personen beträgt 51 Jahre. Darin eingeschlossen sind auch die rund 17 000 Neugeborenen. Ohne diese beträgt das Durchschnittsalter 55 Jahre. Mit 80 Jahren sind die Patientinnen und Patienten der Klinik Susenberg im Durchschnitt am ältesten (s. Abbildung A6 S. 40). Dieses Spital führt keine Geburtenabteilung und betreut viele akutgeriatrische und Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten. Im Stadtspital Waid, das ebenfalls viele akutgeriatrische Patientinnen und Patienten behandelt, liegt das Durchschnittsalter bei 68 Jahren.
Während 39 Prozent der behandelten Personen über 65 Jahre alt sind (s. Abbildung A7), gehören nur rund 17 Prozent der Bevölkerung des Kantons Zürich dieser Altersgruppe an. Dies zeigt, dass Personen über 65 Jahre deutlich häufiger in einem Akutspital behandelt werden als jüngere Personen.

Abbildung A7: Patientinnen und Patienten nach Altersgruppen 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Fallschwere (CMI)

Der CMI (Case-Mix-Index) misst die durchschnittliche Fallschwere der stationären Fälle eines Spitals. Dazu werden die Fälle in rund 1000 verschiedene Gruppen eingeteilt, die sogenannten SwissDRG-Fallgruppen. Jeder Fallgruppe ist ein empirisch ermitteltes Kostengewicht zugeordnet, das die durchschnittliche Fallschwere für diese Gruppe beschreibt. Schweizweit liegt die durchschnittliche Fallschwere aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten 2018 bei 1,06. Die Spitäler und Geburtshäuser im Kanton Zürich weisen im gerundeten Durchschnitt eine Fallschwere von 1,15 auf. In den Listenspitälern liegt dieser Wert bei 1,16, in den Vertragsspitälern bei 1,09. Die universitären Listenspitäler weisen mit einem CMI von im Durchschnitt 1,56 mit Abstand den höchsten CMI aus.
In den Zürcher Spitälern liegt der CMI total somit 0,09 Punkte höher als der Schweizer Durchschnitt, in den Universitätsspitälern sogar 0,5 Punkte. Dies illustriert die hohe Komplexität der Behandlungen, welche die Zürcher Listenspitäler durchführen.
Der Fallpauschalenkatalog mit den Kostengewichten wird von der SwissDRG AG jedes Jahr überarbeitet. Für Spitäler mit einem stark spezialisierten Angebot kann dies einen grossen Effekt auf den CMI haben.

Personen mit Zusatzversicherung

Die Spalte «Anteil HPP» in Abbildung A6 (S. 40) zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals behandelt werden. Im Kanton Zürich beträgt dieser Anteil 29 Prozent. Er variiert jedoch sehr stark zwischen den Institutionen. Unter den Listenspitälern weist die Klinik Susenberg mit 75 Prozent den höchsten Anteil an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten aus, gefolgt von der Klinik Hirslanden mit 65 Prozent. Die Klinik Hirslanden ist seit 2012 erstmals auf der Zürcher Spitalliste. Dementsprechend können sich erst seit 2012 alle Zürcherinnen und Zürcher unabhängig von ihrem Versichertenstatus zulasten der Grundversicherung in der Klinik Hirslanden behandeln lassen. Gegenüber 2011 (97 Prozent) ist der Anteil an Zusatzversicherten mit der Aufnahme auf die Spitalliste 2012 auf 85 Prozent gesunken. 2013 blieb der Anteil konstant bei 85 Prozent. Seither sinkt der Anteil kontinuierlich um durchschnittlich vier Prozent pro Jahr und beträgt 2018 65 Prozent.
In den Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich liegt der Anteil der zusatzversicherten Personen bei 88 Prozent. Eine Zusatzversicherung ist in der Regel Voraussetzung dafür, dass die Krankenversicherung die Kosten der Behandlung in einem dieser Spitäler übernimmt.

29 %
aller im Kanton Zürich behandelten Patientinnen und Patienten wurden auf einer privaten oder halbprivaten Abteilung behandelt.

Notfalleintritte

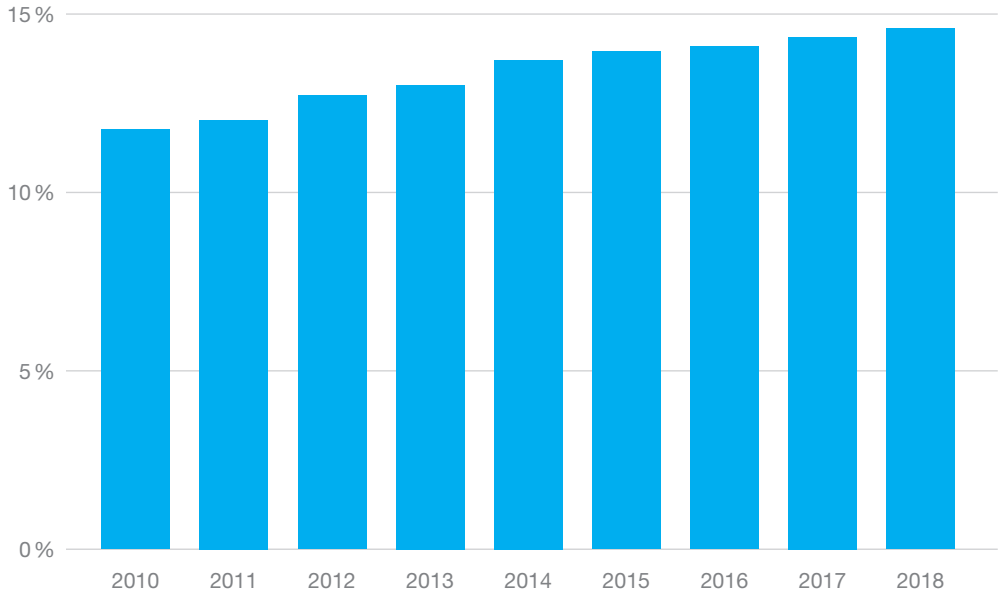
Patientinnen und Patienten, die unangemeldet oder ungeplant in ein Spital eintreten und zwingend innerhalb von zwölf Stunden eine Behandlung benötigen, werden als Notfalleintritte gezählt. Insgesamt fallen im Kanton Zürich 44 Prozent aller stationären Eintritte in diese Kategorie. In den Listenspitälern mit einer Notfallstation ist der Wert allerdings höher: Der Anteil an Notfalleintritten liegt bei den Listenspitälern mit Notfallstation bei 49 Prozent. Bei den übrigen Spitälern ist der Notfallanteil erwartungsgemäss sehr gering.

Wachsende Zahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten
Im Jahr 2018 haben 35 900 in Zürcher Spitälern behandelte Personen ihren Wohnsitz in einem anderen Kanton. Die Anzahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten hat seit 2012 zugenommen: 2012 wurden 30 000 ausserkantonale Personen in den Zürcher Spitälern behandelt. Dies entspricht einer jährlichen Zunahme von drei Prozent. Die Anzahl der ausserkantonalen Austritte ist damit seit 2012 jährlich rund doppelt so stark gewachsen wie die Zahl der Austritte insgesamt (+1,3 Prozent). Die kontinuierliche Zunahme bei den ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist ein Beleg für die Attraktivität des Spitalstandorts Zürich.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich

Seit dem 1. Januar 2012 gilt die freie Spitalwahl. Sämtliche Personen (auch nur grundversicherte) können unter den auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitälern grundsätzlich schweizweit frei wählen. Das umfassende akutsomatische Leistungsangebot im Kanton Zürich zusammen mit der verkehrstechnisch guten Erschliessung der Zürcher Spitäler wird deshalb auch von vielen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einem anderen Kanton beansprucht. Im Kanton Zürich wird mit dem Universitätsspital Zürich, mehreren grossen Spitälern mit spezialisiertem Angebot sowie vielen Spezialkliniken unterschiedlicher Grösse das vollständige medizinische Behandlungsangebot abgedeckt. 15 Prozent der in Zürcher Spitälern behandelten Personen stammen aus anderen Kantonen. Dies entspricht rund 35 900 Personen (vgl. dazu Kapitel 2.7 zur Patientenmigration). Überdurchschnittlich hoch ist der ausserkantonale Anteil bei spezialisierten Kliniken mit teilweise schweizweit einzigartigem Angebot: Beispielsweise in der Klinik Lengg, die sich auf die Behandlung von Epilepsiepatientinnen und -patienten spezialisiert hat, beträgt der Anteil an ausserkantonalen Personen 53 Prozent. Auch die Schulthess-Klinik behandelt mit einem Anteil von 36 Prozent überdurchschnittlich viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten (s. Abbildung A6 S. 40). Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten haben eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer als die Zürcherinnen und Zürcher (5,7 Tage vs. 5,3 Tage). Sie werden häufiger elektiv behandelt. Dementsprechend sind nur 25 Prozent dieser Fälle auf Notfalleintritte zurückzuführen im Vergleich zu 47 Prozent der Fälle der Zürcherinnen und Zürcher. Die durchschnittliche Fallschwere der Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton liegt bei 1,58, jene der Zürcher Patientinnen und Patienten bei 1,07. Die Fallschwere der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist bei den Universitätsspitälern besonders hoch, aber auch in den übrigen Spitälern überdurchschnittlich, wie Abbildung A9 (S. 43) verdeutlicht. Die höhere durchschnittliche Fallschwere, die längere mittlere Aufenthaltsdauer sowie der tiefe Anteil an Notfalleintritten belegen, dass ein grosser Teil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten für geplante spezialisierte Behandlungen in den Kanton Zürich kommt.
Betrachtet man nur die Listenspitäler im Kanton Zürich, so ist der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Zürcher Listenspitälern von 11,8 Prozent im Jahr 2010 auf 14,6 Prozent im Jahr 2018 angestiegen (s. Abbildung A8). Seit 2014 hat sich die Zunahme allerdings leicht abgeschwächt. Die Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten verursacht häufiger ein hohes Defizit als jene der Zürcher Patientinnen und Patienten. Da für die ausserkantonalen und die innerkantonalen Fälle jedoch die gleichen Tarife gelten, haben die Zürcher Listenspitäler aufgrund der rund 32 700 ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die sich in einem Zürcher Listenspital behandeln lassen, Sonderlasten im zweistelligen Millionenbereich zu tragen. Durch den «Export» dieser Sonderlasten in den Kanton Zürich fallen diese in den anderen Kantonen nicht an.[1]

Abbildung A8: Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten in Zürcher Listenspitälern 2010 bis 2018



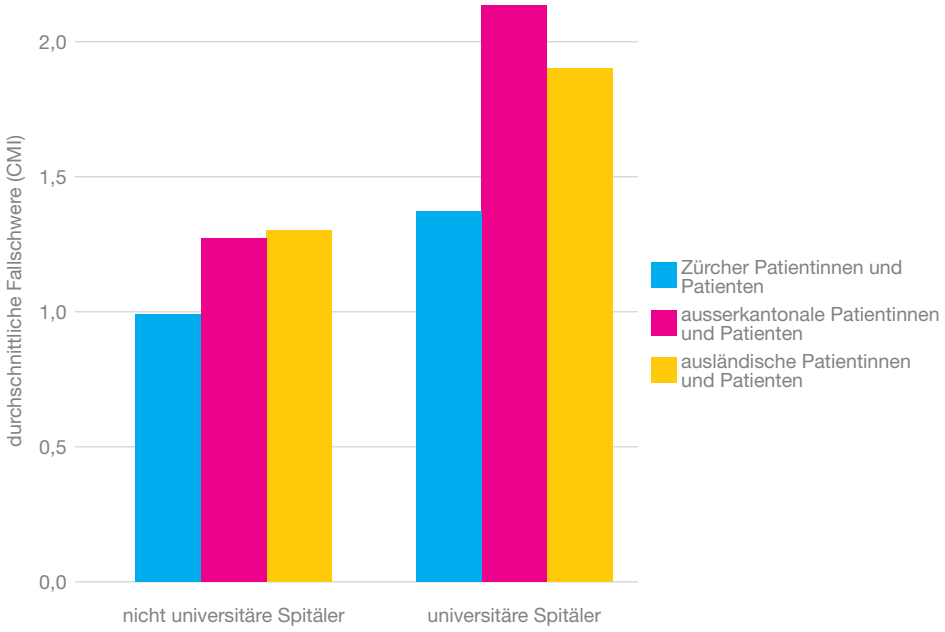
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

[1] Eine detaillierte Analyse dazu finden Sie im Kapitel 1.4.5 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2014, www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

Ausländische Patientinnen und Patienten in Zürcher Akutspitälern

1,5 Prozent der in den Zürcher Akutspitälern behandelten Personen haben ihren Wohnsitz im Ausland. In den Spitälern ohne Leistungsauftrag ist dieser Anteil mit 1,8 Prozent etwas höher als in den Akutspitälern mit Leistungsauftrag (1,3 Prozent). Wie auch bei den ausserkantonalen Personen sind der CMI mit 1,5 und die mittlere Aufenthaltsdauer mit 5,9 Tagen höher als bei den Zürcher Patientinnen und Patienten. 44 Prozent der stationär behandelten Ausländerinnen und Ausländer kommen mit einem Notfall in die Zürcher Spitäler.

Abbildung A9: Fallschwere (CMI) in Zürcher Akutspitälern nach Herkunft 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Medizinische Leistungen – Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Mit den von der Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit über 100 Fachärztinnen und -ärzten entwickelten SPLG können die Fallzahlen der Spitäler nach Leistungen gruppiert werden. Für die Gruppierung der Fälle nach den SPLG hat die Gesundheitsdirektion eine Software entwickelt, die jeden stationären Fall anhand seiner Diagnose- und Behandlungs-Codes eindeutig einer SPLG zuteilt. Die Fallzahlen der Spitäler gruppiert nach den SPLG stellen die unterschiedlichen Leistungsspektren der Spitäler transparent dar und sind ein Qualitätsmerkmal: Je höher die Fallzahlen, desto grösser ist die Erfahrung eines Spitals mit der betreffenden Behandlung bzw. mit Patientinnen und Patienten des betreffenden Krankheitsbildes. Aus diesem Grund publiziert die Gesundheitsdirektion seit 2011 die Fallzahlen aller Spitäler pro SPLG. Diese sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten (Tabelle «A4.4 Patientenaustritte nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen 2018») abrufbar. Die Publikation der Fallzahlen soll zu mehr Transparenz beitragen und der Bevölkerung und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten bei der Spitalwahl helfen. Nicht nur die Gesundheitsdirektion misst den Fallzahlen eine hohe Bedeutung zu, auch das Bundesamt für Gesundheit und der Spitalverband H+ weisen Fallzahlen nach SPLG als wichtiges Qualitätsmerkmal prominent aus.

Die einzelnen SPLG können zu Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des Spitalprofils, das heisst der medizinischen Ausrichtung, der einzelnen Spitäler. Die Abbildung A10 (S. 44) zeigt die Verteilung der Fälle der Zürcher Listenspitäler auf die verschiedenen SPLB. Die Prozentzahlen zeigen den Anteil der Fälle im jeweiligen SPLB an der gesamten Anzahl Fälle des jeweiligen Spitals. SPLB, die mehr als zehn Prozent aller Fälle eines Spitals ausmachen, sind hellblau hinterlegt und jene SPLB, die mehr als 50 Prozent ausmachen, sind dunkelblau hinterlegt. So sind die Ausrichtungen einzelner Spitäler klar zu erkennen: In der Schulthess-Klinik werden 94 Prozent der Patientinnen und Patienten in der SPLB «Bewegungsapparat chirurgisch» behandelt. In der Universitätsklinik Balgrist sind es 84 Prozent. Die Klinik Lengg behandelt 96 Prozent der akutsomatischen Patientinnen und Patienten in der Neurologie, Uroviva 81 Prozent in der Urologie und Adus Medica 43 Prozent im Bereich «Hals-Nasen-Ohren». Der Patientenmix in der Adus Medica hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verändert: 2017 wurden 69 Prozent der Patientinnen und Patienten im Bereich «Hals-Nasen-Ohren» behandelt und zwölf Prozent im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch». 2018 werden nur noch 43 Prozent der Patientinnen und Patienten im Bereich «Hals-Nasen-Ohren» behandelt und 39 Prozent im Bereich «Bewegungsapparat chirurgisch».

Abbildung A10: Spitalprofil: Verteilung der Fälle 2018 auf die Spitalplanungs-Leistungsbereiche [in %][1]

	Basispaket[2]	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Gefässe	Herz	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Transplantationen	Bewegungsapparat chirurgisch	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-)Onkologie	Schwere Verletzungen	Total
Universitätsspital Zürich	23	2	8	2	3	4		2	2	3	3	11		5	4			4		4	8	7	2		100
Kantonsspital Winterthur	40		2		2	3		3	2		3	4		6				12		3	7	7	2		100
Stadtspital Triemli	38				2	3		3	2			12		5	2			5		2	10	9	2		100
Klinik Hirslanden	19		3	2	3			3	4		4	15		8				20		5	5	5			100
See-Spital Standort Horgen	51		3		2			4						3	2			6		5	11	9			100
See-Spital Standort Kilchberg	12		5											20				54		7					100
Spital Uster	45		3		2			6						8	3			9		2	10	9			100
Spital Limmattal	42		3		2			4	4					8	2			9		4	10	9			100
Spital Bülach	46		2		2			4							2			9		3	15	14			100
Spital Zollikerberg	30							2						3				12		3	22	22			100
GZO AG Spital Wetzikon	47		3		2			4	2			2		5	2			7		5	10	8			100
Stadtspital Waid	68		2		2			7						3	3			7							100
Schulthess-Klinik	5																	94							100
Kinderspital Zürich	55		6	2	4					3		5		5	3			4				5			100
Spital Männedorf	46		2		2			4	3					7				10		4	9	7			100
Universitätsklinik Balgrist	13																	84	2						100
Spital Affoltern	59		2		2			4						4				7		2	9	8			100
Paracelsus-Spital Richterswil	22							3		2				6				8		6	27	22	2		100
Limmatklinik	17		39			19												15		9					100
Klinik Lengg	3				96																				100
Uroviva Klinik für Urologie	15													81						2			2		100
Adus Medica	16		43															39							100
Klinik Susenberg	82				5					5					3										100
Sune-Egge	92	4																2							100

[1] Bei SPLB, bei denen der Anteil aller Fälle eines Spitals unter zwei Prozent liegt, wird zwecks besserer Lesbarkeit der Abbildung kein Wert ausgewiesen.
[2] Das Basispaket umfasst Grundversorgungsleistungen in sämtlichen Leistungsbereichen und bildet die Grundlage für Leistungsaufträge in der spezialisierten Versorgung.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Mindestfallzahlen und weitere Qualitätsmassnahmen

Betrachtet man die Fallzahlen gewisser SPLG, so stellt man fest, dass verschiedene Spitäler nicht auf Behandlungen verzichten, obwohl sie diese nur sehr selten durchführen. Um an dieser grundsätzlich unerwünschten Situation etwas zu ändern, hat der Kanton Zürich auf 1. Januar 2012 als erster Kanton Mindestfallzahlen (MFZ) eingeführt. Damit wird ein Minimum an Erfahrung für komplexe Eingriffe gewährleistet. Die MFZ dienen im Rahmen der Spitalplanung und der jährlichen Anpassung der Spitalliste als Anforderungskriterium für einen Leistungsauftrag in bestimmten SPLG. In Abbildung A11 (S. 46) sind die Fallzahlen 2018 jeder SPLG mit MFZ pro Spital aufgeführt. Die orange markierten Felder zeigen die SPLG, für die das betreffende Spital über keinen Leistungsauftrag verfügt (vgl. unten «Leistungscontrolling»). Die rot markierten Felder zeigen die SPLG, für die das betreffende Spital zwar über einen Leistungsauftrag verfügt, aber im Jahr 2018 die MFZ nicht erreicht.

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass sich mit steigender Fallzahl die Qualität der medizinischen Behandlung verbessert und das Risiko sinkt, dass bei einem Eingriff Fehler passieren. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Spitalplanung 2012 Mindestfallzahlen (MFZ) pro Spital für gewisse Leistungsgruppen erarbeitet. Für das Jahr 2018 gelten in 32 SPLG MFZ. Ab 2019 werden in bestimmten SPLG neu auch MFZ pro Operateurin oder Operateur eingeführt und deren Einhaltung überprüft.

Im Jahr 2018 erreichen 15 Spitäler die MFZ in insgesamt 36 SPLG mit Leistungsauftrag nicht. Die hohe Zahl gegenüber dem Vorjahr (2017: 14 SPLG) kommt daher, dass 2018 in den Leistungsgruppen HNO2, BEW7.1 und BEW7.2 sowie GYNT und GYN2 neu Mindestfallzahlen vorgeschrieben werden. In diesen SPLG wurde die Mindestfallzahl in 26 Fällen nicht erreicht. Ohne diese neuen SPLG mit Mindestfallzahlen werden die MFZ in zehn Leistungsaufträgen nicht erreicht. Leistungsaufträge, bei denen die Mindestfallzahl nicht erreicht wird, werden überprüft und bei wiederholt zu tiefen Fallzahlen nicht mehr vergeben. Mit diesen Vorgaben durch die Gesundheitsdirektion wird der gewünschte Konzentrationsprozess weiter fortgesetzt, und es werden immer weniger Leistungen von Spitälern erbracht, welche die MFZ in einer SPLG nicht erreichen. Wie eine Analyse der Gesundheitsdirektion zeigt, wirken sich die MFZ positiv auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen aus: Eine Mindestzahl an Fällen, die pro Jahr zu behandeln sind, verschafft die nötige Routine und Erfahrung.[2] Dies gilt allerdings nicht nur mit Blick auf das einzelne Spital, sondern auch für die einzelne Operateurin, den einzelnen Operateur. Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von MFZ auf Stufe des Spitals (Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflegeteam) mit MFZ pro Operateurin oder Operateur weiter verbessern lässt. Der Regierungsrat hat diese Erkenntnisse umgesetzt und MFZ pro Operateurin oder Operateur festgelegt. Die Mindestwerte liegen zwischen zehn und 50 Fällen pro Jahr und sind – wie die MFZ pro Spital – bewusst tief angesetzt. In erster Linie sollen damit «Gelegenheitsoperationen» vermieden werden. Die MFZ auf Stufe der Operateurinnen und Operateure wurden auf Januar 2019 in sieben SPLG eingeführt.

Zählweise der Mindestfallzahlen
Bei Abbildung A11 (S. 46) ist zu beachten, dass sich die Fallzahl pro Spital und SPLG teilweise von der in den meisten offiziellen Statistiken und auch von der bisher in diesem Bericht verwendeten Zählweise unterscheiden kann. Üblicherweise wird eine Person während eines Spitalaufenthaltes lediglich als ein Fall gezählt, unabhängig davon, ob sie einmal oder mehrmals operiert wurde. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die Gesundheitsdirektion in der für die MFZ relevanten Fallzählung gewisse Mehrfacheingriffe an derselben Person. Betreffen diese verschiedene Leistungsgruppen, wird der Fall pro Leistungsgruppe je einmal gezählt. Ein Fall, bei dem beispielsweise während des gleichen Spitalaufenthaltes eine Leber- und eine Pankreasoperation vorgenommen wird, wird für die MFZ in beiden Leistungsgruppen je einmal gezählt. Verschiedene Eingriffe innerhalb einer Leistungsgruppe werden hingegen lediglich einmal gezählt.

Leistungscontrolling: Nur Behandlungen im Rahmen des Leistungsauftrags werden vergütet

Im Rahmen des Leistungscontrollings überprüft die Gesundheitsdirektion, ob die Spitäler ihren Leistungsauftrag einhalten. Weist ein Listenspital Fallzahlen in einer SPLG aus, für die das Spital über keinen Leistungsauftrag verfügt, muss es der Gesundheitsdirektion begründen, warum diese Behandlungen trotzdem durchgeführt wurden. In Abbildung A11 (S. 46) sind die besagten Fälle für die SPLG mit MFZ orange markiert. Bei fehlender oder ungenügender Begründung werden die entsprechenden Fälle von der Gesundheitsdirektion nicht vergütet. Die gleiche Prüfung wird auch bei den übrigen SPLG durchgeführt, für die keine MFZ gefordert werden.

[2] Siehe dazu Gesundheitsversorgungsbericht 2015, Kapitel 1.3.3, unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

Abbildung A11: Mindestfallzahlen 2018 an Zürcher Listenspitälern

SPLG[1]	MFZ	Universitätsspital Zürich[2]	Kantonsspital Winterthur	Stadtspital Triemli	Klinik Hirslanden	See-Spital Standort Horgen	See-Spital Standort Kilchberg	Spital Uster	Spital Limmattal	Spital Bülach	Spital Zollikerberg	GZO AG Spital Wetzikon	Stadtspital Waid	Schulthess-Klinik	Spital Männedorf	Universitätsklinik Balgrist	Spital Affoltern	Limmatklinik	Klinik Lengg	Uroviva Klinik für Urologie	Adus Medica	Spitäler Schaffhausen
DER1.1	**10**	359	25	6	9							1										2
HNO2	**10**	170	136	105	94	1	21	14	61	54	64	24	60		10						1	28
NCH1.1	**10**	94	3		45																	
NCH1.1.1	**10**	342	5	2	106																	1
NCH1.1.1.1	**10**	45			22																	
NEU4	**10**	32			36														440			
NEU4.1	**10**	25																	91			
VIS1.1	**10**	49	40	51	52				1													
VIS1.2	**10**	71	52	29	37					1												
VIS1.3	**10**	26	17	23	43																	
VIS1.5	**10**	31	36	25	36			8	13	7			3		8							
HAE1.1	**10**	213	2		6																	
HAE4	**10**	92		12	45																	
GEF1	**10**	167	188	72	124	4	1	2	28	2	2	3	9	2	1	1						16
GEFA	**20**	122	62	47	53			1	1		1											
GEF3	**10**	86	46	40	73				11													1
ANG3	**10**	90	18	12	23																	
HER1.1.1	**100**	443		209	323																	
KAR1.1.1	**10**	917	94	355	426					2		74			1							
URO1.1.1	**10**	98	107	54	234	1	12	49	39						36					74		18
URO1.1.2	**10**	47	33	17	34										11							3
URO1.1.3	**10**	92	55	39	72		1	18	31		3	1			28					3		7
PNE1.3	**10**	344	12		1			1						1								
THO1.1	**30**	155	59	41	70																	
BEW7.1	**50**	43	512	78	314	42	260	123	111	174	109	144	76	958	119	363	43				19	100
BEW7.2	**50**		337	36	220	32	269	99	173	124	95	165	21	845	92	222	34				27	81
BEW8.1	**10**	31	7	2	25	1		2			75			44		70						
BEW9	**10**	16	1		2			1						5		13					1	
GYNT	**20**	104	42	48	28	14	1	17	32	26	15	23			17							20
GYN2	**100**	162	166	98	310	2	57	27	63	54	56	111			50		11	124				66

SPLG ohne Fälle sowie Spitäler ohne Fälle in den aufgeführten SPLG werden nicht ausgewiesen.
Eingriffe ausserhalb Leistungsaufträge, MFZ nicht erreicht.

[1] SPLG Version 7.0
[2] Für das Universitätsspital Zürich gilt bei den SPLG BEW7.1 und BEW7.2 gemäss Spitalliste eine Ausnahmeregelung. Die MFZ müssen in diesen beiden SPLG vom Universitätsspital Zürich nicht eingehalten werden.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Während der offiziellen Anhörungen zur Einführung von Mindestfallzahlen mit Expertinnen und Experten aus diversen Fachbereichen hat sich gezeigt, dass die Qualität mit der zusätzlichen Einführung eines Qualitätscontrollings besser gesteigert werden kann als mit einer alleinigen Erhöhung bzw. Einführung von MFZ. In gewissen SPLG wurden dazu die Anforderungen an ein Tumorboard oder eine Indikationskonferenz in den Spitälern überprüft und angepasst. Ebenso geprüft wurde die Einführung von Zertifikaten oder eine Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaften. Ziel ist es, neben dem Erlassen von qualitätssteigernden Anforderungen im Rahmen der Spitalliste auch die Qualität direkt zu messen. Dies geschieht in der Regel anhand von Messungen der Indikationsqualität. Die Abbildung A12 enthält eine Übersicht über die umgesetzten Massnahmen zur Prüfung der Indikations- und Ergebnisqualität.

Abbildung A12: Überblick der umgesetzten Massnahmen zur Überprüfung der Indikations- und Ergebnisqualität

Anforderungen an die Spitäler	Betroffene Eingriffe	Qualitätsprogramm	Status
Abhalten einer Indikationskonferenz	– Radikale Prostatektomie – Schilddrüsenchirurgie – Interventionen Gefässe – Operationen Neoplasien des Atmungssystems – Mediastinale Eingriffe – Gynäkologische Tumore – Brustkrebs-Chirurgie	Stichprobenprüfung durch die Gesundheitsdirektion	umgesetzt
Register	– Radikale Prostatektomie – Knie- und Hüftprothesen – Gynäkologische Tumore – Brustkrebs-Chirurgie – Herzchirurgie	gemeinsame Besprechung (Spitäler und Gesundheitdirektion) der Ergebnisse basierend auf den Registerdaten	umgesetzt, in der Weiterentwicklung
PROM[1]-Erfassung	– Knie- und Hüftprothesen	Überprüfung der im Register erfassten PROM-Indikatoren	umgesetzt
ambulant vor stationär	Ausgewählte Leistungen sind in der Regel ambulant zu erbringen. Bei stationärer Erbringung muss eine entsprechende Indikation explizit gegeben sein.	Evaluation mittels Leistungscontrolling	umgesetzt, in der Weiterentwicklung

[1] PROM: Patient-Related Outcome Measures, das heisst, Funktionalität und Leiden der Patientin oder des Patienten werden vor und nach der Operation gemessen.

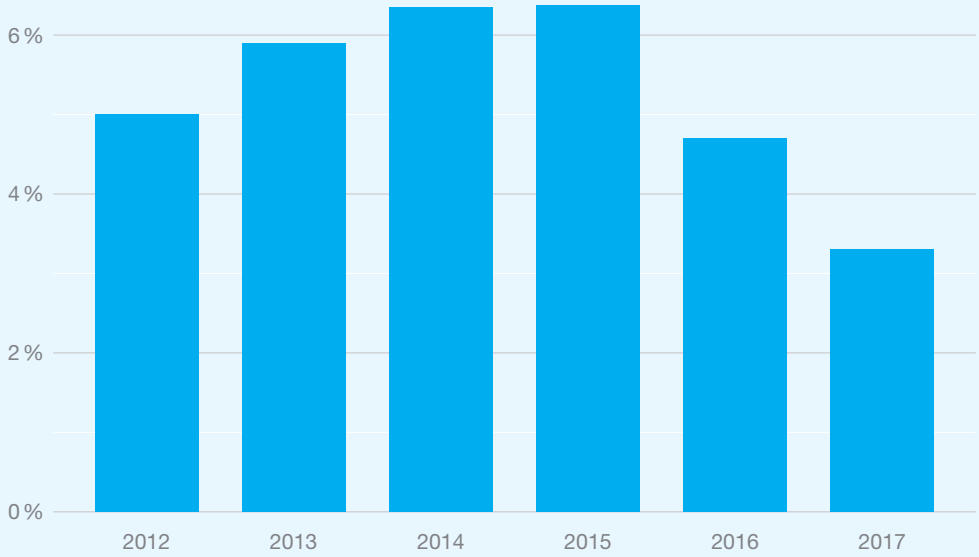
Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Kodierrevision der Gesundheitsdirektion

Das Fallklassifikationssystem «SwissDRG» wurde zum 1. Januar 2012 in den Akutspitälern eingeführt. Die Spitalaufenthalte werden durch die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren (Behandlungen) Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) zugeordnet und über Fallpauschalen abgerechnet. Ziel der Kodierrevision unter SwissDRG ist es, die Qualität der Kodierung in den Spitälern zu beurteilen und die Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten. Die Kodierrevision basiert auf der verdachtsunabhängigen, stichprobenbasierten Kontrolle zur Beurteilung der Kodierung. Die Kodierrevision ist damit auch ein Mittel zur Sicherstellung der Kodierqualität. Neben der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Im Rahmen der Kodierrevision der Daten 2017 wurden 21 der 22 akutsomatischen Listenspitäler sowie zwei Geburtshäuser im Kanton Zürich durch die Gesundheitsdirektion revidiert. Die Revision erfolgte unter Einhaltung der gesamtschweizerischen Vorgaben, die im Revisionsreglement aufgeführt sind. Die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren wurde einzelfallbezogen überprüft. Beurteilt wurden die Krankendokumentation sowie die mit der Kodierung in Zusammenhang stehenden administrativen Prozesse. Wird ein Fall nicht korrekt kodiert, wird dieser möglicherweise einer falschen DRG zugeordnet. Die Kodierrevision stellt dies in ihrer Überprüfung der Einzelfälle fest (sogenannter DRG-Wechsel) und bespricht diese im Rahmen eines Revisionsgespräches. Die Zahl der falsch zugeordneten Fälle hat seit 2015 stark abgenommen (s. Abbildung A13). Die Zahl der DRG-Wechsel lag 2017 noch bei gut drei Prozent und damit deutlich tiefer als bei der Einführung des SwissDRG-Systems 2012 (fünf Prozent).

Abbildung A13: DRG-Wechsel 2012 bis 2017



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

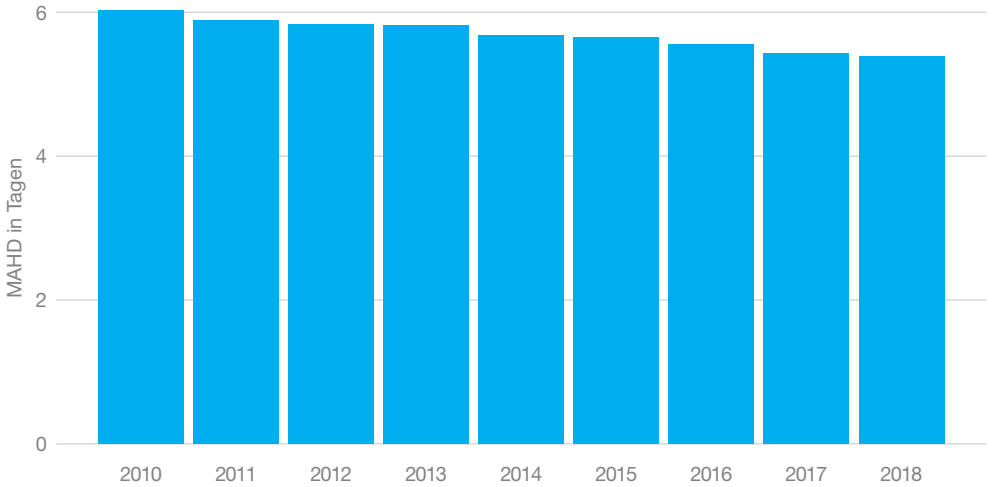
Die Abbildung A13 und die weiteren Ergebnisse der Kodierrevision zeigen, dass sich die Spitäler bzw. die Kodierabteilungen im Laufe der Jahre trotz zunehmender Komplexität des Fallpauschalensystems SwissDRG verbessert haben. Die jährlichen Anpassungen der Kataloge (Diagnosen und Prozeduren), des Kodierhandbuches sowie neue Richtlinien verlangen von den Kodiererinnen und Kodierern eine stetige Aktualisierung des Wissensstandes.

Mittlere Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2018 liegt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in Zürcher Akutspitälern bei 5,4 Tagen (s. Abbildung A14). Im Vergleich zum Vorjahr ist sie nur sehr leicht um 0,04 Tage zurückgegangen. Seit 2010 ist sie um gut ein Prozent pro Jahr gesunken. Die Verkürzung der MAHD ist ein langfristiger Trend. Sie hängt hauptsächlich mit dem medizinischen und technischen Fortschritt zusammen und ist nicht nur in der Schweiz, sondern in den meisten Industrienationen festzustellen. Der unterdurchschnittliche Rückgang der MAHD im Jahr 2018 hängt mit der Einführung von «ambulant vor stationär» zusammen. Die Verlagerung von einfachen Eingriffen mit einer kurzen Aufenthaltsdauer im Spital vom stationären in den ambulanten Bereich führt dazu, dass die MAHD unterdurchschnittlich gesunken ist.

Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer
Mit der Einführung von SwissDRG wurde eine neue offizielle Berechnung der Falldefinition und der Aufenthaltsdauer festgelegt. Als Aufenthaltstage gelten der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer nach SwissDRG basiert auf folgender Formel: MAHD = Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Urlaubstage.

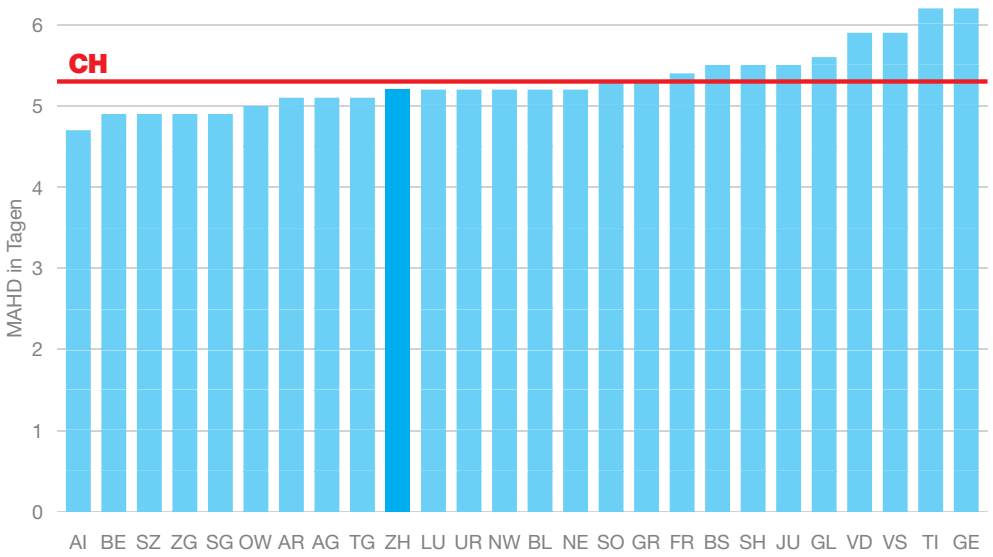
Abbildung A14: Mittlere Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich 2010 bis 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ermöglichen einen schweizweiten Vergleich der mittleren Aufenthaltsdauer. Die neuesten verfügbaren Daten sind aus dem Jahr 2017. Die mittlere Aufenthaltsdauer in Zürcher Spitälern liegt leicht unter dem Schweizer Mittel (s. Abbildung A15). Dies ist erstaunlich in Anbetracht der im Durchschnitt höheren Fallschwere im Kanton Zürich und ein Hinweis auf die effiziente Leistungserbringung der Zürcher Spitäler. In den Kantonen Genf und Tessin liegen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt einen Tag länger als im Kanton Zürich. Im Kanton Appenzell Innerrhoden ist die Aufenthaltsdauer am kürzesten. Dort liegen die Patientinnen und Patienten im Schnitt einen halben Tag weniger lang als im Kanton Zürich.

Abbildung A15: Aufenthaltsdauer in Akutspitälern in der Schweiz 2017[1]



[1] Die Berechnungen des Obsan weichen aus methodischen Gründen leicht von der Berechnung der Gesundheitsdirektion ab.

Quelle: Obsan (2019)

Abbildung A16 zeigt in der ersten Spalte die MAHD in den Spitälern im Kanton Zürich. Die Spannbreite der MAHD reicht von 1,6 bis 58 Tagen. Letztere ist die MAHD beim Sune-Egge, der auf die Behandlung von Suchtkranken spezialisiert ist. Dementsprechend können diese Patientinnen und Patienten nicht bereits nach wenigen Tagen wieder entlassen werden.

Abbildung A16: Aufenthaltsdauer, Bettenbestand, Bettenbelegung und Operationssäle 2018

	MAHD [Tage]	Betten	Bettenbelegung [in %]	Operationssäle	Schnitt-Naht-Zeit [in Std.]
Universitätsspital Zürich	6,6	941	79	35	39 045
Kantonsspital Winterthur	5,0	445	81	15	21 414
Stadtspital Triemli	5,1	396	81	12	13 881
Klinik Hirslanden	5,8	335	82	14	22 180
See-Spital Standort Horgen[1]	5,6	212	62	8	6 311
See-Spital Standort Kilchberg[1]	3,6				
Spital Uster	5,7	208	74	5	5 758
Spital Limmattal	4,7	181	74	6	9 673
Spital Bülach	5,0	162	81	5	5 696
Spital Zollikerberg	5,0	174	72	7	5 462
GZO AG Spital Wetzikon	4,1	156	70	4	4 918
Stadtspital Waid	6,9	213	74	5	4 100
Schulthess-Klinik	4,6	137	73	10	12 784
Kinderspital Zürich	5,6	170	73	5	5 438
Spital Männedorf	5,4	129	84	5	5 406
Universitätsklinik Balgrist	5,4	84	89	6	8 230
Spital Affoltern	6,2	73	78	1	1 370
Paracelsus-Spital Richterswil	4,6	31	74	3	2 113
Limmatklinik	2,0	10	90	4	2 849
Klinik Lengg	6,2	20	74	0	0
Uroviva Klinik für Urologie	3,0	13	70	2	1 665
Adus Medica	1,6	15	33	3	1 196
Klinik Susenberg	16,4	13	71	0	0
Sune-Egge	58,0	25	76	0	0
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag	**5,5**	**4 143**	**77**	**155**	**179 489**
Geburtshäuser mit Zürcher Leistungsauftrag	**3,6**	**11**	**77**	**0**	**0**
Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag	**4,2**	**318**	**45**	**20**	**17 560**
Total Kanton Zürich	**5,4**	**4 472**	**75**	**175**	**197 049**

[1] Aus den Daten der Krankenhausstatistik ist keine Unterscheidung der Betten und der Operationssäle nach Standort möglich, weshalb beim Standort Horgen alle Angaben ausser der MAHD für den Gesamtbetrieb ausgewiesen werden.

Quellen: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

Berechnung des Bettenbestandes und der Bettenbelegung

In der Krankenhausstatistik werden die Bettenbetriebstage erhoben. Ein Bettenbetriebstag entspricht einem Tag, an dem ein Bett zur Verfügung steht. Steht ein Bett an einem Tag nicht zur Verfügung, z. B. wegen Umbaus oder Betriebsferien, so darf dieser Tag nicht zu den Bettenbetriebstagen gezählt werden. Das Total aller Bettenbetriebstage geteilt durch die Anzahl Tage eines Jahres ergibt die Anzahl Betten. Da es sich um eine berechnete Kennzahl handelt, sind die Werte gerundet und es können Rundungsdifferenzen auftreten.

Die Bettenbelegung in einem Jahr entspricht dem Verhältnis der Summe der Pflegetage zu den Bettenbetriebstagen. Um die Pflegetage zu berechnen, wurde die Zählweise gemäss Vorgaben der SwissDRG (Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Urlaubstage) verwendet (vgl. Randspalte S. 49). Bei dieser Berechnung wird der Entlassungstag nicht als Pflegetag gezählt.

Bettenbestand und Bettenbelegung

Im Jahr 2018 stehen über das ganze Jahr betrachtet im Kanton Zürich 4472 betriebene Betten für die akutsomatische Versorgung zur Verfügung (s. Abbildung A16). Dies sind 84 Betten weniger als im Vorjahr. Ausgewiesen werden die 2018 betriebenen Betten, das heisst die Betten, die 2018 für Patientinnen und Patienten zur Verfügung standen. Diese Berechnung führt zu leichten Schwankungen von Jahr zu Jahr, weil die ausgewiesene Bettenzahl nicht nur durch grosse Umbauten, sondern auch durch kleinere Umbauten oder temporäre Schliessungen eines Zimmers oder einer Station beeinflusst wird. Die Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag betreiben 2018 86 Betten weniger als 2017. Das Spital Waid betreibt 2018 42 Betten weniger als im Vorjahr, die Schulthess-Klinik 29 Betten weniger. Das Universitätsspital Zürich (–13 Betten), das Spital Limmattal (–8 Betten) sowie das Spital Affoltern (–7 Betten) weisen ebenfalls weniger betriebene Betten als im Vorjahr aus. Einige Spitäler betreiben 2018 im Durchschnitt etwas mehr Betten als im Vorjahr, darunter das Stadtspital Triemli (+6 Betten), die Klinik Hirslanden (+4 Betten) und das Spital Männedorf (+4 Betten). Bei den Spitälern ohne Zürcher Leistungsauftrag ist die Zahl der betriebenen Betten im Vergleich zum Vorjahr um 3 Betten gestiegen. Abbildung A16 zeigt neben der Bettenzahl auch die Bettenbelegung pro Spital. Im vorliegenden Bericht wird die Bettenauslastung anhand der Aufenthaltsdauer gemäss Vorgaben der SwissDRG berechnet (vgl. Randspalte). Die durchschnittliche Bettenbelegung über alle Zürcher Spitäler betrachtet liegt bei 75 Prozent. Der Rückgang der betriebenen Betten

und der Rückgang der Austritte 2018 waren etwa gleich stark, weshalb die Auslastung unverändert bei 75 Prozent liegt. In den Spitälern mit Zürcher Leistungsauftrag und den beiden Geburtshäusern ist die Auslastung mit 77 Prozent deutlich höher als in den Spitälern ohne Leistungsauftrag (45 Prozent). Informationen zum Bettenbestand und zur Bettenbelegung im Jahresvergleich sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten einsehbar.

Operationssäle und ihre Auslastung

In Abbildung A16 (S. 50) wird die Zahl der Operationssäle und die darin erbrachte Schnitt-Naht-Zeit ausgewiesen. Die Zürcher Listenspitäler verfügen 2018 über 155 Operationssäle, dazu kommen weitere 20 Operationssäle in den Zürcher Spitälern ohne Leistungsauftrag. Die Zürcher Listenspitäler haben 2018 somit zwei Operationssäle mehr als im Vorjahr, die Spitäler ohne Leistungsauftrag fünf weniger. Die Schnitt-Naht-Zeit misst die effektive Operationsdauer ohne vor- und nachgelagerte Prozesse. Insgesamt wird in den Zürcher Spitälern im Jahr 2018 während rund 197 000 Stunden operiert. Das sind rund 5000 Stunden weniger als im Vorjahr. Pro Operationssaal ergibt das 1125 Stunden im Jahr oder gut drei Stunden pro Tag (inklusive Wochenenden und Feiertage). Zu bedenken ist dabei, dass auch an einem Tag mit vielen Operationen genügend Kapazitäten für Notfälle zur Verfügung stehen müssen und dass vor- und nachgelagerte Prozesse ebenfalls Zeit in Anspruch nehmen. Grundsätzlich bedeutet eine höhere Auslastung einen relevanten Effizienzvorteil, da Operationssäle eine teure Investition darstellen. Eine zu hohe Auslastung der Operationssäle ist jedoch auch nicht wünschenswert, da damit riskiert würde, dass in einer Ausnahmesituation mit mehreren dringenden Operationen kein Operationssaal zur Verfügung steht. Weiter gilt es zu beachten, dass die Auslastung naturgemäss auch nach Fachbereich variiert. Je länger die Operationen in einem Fachbereich dauern, desto weniger Wechsel müssen vorgenommen werden und desto höher ist tendenziell auch die Auslastung der Operationssäle.

2.3 Personal in Zürcher Spitälern

Der Personalbestand (in Vollzeitäquivalenten) ist im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr um 0,8 Prozent von rund 24 000 auf rund 24 200 Vollzeitstellen angestiegen, wie Abbildung A17 (S. 52) zeigt. Seit 2012 ist der Personalbestand im Durchschnitt um 3,2 Prozent gewachsen. Die Zunahme um 0,8 Prozent von 2017 auf 2018 liegt somit deutlich unter dem Durchschnitt der letzten sechs Jahre. Zwischen den einzelnen Spitälern gibt es aber grosse Unterschiede. In absoluten Zahlen gibt es beim Universitätsspital Zürich, dem Spital Bülach und der Schulthess-Klinik mit je rund 80 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten die grösste Zunahme gegenüber dem Vorjahr. Hingegen wurde der Personalbestand in der Limmatklinik und der Klinik Hirslanden um rund 14 bzw. zehn Prozent reduziert. In diese Betrachtung wird das gesamte im ambulanten und stationären Bereich der Spitäler tätige Personal miteinbezogen. Neben der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal sind darin auch Administrativpersonal und technische Dienste enthalten. Die Betrachtung des Personals nach Berufsgruppen zeigt, dass 39 Prozent des Personalbestandes Pflegepersonal und 15 Prozent medizinisches und medizintherapeutisches Personal sind. Die fest angestellten Ärztinnen und Ärzte machen einen Anteil von 16 Prozent aus. Dazu kommen rund 17 Prozent Administrativpersonal, 12 Prozent Hausdienstpersonal und 2 Prozent technische Dienste.

Der Anteil der Frauen am Personal in Spitälern ist weiterhin sehr hoch. Von den am 31. Dezember 2018 in einem Zürcher Spital angestellten Personen sind 75 Prozent weiblich.

Das Personal in Spitälern ist mehrheitlich weiblich:

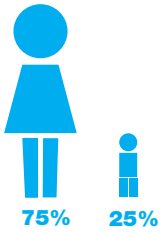


Abbildung A17: Personal in Zürcher Spitälern (in Vollzeitäquivalenten)

	2012	2017	2018	Veränderung zum Vorjahr [in %]	Angestellte in Ausbildung [in %]
Universitätsspital Zürich	5 359	6 503	6 588	1,3	15
Kantonsspital Winterthur	1 990	2 542	2 597	2,2	12
Stadtspital Triemli	1 909	2 194	2 165	-1,3	14
Klinik Hirslanden	1 189	1 395	1 263	-9,4	8
See-Spital[1]	645	663	651	-1,8	10
Spital Uster	691	832	842	1,2	16
Spital Limmattal	816	912	931	2,1	12
Spital Bülach	586	767	843	9,9	14
Spital Zollikerberg	568	733	746	1,9	13
GZO AG Spital Wetzikon	586	699	708	1,3	5
Stadtspital Waid	869	937	907	-3,2	15
Schulthess-Klinik	615	844	924	9,5	4
Kinderspital Zürich	1 309	1 580	1 606	1,6	12
Spital Männedorf	471	654	642	-1,9	12
Universitätsklinik Balgrist	628	818	852	4,2	9
Spital Affoltern	382	353	363	3,0	13
Paracelsus-Spital Richterswil	164	172	183	6,2	5
Limmatklinik	17	43	37	-13,9	4
Klinik Lengg	112	226	219	-3,5	13
Uroviva Klinik für Urologie	20	50	53	6,4	1
Adus Medica	14	19	28	47,9	6
Klinik Susenberg	67	80	81	1,3	14
Sune-Egge	50	51	52	2,7	5
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag	**19 057**	**23 067**	**23 283**	**0,9**	**12**
Geburtshaus Zürcher Oberland	10	20	24	22,2	1
Geburtshaus Delphys	3	6	7	15,0	0
Geburtshäuser mit Zürcher Leistungsauftrag[2]	**18**	**26**	**31**	**20,5**	**1**
Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag	**942**	**905**	**856**	**-3,3**	**3**
Total Kanton Zürich	**20 017**	**23 998**	**24 170**	**0,8**	**12**

[1] Aus den Daten der Krankenhausstatistik ist keine Unterscheidung des Personals nach Standort möglich.
[2] Das Personal des Geburtshauses Weinland ist 2012 im Total Geburtshäuser und im Total Kanton Zürich enthalten. Das Geburtshaus Weinland hat den Betrieb im Oktober 2013 eingestellt.

Quelle: Krankenhausstatistik

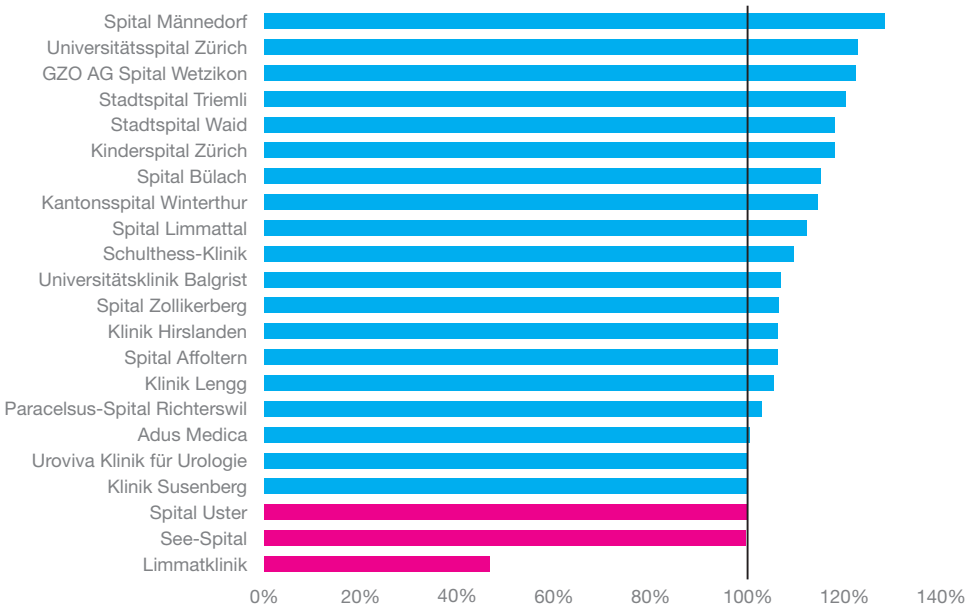
Aus der letzten Spalte in Abbildung A17 ist der Anteil der Personen in Ausbildung (in VZÄ) in den einzelnen Spitälern ersichtlich. Im Durchschnitt sind an einem Zürcher Spital rund zwölf Prozent der Angestellten in Ausbildung. Die Zahl der Angestellten in Ausbildung ist in den Zürcher Listenspitälern deutlich höher als in den Spitälern ohne Zürcher Leistungsauftrag.

Aus- und Weiterbildungsverpflichtung[3]

Seit dem 1. Januar 2013 sind alle Zürcher Listenspitäler verpflichtet, Aus- und Weiterbildung in einem angemessenen Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf zu leisten. Mit der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird erreicht, dass die Ausbildungsleistungen in den Spitälern intensiviert werden und die Differenz zwischen den langfristig benötigten und den heute effektiv erbrachten Ausbildungsleistungen reduziert wird.
Die Gesundheitsdirektion berechnet jährlich für jedes Listenspital einen Soll-Bedarf an Ausbildungsleistungen und vergleicht diesen mit den effektiven Ausbildungsleistungen des Spitals. Die Berechnung orientiert sich unter anderem an der Betriebsgrösse und am Personalbestand des Spitals. Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Leistet ein Spital jedoch zu wenig Ausbildung, so kann es die fehlenden Aus- und Weiterbildungsleistungen von einem anderen Spital erbringen lassen (sogenannter Einkauf von Aus- und Weiterbildungsleistungen). Ansonsten hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten.

[3] Eine detaillierte Beschreibung der Ausbildungsverpflichtung finden Sie im Anhang A1 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

Abbildung A18: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2018



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Leistungsnachweise, welche die Listenspitäler für das Jahr 2018 eingereicht haben, zeigen, dass drei Spitäler die Ausbildungsverpflichtung nicht erfüllen (s. Abbildung A18). Das Spital Uster und das See-Spital liegen lediglich weniger als ein Prozent unter der verlangten Ausbildungsleistung. Die Limmatklinik hat nur knapp 50 Prozent der geforderten Ausbildungsleistungen erbracht. Hingegen übertreffen das Spital Männedorf, das Universitätsspital Zürich, das GZO AG Spital Wetzikon sowie das Stadtspital Triemli die geforderte Ausbildungsleistung um mehr als 20 Prozent. Mit dem Erfüllen der Vorgaben der Ausbildungsverpflichtung leisten die Zürcher Akutspitäler einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen.

2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler

Im Rahmen der Spitalfinanzierung kommt der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung eine grosse Bedeutung zu. Deshalb wird in diesem Kapitel zuerst der Fallkostenvergleich 2018 vorgestellt, gefolgt von einem kurzen Überblick über die Kostenstruktur der Zürcher Listenspitäler. Abschliessend wird die aktuelle Tarifsituation aller Listenspitäler präsentiert.

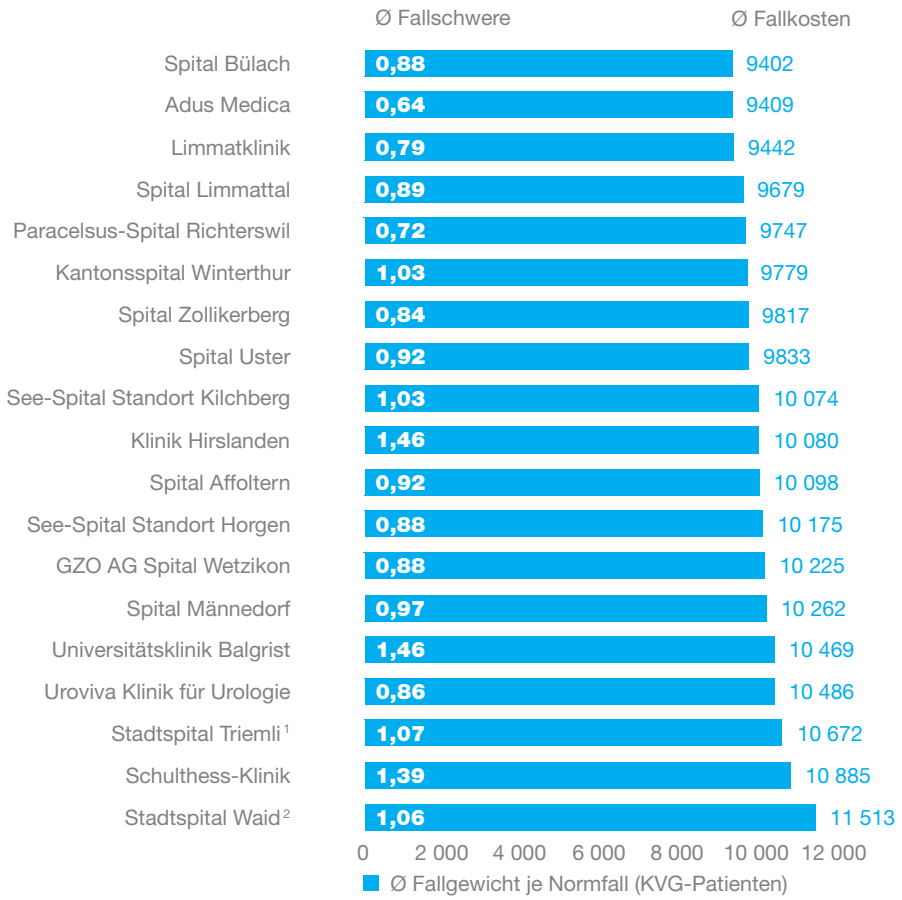
Fallkostenvergleich 2018

Der Kanton Zürich veröffentlicht jährlich die Fallkosten der Zürcher Listenspitäler. Mit der Publikation soll Transparenz über die Fallkosten der Spitäler geschaffen und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler ermöglicht werden. Zudem dient der Fallkostenvergleich als Orientierungshilfe bei der Tariffindung. Grundlage für den Fallkostenvergleich sind detaillierte Analysen der Kosten und Leistungen aller Zürcher Akutspitäler nach einer einheitlichen, vom Bundesverwaltungsgericht gestützten Methodik. Erstmals werden auch die Fallkosten sowohl der Spezialkliniken Susenberg und Lengg als auch der Universitätsspitäler USZ und Kinderspital veröffentlicht. Diese werden jedoch separat ausgewiesen, weil die Werte nicht mit den anderen 19 Spitälern vergleichbar sind. Die beiden Universitätsspitäler figurieren am Ende der Versorgungskette und die Spezialkliniken weisen Besonderheiten im Leistungsspektrum auf. Sie unterscheiden sich deshalb hinsichtlich Patienten- und Kostenstrukturen deutlich von den anderen Spitälern.

Die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten der 19 vergleichbaren Zürcher Spitäler sinken 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozent. Dies ist der erste Rückgang seit der revidierten Spitalfinanzierung von 2012. Die Hauptgründe sind zum einen die Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich und zum anderen Sparmassnahmen der Spitäler. Bei den Spitälern gehen sowohl die Fallzahlen als auch die Totalkosten 2018 im KVG-Bereich zurück. Die Anzahl KVG-Fälle sinkt um 1,3 Prozent (–2097 Fälle), gleichzeitig steigt der durchschnittliche Schweregrad der Behandlungen um 1,4 Prozent. Die entsprechenden Totalkosten gehen um 2,2 Prozent zurück (–38 Millionen Franken). Weil die Kostensenkungen das leichte Wachstum der schweregradbereinigten Fallzahl (Anzahl Fälle × Schweregrad der Behandlungen) übertreffen, resultiert der erwähnte Rückgang der durchschnittlichen Fallkosten um 2,3 Prozent (2017: +1,4 Prozent).

Die Ursache liegt unter anderem in der Umsetzung von «ambulant vor stationär». Erwartungsgemäss ist 2018 eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu beobachten. Diese führt zwar zu tieferen stationären Fallzahlen, gleichzeitig steigt aber auch der durchschnittliche Schweregrad im stationären Bereich, da unkomplizierte[re] Fälle nun ambulant behandelt werden.

Abbildung A19: Schweregradbereinigte Fallkosten 2018 der vergleichbaren Zürcher Spitäler

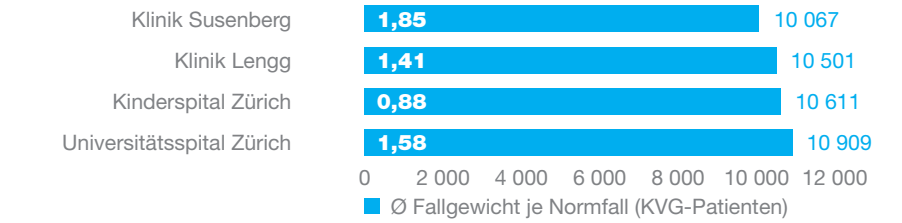


[1] ausgewiesene Fallkosten inkl. Anlagenutzungskosten (ANK) Bettenhaus. Fallkosten nach Neubewertung Bettenhaus 10 562
[2] inkl. universitäres Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Quellen: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

In Abbildung A19 sind die Fallkosten und der durchschnittliche Schweregrad pro Spital dargestellt. Während der Unterschied zwischen dem kostengünstigsten und dem kostenintensivsten Spital 2017 noch bei 3056 Franken lag, beträgt die Kostenschere ein Jahr später nur noch 2110 Franken. Gründe für dieses Zusammenrücken sind auf der einen Seite Sparmassnahmen bei den kostenintensivsten Spitälern. Auf der anderen Seite haben die ehemals kostengünstigsten Spitäler ihre Totalkosten nicht zu senken vermocht, obschon ihre Fallzahlen 2018 rückläufig sind. Dies betrifft vor allem kleinere Spitäler mit spezialisiertem Leistungsangebot.
In Abbildung A20 sind die Fallkosten inklusive durchschnittlichen Schweregrades der Universitätsspitäler und Spezialkliniken zusammengefasst. Während die Spitäler Susenberg, Lengg und das Kinderspital relativ zum Vorjahr leicht tiefere Fallkosten ausweisen, halten sich diese im Universitätsspital Zürich auf konstantem Niveau.

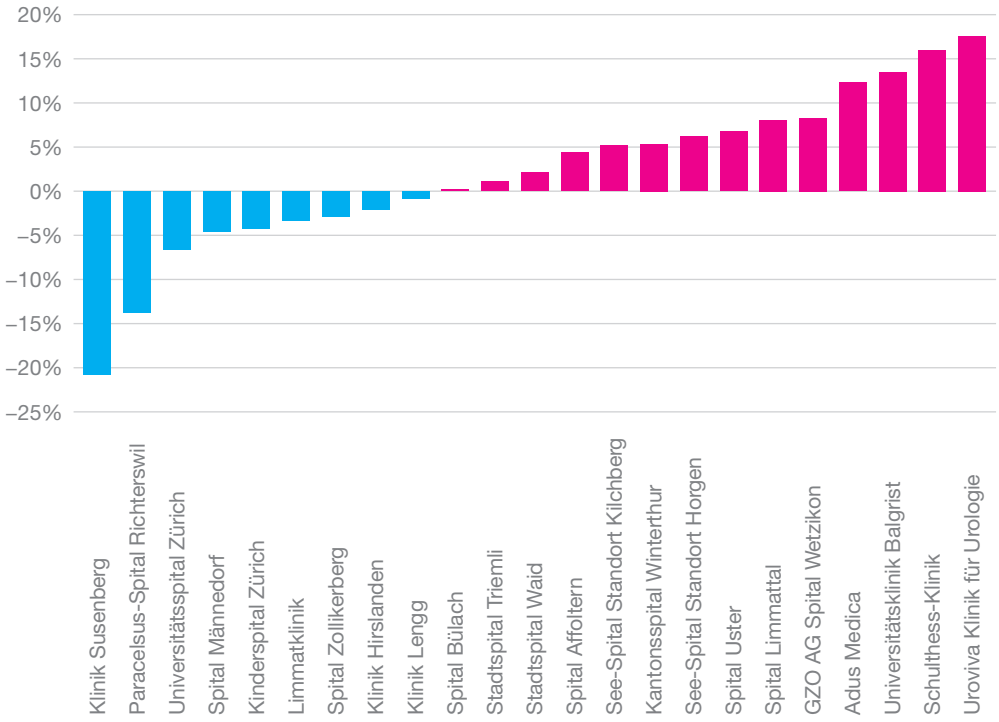
Abbildung A20: Schweregradbereinigte Fallkosten 2018 der Universitätsspitäler und Spezialkliniken



Quellen: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Seit der Anpassung der Spitalfinanzierung 2012 haben sich die Fallkosten der Zürcher Listenspitäler unterschiedlich entwickelt: Steigerungen auf der einen Seite stehen zum Teil umfangreiche Reduktionen auf der anderen Seite gegenüber (s. Abbildung A21).
Neben einigen kleineren Spitälern wie der Klinik Susenberg (–21 Prozent) oder dem Paracelsus-Spital (–14 Prozent) weist auch das Universitätsspital Zürich im Vergleich zu 2012 eine deutliche Abnahme der Fallkosten aus (–7 Prozent). Hingegen sind die Fallkosten der Uroviva, der Schulthess-Klinik, der Universitätsklinik Balgrist sowie der Adus Medica seit 2012 um mehr als zehn Prozent gestiegen. Insgesamt weisen 14 Spitäler höhere Fallkosten und neun Spitäler tiefere Fallkosten aus als 2012.

Abbildung A21: Entwicklung der schweregradbereinigten Fallkosten 2012 bis 2018

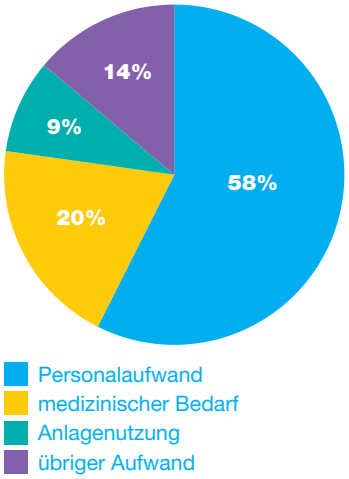


Quellen: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Kostenstruktur in Zürcher Listenspitälern

Der Aufwand der Zürcher Listenspitäler (ohne Berücksichtigung des Universitätsspitals Zürich und des Kinderspitals Zürich) teilt sich im Durchschnitt wie folgt auf: Der Personalaufwand ist mit 58 Prozent der grösste Aufwandsposten, gefolgt vom medizinischen Bedarf mit 20 Prozent und dem Aufwand für die Anlagenutzung mit neun Prozent (s. Abbildung A22).

Abbildung A22: Durchschnittlicher Aufwand der Zürcher Listenspitäler 2018



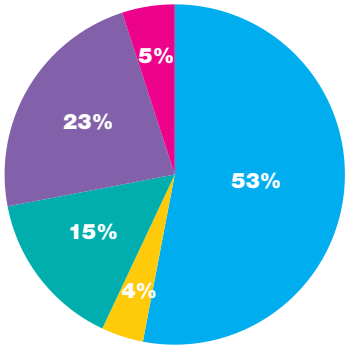
Der übrige Aufwand setzt sich hier aus folgenden Aufwandskonten zusammen: Lebensmittel- und Haushaltsaufwand, Unterhalt und Reparaturen, Aufwand für Energie und Wasser, Zinsaufwand, Verwaltungs- und Informatikaufwand sowie übriger patientenbezogener und nicht patientenbezogener Aufwand und übriger Aufwand.

Quelle: Krankenhausstatistik

Finanzierungsquellen eines Spitals im Überblick

Abbildung A23 (S. 56) zeigt die Einkünfte der Zürcher Listenspitäler auf (ohne Berücksichtigung des Universitätsspitals Zürich und des Kinderspitals Zürich). Über die Hälfte der Erträge werden im Durchschnitt mit der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten erzielt, die mittels Fallpauschalen über die obligatorische Grundversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz abgegolten wird («stationär KVG»). Die Kosten dieser stationären Leistungen übernehmen der Kanton und die Krankenversicherer gemeinsam mit einem fixen Finanzierungsanteil des Kantons von 55 Prozent. Neben Erträgen aus der obligatorischen Grundversicherung generieren Spitäler auch Einnahmen mit Leistungen, die zulasten der Unfall- oder Invalidenversicherung abgerechnet werden («stationär UVG/IV»). Das sind insbesondere Spitäler mit vielen Kindern und Unfallopfern. Zusätzliche Erträge im stationären Bereich erwirtschaften Spitäler mit Leistungen, die von der Zusatzversicherung übernommen werden. Einnahmen aus der Zusatzversicherung bilden durchschnittlich rund 15 Prozent der Erträge und sind in der Abbildung A23 mit «stationär ZV» bezeichnet. Dabei handelt es sich nur um den Teil der Behandlungskosten von zusatzversicherten Personen, der nicht von der Grundversicherung übernommen wird. Der Zusatzversichertenanteil variiert erheblich von Spital zu Spital. In der Klinik Lengg betragen die Einnahmen aus der Zusatzversicherung nur knapp zwei Prozent, während in der Klinik Hirslanden 34 Prozent der Erträge aus der Zusatzversicherung erwirtschaftet werden. Die Klinik Hirslanden hat unter den Listenspitälern im Zusatzversichertengeschäft eine besondere Stellung: 29 Prozent der Zusatzversicherungseinnahmen aller Listenspitäler im Kanton Zürich werden durch die Klinik Hirslanden generiert. Sie behandelt 21 Prozent aller in Zürcher Listenspitälern behandelten Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung.

Abbildung A23: Durchschnittlicher Ertrag der Zürcher Listenspitäler 2018



- stationär KVG
- stationär UVG/IV
- stationär ZV
- ambulant
- weitere Leistungen

«Weitere Leistungen» umfassen u. a. Nebenbetriebe, Leistungen der universitären Forschung und Lehre und versorgungsnotwendige Sonderleistungen der Listenspitäler.

Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Die Erträge aus ambulanten Leistungen machen 2018 im Durchschnitt 23 Prozent der gesamten Erträge aus. Auch hier gibt es grosse Unterschiede, die durch das Leistungsangebot der Spitäler beeinflusst werden. Bei der Klinik Susenberg stammt nur knapp ein Prozent der Erträge aus ambulanten Leistungen, beim Paracelsus-Spital hingegen sind es fast 40 Prozent.

Aktuelle Tarifsituation der Zürcher Listenspitäler

Der für den Preis einer stationären Behandlung massgebende Tarif in Franken (auch Baserate genannt) wird zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern verhandelt. Die verhandelten Tarife werden danach dem Regierungsrat zur Genehmigung vorgelegt. Einigen sich die Tarifpartner jedoch nicht, setzt der Regierungsrat die Tarife fest. Dabei hat er sich auf die Kosten eines effizienten Spitals abzustützen.
Abbildung A24 stellt die Tarife für stationäre Behandlungen in den Akutspitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss der Zürcher Spitalliste Akutsomatik für das Jahr 2019 dar. Die Versicherer haben sich in drei Einkaufsgemeinschaften organisiert, die unabhängig voneinander mit den Spitälern die Tarife verhandeln. In grüner Schrift sind die definitiven, durch den Regierungsrat rechtskräftig genehmigten oder festgesetzten Tarife aufgeführt. Bei den roten Beträgen handelt es sich um provisorische Tarife. Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

Die Versicherer treten in drei Einkaufsgemeinschaften auf, die unabhängig voneinander mit den Spitälern die Tarife verhandeln. Die Einkaufsgemeinschaft HSK AG vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas Progrès, Compact und KPT, die CSS Kranken-Versicherung AG verhandelt die Tarife für sich, die INTRAS, die Arcosana und die Sanagate. Die übrigen Krankenversicherer sind der tarifsuisse ag angeschlossen.

Abbildung A24: Tarife 2019 der Zürcher Listenspitäler Akutsomatik

	tarifsuisse	HSK	CSS
Universitätsspital Zürich	10 870[1]	10 840	10 840
Kantonsspital Winterthur	9 650	9 650	9 650
Stadtspital Triemli	9 700	9 790	9 700
Klinik Hirslanden	9 650	9 650	9 650
GZO AG Spital Wetzikon	9 650	9 650	9 650
Spital Uster	9 650	9 650	9 650
Spital Limmattal	9 650	9 650	9 650
Spital Bülach	9 650	9 650	9 650
Spital Zollikerberg	9 650	9 650	9 650
Stadtspital Waid	9 650	9 700	9 650
Spital Männedorf	9 650	9 650	9 650
Schulthess-Klinik	9 450	9 450	9 450
Kinderspital Zürich	10 500	11 200	10 800
See-Spital Standort Horgen	9 650	9 650	9 650
See-Spital Standort Kilchberg	9 450	9 450	9 450
Universitätsklinik Balgrist	9 780	9 855	9 780
Spital Affoltern	9 650	9 650	9 650
Paracelsus-Spital Richterswil	9 650	9 650	9 650
Klinik Lengg	11 400	11 692	11 692
Uroviva Klinik für Urologie	9 450	9 450	9 450
Klinik Susenberg	9 450	9 450	9 450
Adus Medica	9 450	9 450	9 450
Limmatklinik	9 450	9 450	9 450
Geburtshaus Zürcher Oberland	9 180	9 200	9 200
Geburtshaus Delphys	9 180	9 200	9 200

Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife
Provisorische Tarife

[1] Ohne Groupe Mutuel. Zwischen dem Universitätsspital Zürich und den von der Groupe Mutuel vertretenen Versicherern gilt der mit RRB Nr. 1493/2011 festgesetzte provisorische Basisfallwert von Fr. 11 400 weiterhin.

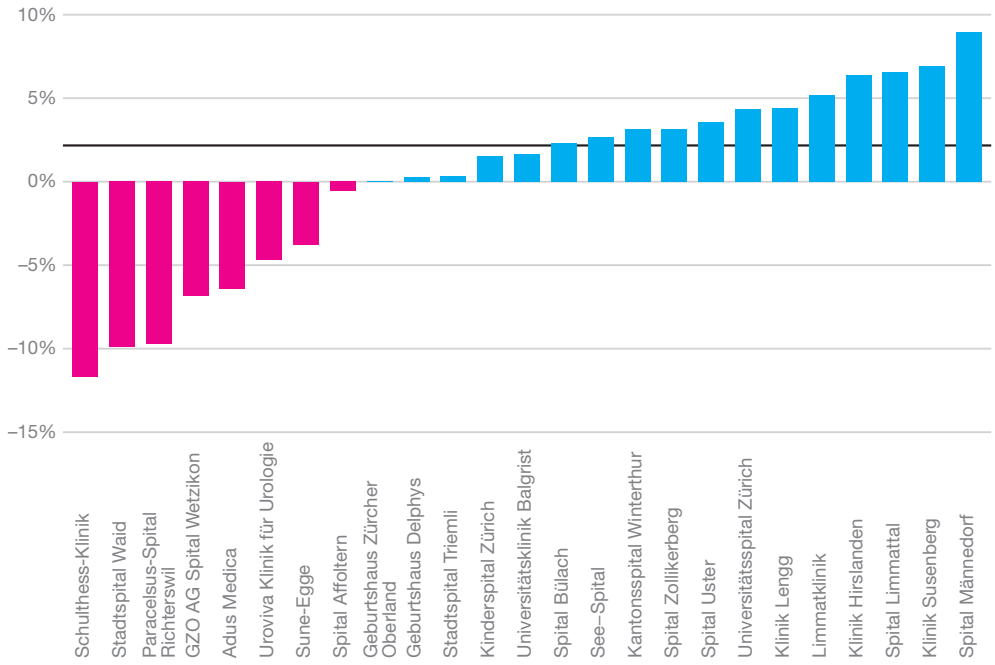
Stand: 21. November 2019

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler

Die Mehrheit der Zürcher Listenspitäler schliesst im Jahr 2018 mit einem positiven Ergebnis ab (s. Abbildung A25 S. 57). Gesamthaft haben die Listenspitäler im Kanton Zürich eine Umsatzrendite von 2,2 Prozent erwirtschaftet (schwarze Linie in Abbildung A25). Damit ist die durchschnittliche Umsatzrendite 2018 im Vergleich zu 2017 leicht gesunken (s. Abbildung A26 S. 57).

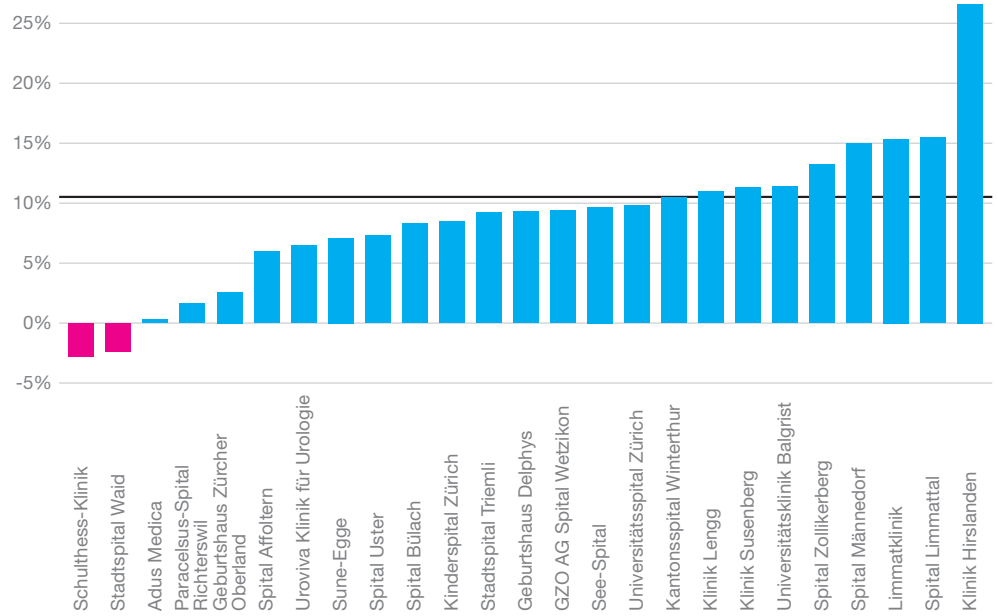
Abbildung A25: Umsatzrendite der Listenspitäler 2018



Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

2018 erzielt das Spital Männedorf mit neun Prozent die höchste Umsatzrendite, gefolgt von der Klinik Susenberg und dem Spital Limmattal mit sieben Prozent. Während im Vorjahr fünf Spitäler einen Verlust verzeichnen mussten, weisen 2018 acht Spitäler einen Verlust aus.
Neben der Umsatzrendite ist auch die Kennzahl EBITDAR (Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent Cost) von Interesse. Diese Kennzahl wird von potenziellen Kreditgebern für die Beurteilung der operativen Leistungsfähigkeit eines Unternehmens herangezogen und ist deshalb für die Spitäler seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung wichtig. EBITDAR zeigt, wie viele Mittel dem Unternehmen nach Abzug der laufenden Betriebskosten zur Verfügung stehen. Für die Berechnung der EBITDAR werden von den Erträgen die Aufwände ohne Steueraufwand, Zinsaufwand, Abschreibungen und die Mietzinse abgezogen. So kann der betriebliche Erfolg unabhängig von Anlagesituation und Besitzverhältnissen vergleichbar abgebildet werden.

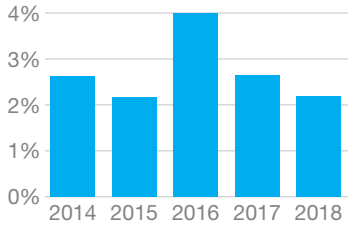
Abbildung A27: EBITDAR-Margen der Listenspitäler 2018



Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

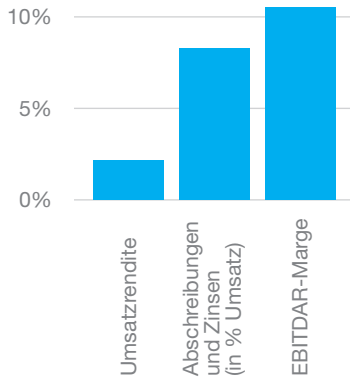
Durchschnittlich beträgt die EBITDAR-Marge der Zürcher Listenspitäler 10,5 Prozent (schwarze Linie in Abbildung A27). Im Vergleich zum Vorjahr ist die EBITDAR-Marge der Zürcher Listenspitäler von 11,1 Prozent auf 10,5 Prozent gesunken. Die Klinik Hirslanden sticht mit einer sehr hohen EBITDAR-Marge von 27 Prozent heraus.

Abbildung A26: Entwicklung Umsatzrendite Zürcher Listenspitäler 2013 bis 2018



Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Abbildung A28: EBITDAR und Umsatzrendite der Zürcher Listenspitäler 2018



Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Die Kennzahl EBITDAR beschreibt das operative Ergebnis, nicht den Gewinn eines Unternehmens. So erzielen die Zürcher Listenspitäler 2018 eine EBITDAR-Marge von 10,5 Prozent. Die auf den Gewinn bezogene Umsatzrendite liegt bei 2,2 Prozent und damit deutlich tiefer. Der Grund liegt in den Abschreibungs- und Zinskosten von gut acht Prozent (s. Abbildung A28). Generell gilt: Je anlageintensiver ein Unternehmen ist, desto höher sollte die EBITDAR-Marge sein, damit die operative Leistungsfähigkeit des Unternehmens gesichert ist.

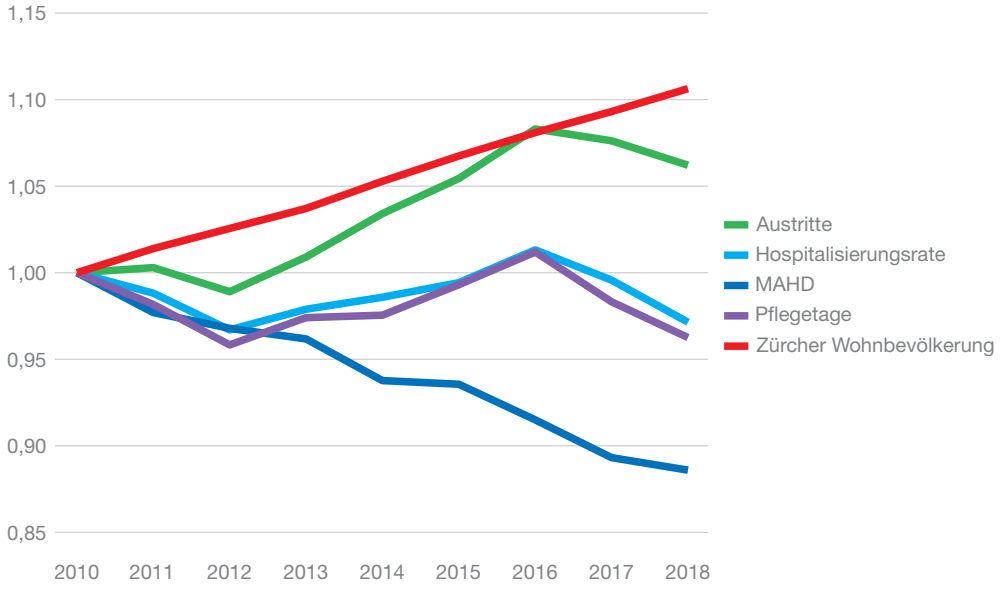
2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel stehen nicht die Zürcher Spitäler im Zentrum, sondern die Zürcher Wohnbevölkerung. Werden beispielsweise Aussagen zur akutsomatischen Versorgung der Wohnregion Winterthur gemacht, so sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Region Winterthur gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln liessen. Diese ergänzende Perspektive zeigt, wo sich die Zürcherinnen und Zürcher behandeln lassen. Somit werden in den folgenden Betrachtungen auch alle Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern mitberücksichtigt.

Entwicklung 2010 bis 2018

Die Nachfrage der Zürcher Bevölkerung nach stationären Leistungen (Fallzahlen und Pflegetage) wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate (Anzahl Austritte pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) beeinflusst. Abbildung A29 zeigt die Entwicklung dieser Kennzahlen im Bereich der stationären Akutsomatik für den Zeitraum 2010 bis 2018.

Abbildung A29: Entwicklung der Austritte und Pflegetage 2010 bis 2018 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistik Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Zahl der Austritte von Zürcherinnen und Zürchern steigt bis 2016 mehrheitlich an. Im Jahr 2012 ist ein leichter Rückgang zu beobachten, der auf die neue Fallzählung zurückzuführen ist. Unter Berücksichtigung dieses statistischen Effekts wären die Fallzahlen im Jahr 2012 ebenfalls angestiegen und die Entwicklung der Fallzahlen etwa parallel zur Bevölkerungsentwicklung verlaufen. Ab 2017 ist die Zahl der Austritte deshalb zum ersten Mal seit 2010 tatsächlich rückläufig. 2017 wurden 213 300 Zürcherinnen und Zürcher in einem Akutspital behandelt, 2018 sind es 210 500. Dies entspricht 2018 einem Rückgang von 1,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Seit 2016 hat die Zahl der Austritte um 1,9 Prozent abgenommen. Hauptgrund für den Rückgang ist die Einführung von «ambulant vor stationär» im Kanton Zürich (vgl. Kapitel 1.3). Betrachtet man die Entwicklung seit 2010, so hat die Zahl der Austritte um rund sechs Prozent zugenommen, während die Zürcher Wohnbevölkerung um rund elf Prozent gewachsen ist.

Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen pro Kopf, die Hospitalisierungsrate, ist ab 2013 angestiegen. Seit 2017 ist sie rückläufig, was aufgrund der abnehmenden Fallzahlen nicht überrascht. Der prozentuale Rückgang der Hospitalisierungsrate ist stärker als jener der Austritte, weil die Bevölkerung weiterhin wächst. Tiefere Fallzahlen bei einer höheren Bevölkerungszahl führen zu einer markanten Reduktion der Hospitalisierungsrate. Wurden 2016 noch rund 138 von 1000 Zürcherinnen und Zürchern stationär in einem Akutspital behandelt, sind es 2018 noch 133. Die gesunden Neugeborenen werden zur Berechnung der Hospitalisierungsrate nicht mitberücksichtigt. Pro Alterskategorie unterscheidet sich die Hospitalisierungsrate markant: Bei den unter 20-Jährigen beträgt sie lediglich 76 Fälle pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher. Bei den 65- bis 79-Jährigen sind es 266 und bei den über 80-Jährigen sogar 455 Fälle pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher (s. Abbildung A30). Die Hospitalisierungsrate der über 80-Jährigen ist die einzige Rate, die im Vergleich zum Vorjahr zugenommen hat, von 453 Fällen pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher auf 455.

Abbildung A30: Hospitalisierungsraten nach Altersgruppen 2018

Altersgruppe	Austritte pro 1000 Einwohner/innen
0–19	76
20–39	92
40–64	106
65–79	266
80+	455
Total	**133**

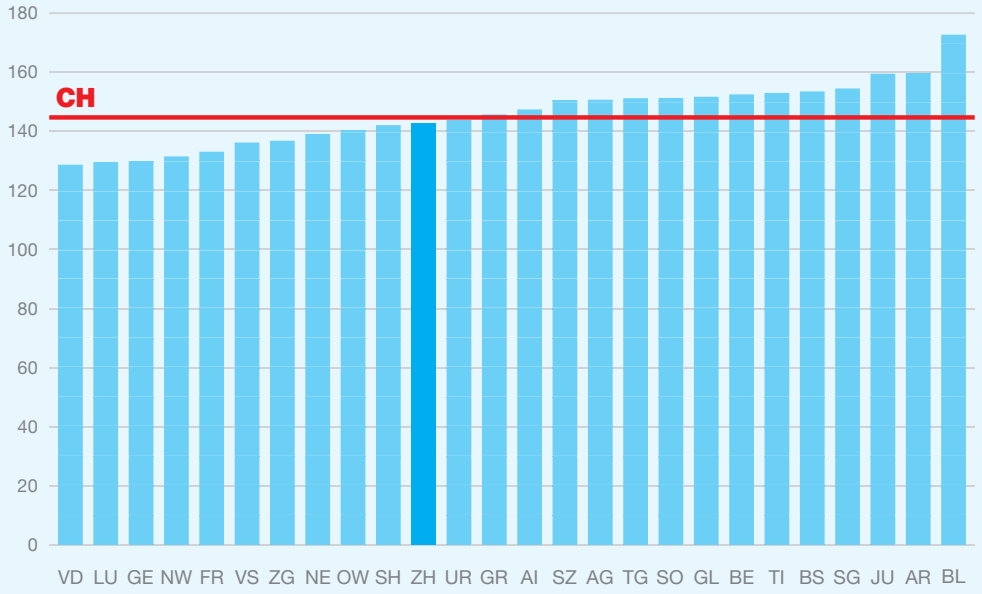
Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Anzahl Pflegetage ist wie die Hospitalisierungsrate von 2013 bis 2016 angestiegen. Ab 2017 führt die sinkende mittlere Aufenthaltsdauer zusammen mit dem Rückgang der Austritte zu einer markanten Abnahme der Pflegetage. 2018 beträgt die Anzahl Pflegetage rund 1,1 Millionen und ist damit etwa fünf Prozent tiefer als im Jahr 2016. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist seit 2010 im Schnitt um 1,5 Prozent pro Jahr gesunken. 2018 liegt sie bei 5,3 Tagen, was im Vergleich zum Vorjahr einem leichten Rückgang von 0,8 Prozent entspricht. Dass die MAHD weniger stark gesunken ist als in den Vorjahren, hängt damit zusammen, dass im Rahmen der Vorgabe «ambulant vor stationär» einige Eingriffe mit in der Regel kürzerer Aufenthaltsdauer ambulant durchgeführt wurden.

Zürcher Hospitalisierungsrate im Vergleich mit anderen Kantonen

Gemäss Obsan sind im Jahr 2017 im Durchschnitt 145 von 1000 Schweizerinnen und Schweizern stationär in einem Akutspital behandelt worden. Im schweizweiten Vergleich liegt die Hospitalisierungsrate der Zürcher Bevölkerung im Durchschnitt. Die Berechnung der Hospitalisierungsrate des Obsan ist aus methodischen Gründen nicht identisch mit der Berechnung der Gesundheitsdirektion, was, zusammen mit dem unterschiedlichen Datenjahr, die Differenz zwischen den Abbildungen A30 (S. 58) und A31 erklärt.

Abbildung A31: Hospitalisierungsrate 2017: Anzahl Austritte in der Akutsomatik pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: Obsan (2019)

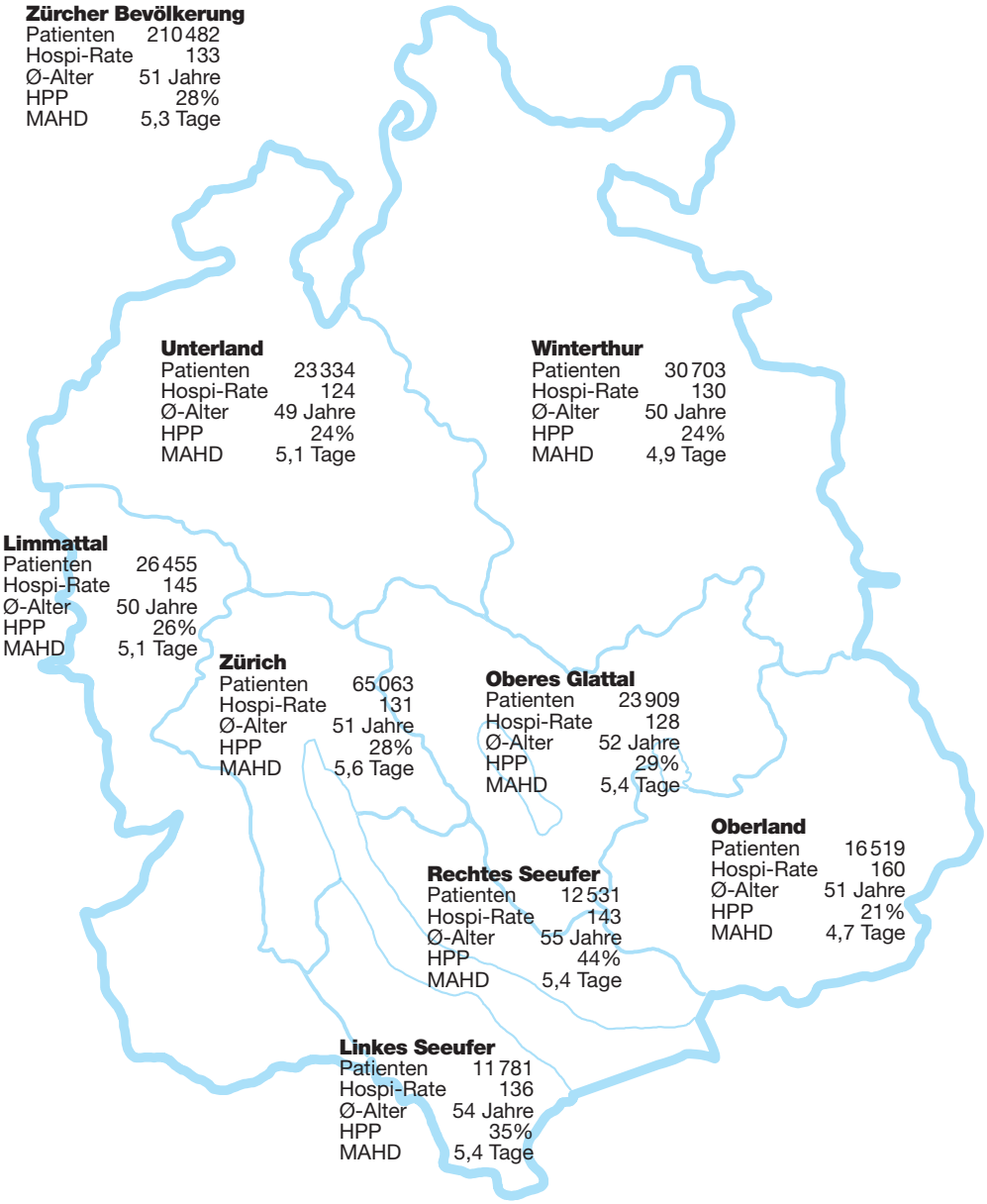
Zürcher Patientinnen und Patienten 2018

Mit rund 65 000 Personen stammt fast ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus der Wohnregion Zürich (s. Abbildung A32 S. 60). Rund 15 Prozent stammen aus der Wohnregion Winterthur und 13 Prozent aus dem Limmattal. Von den beiden Seeufern kommt mit je rund sechs Prozent die kleinste Zahl der Patientinnen und Patienten. Der Anteil der Wohnregionen am Total der Zürcher Patientinnen und Patienten wird durch die Zahl der Wohnbevölkerung in den einzelnen Wohnregionen stärker beeinflusst als durch unterschiedliche Hospitalisierungsraten. So haben die beiden Wohnregionen an den Seeufern überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten. Am linken Seeufer beträgt diese 136 Hospitalisierungen pro 1000 Personen, am rechten Seeufer 143 Hospitalisierungen pro 1000 Personen. Die höchste Hospitalisierungsrate hat die Region Oberland mit 160 Hospitalisierungen pro 1000 Personen. Diese Hospitalisierungsrate wurde nicht altersbereinigt, das heisst, sie geht zumindest zum Teil auf die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur in diesen Regionen zurück.

Das Durchschnittsalter der rund 210 500 Zürcherinnen und Zürcher mit einem Austritt aus einem Akutspital im Jahr 2018 beträgt 51 Jahre. Etwas jünger als der Durchschnitt sind die Patientinnen und Patienten aus dem Unterland mit durchschnittlich 49 Jahren. Am höchsten ist das Durchschnittsalter mit 55 Jahren bei den Personen mit Wohnort am rechten Seeufer. Von allen Regionen wurden vom rechten Seeufer mit 44 Prozent anteilmässig mit Abstand am meisten Personen auf einer privaten oder halbprivaten Abteilung behandelt. Das linke Seeufer liegt mit einem Anteil von 35 Prozent ebenfalls deutlich über dem Zürcher Durchschnitt von 28 Prozent.

Im Durchschnitt dauert ein Aufenthalt einer Zürcherin oder eines Zürchers in einem Akutspital 5,3 Tage. Deutlich kürzer ist die mittlere Aufenthaltsdauer der Personen aus dem Zürcher Oberland. Diese liegt bei nur 4,7 Tagen. Hingegen ist die mittlere Aufenthaltsdauer bei den Stadtzürcherinnen und Stadtzürchern mit 5,6 Tagen am längsten.

Abbildung A32: Patientenmerkmale pro Wohnregion 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

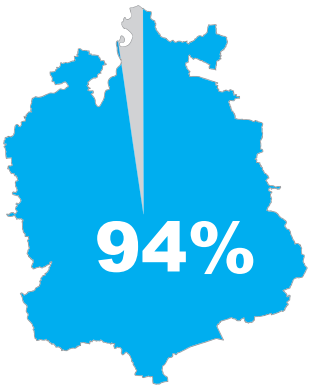
2.7 Patientenmigration

Interkantonale Patientenmigration 2018

94 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich in einem Spital mit Standort im Kanton Zürich akutsomatisch behandeln. Lediglich rund 11 700 Zürcherinnen und Zürcher nehmen eine stationäre akutsomatische Behandlung in einem anderen Kanton in Anspruch (s. Abbildung A34). Mit 1062 Zürcherinnen und Zürchern werden 2018 im Spital Thurgau in Frauenfeld und Münsterlingen am meisten Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonal behandelt. 906 Zürcherinnen und Zürcher werden im Kantonsspital Schaffhausen behandelt. Das Kantonsspital Schaffhausen ist für die Einwohnerinnen und Einwohner des nördlichen Weinlandes das am schnellsten zu erreichende Spital und verfügt deshalb als einziges ausserkantonales Spital in der Akutsomatik über einen Zürcher Leistungsauftrag. Ebenfalls mehr als 500 Zürcherinnen und Zürcher behandeln 2018 das Kantonsspital Baden, das Zuger Kantonsspital und das Kantonsspital Graubünden.

Für Zürcherinnen und Zürcher gibt es grundsätzlich keine Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung in einem anderen Kanton, denn im Kanton Zürich werden alle medizinischen Leistungen angeboten. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei Notfallbehandlungen insbesondere während der Ferienzeit, werden ausserkantonale Institutionen beansprucht. So werden im Kanton Graubünden jährlich rund 1600 Zürcherinnen und Zürcher stationär behandelt. Die Nettomigration ist in fast allen Fällen positiv, das heisst, meistens werden mehr Personen aus einem Kanton (z. B. Aargau) in Zürich behandelt als umgekehrt. Die einzige Ausnahme sind die Kantone Basel-Stadt und Appenzell Ausserrhoden: Der Wanderungssaldo mit diesen beiden Kantonen beträgt aus Sicht des Kantons Zürich –128 bzw. –6. Das heisst, es werden 128 bzw. 6 Zürcherinnen und Zürcher mehr in diesen Kantonen behandelt, als dass Personen aus diesen Kantonen im Kanton Zürich im Spital behandelt werden. Im Durchschnitt sind die Behandlungen von Zürcherinnen und Zürchern in ausserkantonalen Spitälern von kürzerer Dauer als jene im Kanton Zürich und weisen eine deutlich tiefere Fallschwere auf. So liegt die Fallschwere (CMI) der Zürcher Fälle in ausserkantonalen Spitälern bei 0,96, während der CMI der ausserkantonalen Fälle in Zürcher Spitälern mit 1,58 deutlich höher liegt. Dies ist nicht überraschend, weil es aufgrund des breiten medizinischen Angebots im Kanton Zürich selten vorkommt, dass eine komplizierte Behandlung nur ausserkantonal angeboten wird.

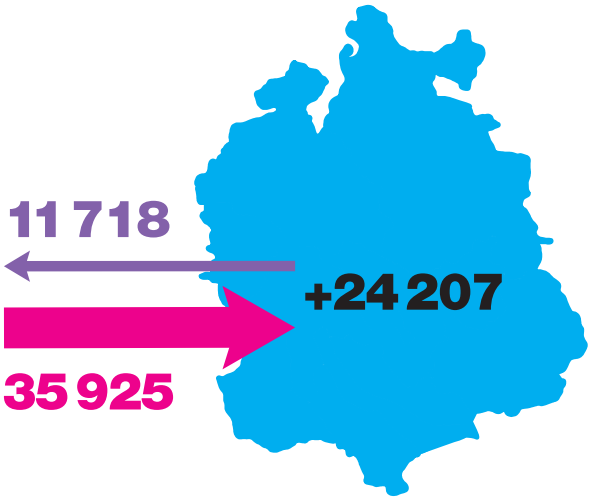
Abbildung A33: 94 Prozent im Kanton Zürich behandelt



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Zürcher Bevölkerung lässt sich grundsätzlich im eigenen Kanton behandeln.

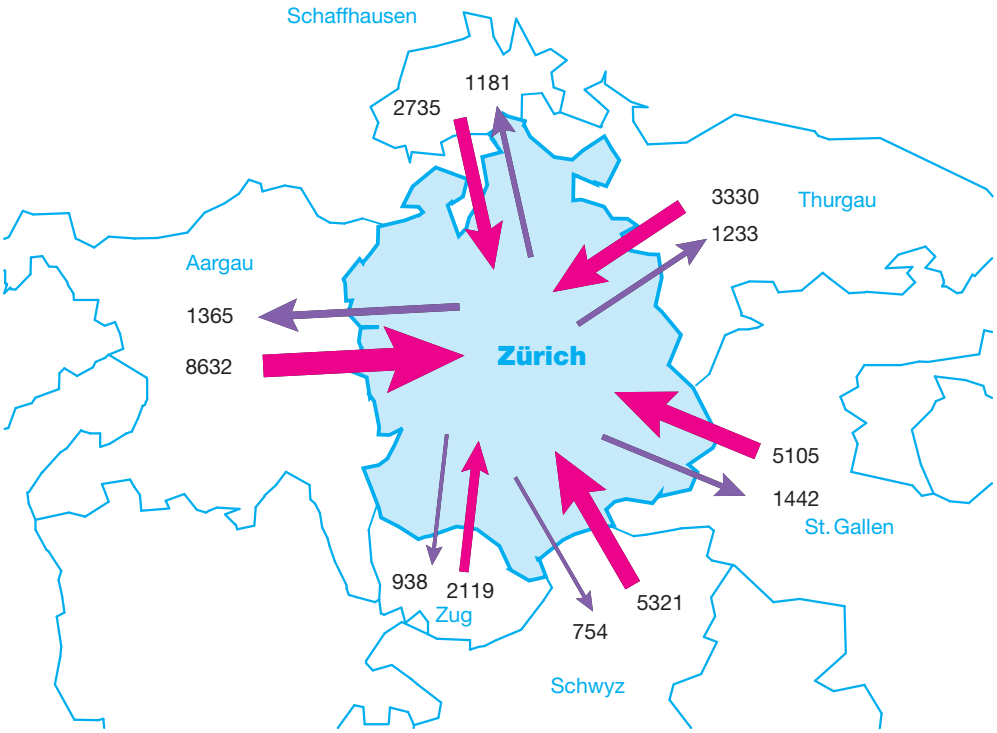
Abbildung A34: Positive Nettomigration 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

15 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen stammen nicht aus dem Kanton Zürich. Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen. Die meisten kommen aus dem Aargau (8632 Austritte), gefolgt vom Kanton Schwyz (5321 Austritte) und dem Kanton St. Gallen (5105 Austritte) (s. Abbildung A35 S. 62). Auch aus den anderen Nachbarkantonen lassen sich jährlich mehr als 2000 Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandeln. Die Spitäler im Kanton Zürich leisten bei einigen Kantonen einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit. Sie übernehmen nicht nur die Funktion als Endversorgungsspitäler, die medizinisch komplizierte Fälle übernehmen, sondern behandeln generell einen bedeutenden Anteil der Bevölkerung dieser Kantone. So werden 24 Prozent der Schaffhauser, 22 Prozent der Schwyzer, 13 Prozent der Zuger und 12 Prozent der Glarner Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt.

Abbildung A35: Interkantonale Patientenmigration 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Patientenmigration im Kanton Zürich: Behandlungen in den Zürcher Wohnregionen

Die Berechnung des Eigenversorgungsgrades (= Anteil der Patientinnen und Patienten aus einer Wohnregion, die sich in einem Spital derselben Wohnregion behandeln lässt) wurde auf dieses Jahr angepasst. In den Vorjahren wurden die ausserkantonal behandelten Zürcherinnen und Zürcher zur Berechnung des Eigenversorgungsgrades nicht mitberücksichtigt. Deshalb waren die Werte in den Berichten der letzten Jahre etwas höher als die in diesem Jahr ausgewiesenen Werte. Zudem wird der Eigenversorgungsgrad dieses Jahr neu nach Eintrittsart ausgewiesen.

60 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich nicht nur im eigenen Kanton, sondern sogar in der eigenen Wohnregion behandeln. Die übrigen 40 Prozent werden in Spitälern behandelt, die ausserhalb ihrer eigenen Wohnregion liegen. Ein Grund dafür ist, dass nicht das vollständige medizinische Spektrum in jeder Wohnregion angeboten wird. Ein anderer Grund ist, dass Patientinnen und Patienten in einem Notfall meistens das nächste geeignete Spital aufsuchen. Betrachtet man alle Fälle unabhängig von der Eintrittsart, so werden 89 Prozent der Bevölkerung der Wohnregion Zürich innerhalb der eigenen Region behandelt (s. Abbildung A36 S. 63). Mit 69 Prozent bleibt auch die Bevölkerung der Wohnregion Winterthur für eine stationäre Behandlung oft in der eigenen Region. Hingegen liegt der Eigenversorgungsgrad der anderen sechs Wohnregionen nur zwischen 32 und 50 Prozent. Aus all diesen Wohnregionen ist eine deutliche Abwanderung in die Region Zürich zu verzeichnen. Die Stärke dieser Abwanderung hängt aber von der Eintrittsart ab. Bei Notfällen, das heisst Fälle, bei denen eine Behandlung innert zwölf Stunden unabdingbar ist, liegt der Eigenversorgungsgrad in allen Region bei rund 50 Prozent oder höher. Hingegen haben bei den geplanten Eintritten nur die Regionen Zürich und Winterthur einen Eigenversorgungsgrad über 50 Prozent. Von allen anderen Regionen gibt es bei dieser Eintrittsart eine starke Abwanderung in die Zentren Zürich und Winterthur. Bei den Geburten wiederum – gezählt werden hier nur die Neugeborenen ohne die Mutter, die in der Regel als Notfall eintritt – zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Notfalleintritten.

Abbildung A36: Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen nach Eintrittsart 2018

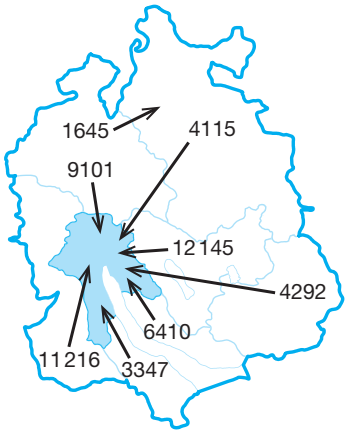
Wohnregion	Notfall [in %]	Geplant [in %]	Geburt [in %]	Total [in %]
Zürich	90	89	89	89
Winterthur	79	62	65	69
Oberland	63	37	61	50
Linkes Seeufer	62	28	59	45
Limmattal	51	35	44	42
Unterland	54	27	59	42
Rechtes Seeufer	50	27	41	38
Oberes Glattal	46	19	31	32

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Nettomigration zwischen den Wohnregionen im Kanton Zürich

Insbesondere in die Wohnregion Zürich findet eine grosse Zuwanderung von Patientinnen und Patienten aus anderen Zürcher Wohnregionen statt. So verzeichnet die Region Zürich im Jahr 2018 54 Prozent aller stationären Austritte des Kantons Zürich, obwohl in dieser Wohnregion lediglich 31 Prozent aller behandelten Personen des Kantons Zürich wohnen. Verantwortlich für diese Migration sind unter anderem das breite medizinische Spektrum sowie die hohe Spitaldichte in der Wohnregion Zürich. In Abbildung A37 sind die wichtigsten Wanderungen zwischen den Wohnregionen dargestellt. Die Pfeile zeigen den Wanderungssaldo zwischen den verschiedenen Zürcher Wohnregionen. Es werden nur Nettomigrationsbewegungen von mindestens 1000 Personen abgebildet. Neben den Wanderungen in die Wohnregion Zürich liegt nur noch die Wanderung aus der Region Unterland in die Region Winterthur über dem Mindestwert von 1000 Personen. Im Jahr 2018 haben sich 1645 Personen mehr aus der Region Unterland in der Region Winterthur behandeln lassen als Personen aus der Region Winterthur in der Region Unterland. Die einzige Nettoabwanderung von mehr als 10 000 Personen in eine andere Region weisen die Wohnregionen Limmattal und Oberes Glattal in die Region Zürich auf.

Abbildung A37: Nettomigration nach Zürich 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

03 Rehabilitation

3.1 Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation
3.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Rehabilitationskliniken
3.3 Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken
3.4 Tarife der Zürcher Rehabilitationskliniken
3.5 Stationäre rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung

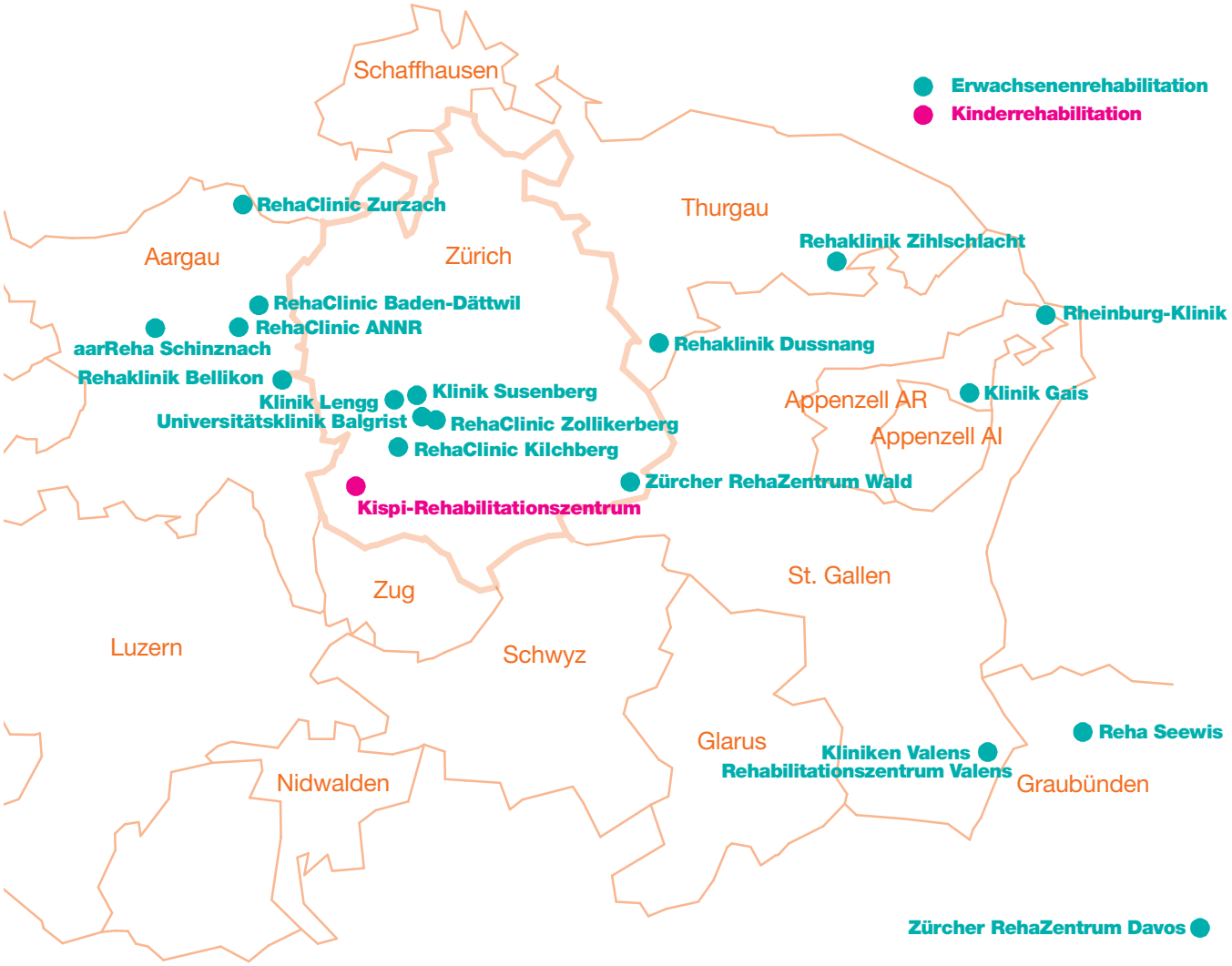
Definition Rehabilitation
Während die Akutmedizin primär auf die Heilung akuter Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet ist, steht in der Rehabilitation die Behandlung der Folgen von Krankheiten und Verletzungen im Vordergrund. Diese zeigen sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation an der Gesellschaft.

Dieses Kapitel gibt zuerst eine Übersicht über die Rehabilitationsangebote, die für die Zürcher Bevölkerung relevant sind. Kapitel 3.2 legt die Entwicklung der Patientenzahl und die Bettenbelegung der stationären Leistungen in den Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich dar. Anschliessend wird in Kapitel 3.3 die Personalsituation in den Zürcher Rehabilitationskliniken beleuchtet. In Kapitel 3.4 werden die Tarife, welche die Rehabilitationskliniken vergütet erhalten, dargelegt. Kapitel 3.5 legt den Fokus auf die Zürcher Bevölkerung und zeigt auf, in welchen Rehabilitationskliniken sich diese behandeln lässt.

3.1 Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation

Die Kliniken auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation gewährleisten die stationäre medizinische Rehabilitation für die Zürcher Bevölkerung. Insgesamt sind 21 Kliniken auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation aufgeführt, davon sieben Kliniken mit Standort im Kanton Zürich: Zürcher RehaZentrum Wald, RehaClinic Zollikerberg, RehaClinic Kilchberg, Universitätsklinik Balgrist, Klinik Susenberg, Klinik Lengg und Kinderspital Zürich (s. Abbildung R1).

Abbildung R1: Rehabilitationskliniken der Zürcher Spitalliste 2019



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

Die Stiftung Zürcher RehaZentren betreibt im Kanton Zürich zwei Kliniken: Das Zürcher RehaZentrum Wald und die Klinik für Neurorehabilitation an der Klinik Lengg. Das Zürcher RehaZentrum Wald verfügt als grösste Zürcher Rehabilitationsklinik über einen umfassenden Leistungsauftrag und deckt beinahe das ganze rehabilitative Spektrum ab. Die Klinik Lengg behandelt Patientinnen und Patienten der neurologischen Rehabilitation. Dabei werden insbesondere die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die RehaClinic Zürich AG betreibt im Kanton Zürich zwei Kliniken: Die RehaClinic Kilchberg verfügt über einen Leistungsauftrag in der neurologischen Rehabilitation. Die RehaClinic Zollikerberg behandelt Patientinnen und Patienten der muskuloskelettalen Rehabilitation. In dieser Leistungsgruppe werden Folgen angeborener Fehler oder unfallbedingter Verletzun-

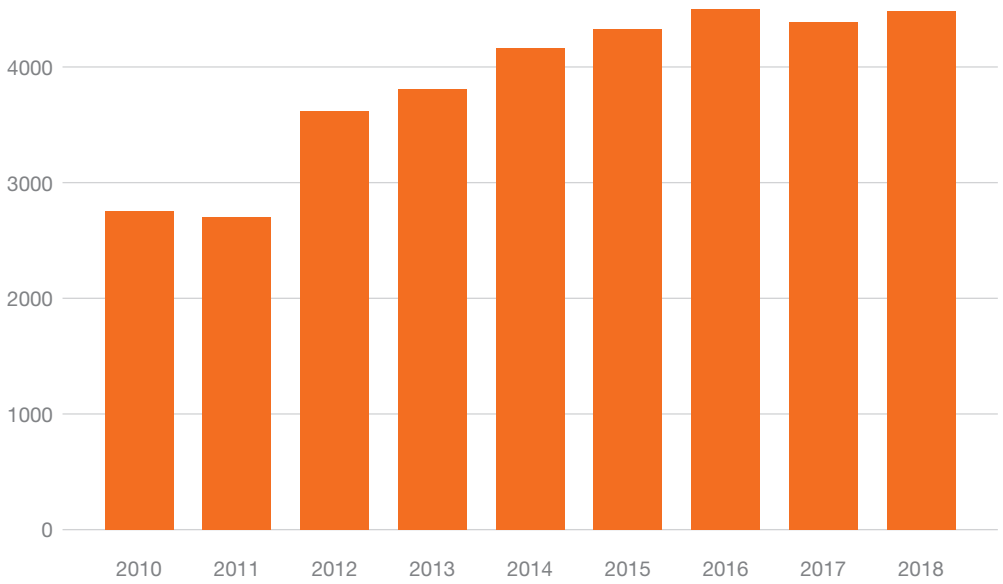
gen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie Gelenks- und Wirbelsäulenerkrankungen behandelt. Die Universitätsklinik Balgrist verfügt ebenfalls über einen Leistungsauftrag in der muskuloskelettalen Rehabilitation und behandelt zudem als einzige Klinik auf der Zürcher Spitalliste querschnittsgelähmte Personen. Die Klinik Susenberg hat einen Leistungsauftrag in der internistisch-onkologischen Rehabilitation. Im Zentrum dieser Behandlungen steht die Rehabilitation von durch ein Tumorleiden und/oder dessen Therapiefolgen beeinträchtigten Personen sowie die Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen Erkrankungen der inneren Organe. Das Rehabilitationszentrum des Kinderspitals am Standort Affoltern am Albis übernimmt die rehabilitativen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen. Es ist das einzige spezialisierte Angebot für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der ganzen Schweiz.
Die übrigen 14 Kliniken auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation haben ihren Standort ausserhalb des Kantons Zürich. Sechs davon befinden sich im Kanton Aargau. Die ausserkantonalen Kliniken verfügen hauptsächlich über Leistungsaufträge für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation.

3.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Rehabilitationskliniken

Entwicklung Anzahl stationärer Austritte und Pflegetage

Abbildung R2 zeigt die Entwicklung der Anzahl stationärer Austritte in den Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich. Bis 2011 war die Fallzahl mit rund 2700 Austritten relativ konstant. Von 2012 hat die Zahl der Austritte bis 2016 (4496 Austritte) jedes Jahr zugenommen, unter anderem aufgrund der neuen Angebote der RehaClinic Zollikerberg (ab Ende 2011), der RehaClinic Kilchberg (ab 2012) und der Klinik Lengg (ab 2014). Im Jahr 2017 sank die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2011 auf 4386. 2018 steigen die Austritte wieder leicht an. Mit 4484 Austritten verzeichnen die Zürcher Rehabilitationskliniken 2018 fast gleich viele Austritte wie 2016 (4496 Austritte). Der Anstieg gegenüber 2017 steht im Kontrast zur Entwicklung der Fallzahlen in der Akutsomatik, bei denen 2018 erneut ein Rückgang der Austritte zu verzeichnen ist. Da über 80 Prozent der Personen in der stationären Rehabilitation vor ihrem Eintritt in einem akutsomatischen Spital waren (s. Abbildung R5 S. 69), überrascht diese gegenläufige Entwicklung der Fallzahlen (vgl. dazu Kapitel 1.3).
Langfristig betrachtet verzeichnen die Zürcher Rehabilitationskliniken mit fast 4500 Austritten im Jahr 2018 eine Zunahme von 63 Prozent gegenüber dem Jahr 2010.

Abbildung R2: Austritte der Zürcher Rehabilitationskliniken 2010 bis 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Bis 2011 waren nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die Anzahl Pflegetage in den Zürcher Rehabilitationskliniken mit rund 75 000 beinahe konstant. Auf das Jahr 2012 hin ist aufgrund der neuen Kliniken im Kanton Zürich auch die Anzahl Pflegetage sprunghaft angestiegen, und zwar um über 23 Prozent auf insgesamt 93 700 Pflegetage. Bis ins Jahr 2016 stieg die Anzahl weiter bis auf rund 120 000 Pflegetage. Dieser Anstieg ist teilweise bedingt durch das neue Rehabilitationsangebot an der Klinik Lengg ab 2014. Im Jahr 2017 verzeichneten die Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich zum ersten Mal seit 2011 einen leichten Rückgang. 2018

steigt die Anzahl gegenüber dem Vorjahr aber wieder um rund 2,7 Prozent auf 119 000 Pflegetage (s. Abbildung R6 S. 69). Die Entwicklung der Anzahl Pflegetage entspricht somit weitgehend jener der Austritte.
Neben der Zahl der Austritte ist auch die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) von 26,3 Tagen im Jahr 2017 auf 26,7 Tage im Jahr 2018 leicht gestiegen. Weitere Daten können unterteilt nach einzelnen Kliniken unter www.gd.zh.ch/kenndaten eingesehen werden.

Austritte pro Rehabilitationsklinik 2018

Im Jahr 2018 verzeichnen die Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich 4484 Austritte. Abbildung R3 enthält die Zahl der Austritte der Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich im Jahr 2018 sowie einige Merkmale der behandelten Personen, die in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden.

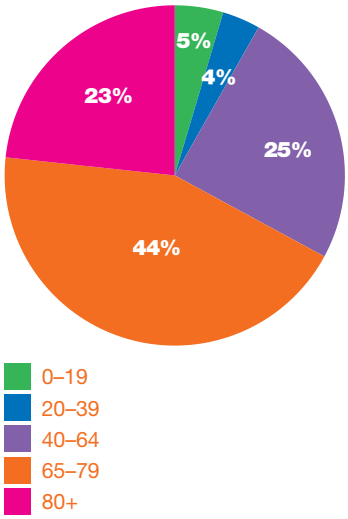
Abbildung R3: Patientenaustritte nach diversen Merkmalen 2018

	Anzahl	Ø-Alter [Jahre]	Anteil HPP [in %]	Anteil a.k. [in %]	MAHD [Tage]
Zürcher RehaZentrum Wald	2 215	70	24	20	22
RehaClinic Zollikerberg	576	76	45	6	20
RehaClinic Kilchberg	294	73	28	14	40
Universitätsklinik Balgrist	417	64	41	23	34
Klinik Susenberg	313	72	50	7	19
Kinderspital Zürich	191	10	10	62	62
Klinik Lengg	478	69	36	8	31
Total Kanton Zürich	**4 484**	**68**	**31**	**18**	**27**

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Das Zürcher RehaZentrum Wald ist mit mehr als 2200 Austritten im Jahr 2018 die grösste Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich. Es behandelt fast die Hälfte aller in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Personen. Als einzige Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich bietet sie fast das gesamte Spektrum der stationären Rehabilitation an. Mit 576 Austritten im Jahr 2018 ist die RehaClinic Zollikerberg die zweitgrösste innerkantonale Rehabilitationsklinik; sie bietet ausschliesslich Behandlungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation an.

Abbildung R4: Austritte nach Altersgruppen 2018



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Alter der Patientinnen und Patienten

Das Durchschnittsalter aller in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Personen beträgt 68 Jahre. Damit ist das Durchschnittsalter in der Rehabilitation wesentlich höher als in der Akutsomatik (51 Jahre) und in der Psychiatrie (44 Jahre). Etwas mehr als zwei Drittel der behandelten Personen sind über 65 Jahre alt (s. Abbildung R4). Diese Altersgruppe ist in der Rehabilitation somit klar überproportional zur Bevölkerung vertreten: Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Zürcher Wohnbevölkerung beträgt Ende 2018 etwa 17 Prozent.
Werden nur erwachsene Personen berücksichtigt (ohne Rehabilitationsklinik des Kinderspitals), liegt das Durchschnittsalter bei 70 Jahren. In der Rehabilitationsklinik des Kinderspitals sind die Patientinnen und Patienten im Schnitt zehn Jahre alt.

Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung

Die Spalte «Anteil HPP» in der Abbildung R3 zeigt, wie hoch der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung (Liegeklasse halbprivat oder privat) ist. Im Jahr 2018 beträgt dieser Anteil 31 Prozent und ist damit gleich hoch wie im Vorjahr. Der Anteil variiert jedoch sehr stark zwischen den Kliniken. Am meisten Zusatzversicherte behandelt die Klinik Susenberg (50 Prozent), am wenigsten das Kinderspital (zehn Prozent).

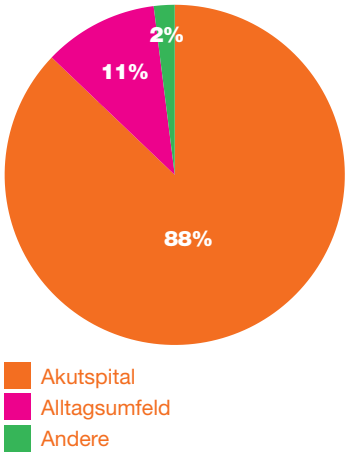
Herkunft der Patientinnen und Patienten

Die Spalte «Anteil a.k.» in Abbildung R3 enthält den Anteil der Patientinnen und Patienten in den Zürcher Rehabilitationskliniken mit Wohnsitz in einem anderen Kanton. Rund 18 Prozent der in einer Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich behandelten Personen haben den Wohnsitz in einem anderen Kanton. Knapp ein Prozent hat keinen Wohnsitz in der Schweiz. Bei den restlichen 81 Prozent handelt es sich um Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich. Etwa vier von fünf in einer Zürcher Rehabilitationsklinik betreuten Personen haben folglich ihren Wohnsitz im Kanton Zürich. Das Kinderspital behandelt mit 62 Prozent mit Abstand den grössten Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Das Angebot des Kinderspitals ist in der Kinderrehabilitation überregional einzigartig und deshalb auch für Personen aus anderen Kantonen von grosser Bedeutung. Auch die Universitätsklinik Balgrist und das Zürcher RehaZentrum Wald behandeln mit gut 20 Prozent überdurchschnittlich viele Personen aus anderen Kantonen.

Aufenthaltsort vor dem Eintritt

Die Abbildung R5 zeigt den Aufenthaltsort der Patientinnen und Patienten in den Zürcher Rehabilitationskliniken vor dem Eintritt in die Rehabilitationsklinik. Die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten in den Rehabilitationskliniken kommt direkt aus einem Akutspital oder einer Akutabteilung desselben Spitals, das auch die Rehabilitation ausführt. Rund eine von zehn Personen tritt von zu Hause in die Rehabilitation ein. Dazu kommen vereinzelte Übertritte aus Psychiatrien oder Pflegeheimen.

Abbildung R5: Aufenthaltsort vor dem Eintritt in die Rehabilitation



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Bettenbestand und Auslastung

Die Abbildung R6 zeigt, dass im Jahr 2018 in den Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich 350 Betten betrieben werden. Damit ist die Zahl der betriebenen Betten im Vergleich zum Vorjahr unverändert, auch wenn es bei einzelnen Spitälern minimale Veränderungen gibt.

Abbildung R6: Bettenbestand und Auslastung 2018

	Betten	Pflegetage	Auslastung [in %]
Zürcher RehaZentrum Wald	144	49 910	95
RehaClinic Zollikerberg	34	11 508	93
RehaClinic Kilchberg	34	11 627	94
Universitätsklinik Balgrist	39	14 129	99
Klinik Susenberg	21	6 016	78
Kinderspital Zürich	34	10 781	86
Klinik Lengg	44	15 025	94
Total Kanton Zürich	**350**	**118 996**	**93**

Quellen: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

Die Bettenauslastung in den Zürcher Rehabilitationskliniken ist seit vielen Jahren hoch: Im Jahr 2010 betrug sie 93 Prozent (s. Abbildung R7). Durch die Eröffnung der neuen Kliniken in Kilchberg und in Zollikerberg sank die Auslastung kurzfristig unter 90 Prozent. Im Jahr 2013, dem ersten vollen Betriebsjahr der beiden Kliniken in Kilchberg und in Zollikerberg, waren diese bereits sehr gut ausgelastet. Nachdem 2016 die Auslastung nochmals 93 Prozent betrug, wurde im Jahr 2017 aufgrund des Rückgangs der Anzahl Pflegetage eine leichte Abflachung bei 91 Prozent verzeichnet. 2018 steigt mit der Zunahme der Anzahl Pflegetage auch die Auslastung wieder auf 93 Prozent. Zu beachten ist, dass in der Rehabilitation im Gegensatz zur Akutsomatik der Austrittstag als Pflegetag gezählt wird.

Abbildung R7: Gesamtauslastung der Zürcher Rehabilitationskliniken 2010 bis 2018

Jahr	Auslastung [in %]
2010	93
2011	89
2012	89
2013	91
2014	92
2015	91
2016	93
2017	91
2018	93

Quellen: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

3.3 Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken

Ende 2018 sind 541 Personen in den Zürcher Rehabilitationskliniken beschäftigt. Über das ganze Jahr 2018 entspricht die Zahl der Angestellten 401 Vollzeitäquivalenten und hat damit gegenüber dem Vorjahr um drei Prozent zugenommen (s. Abbildung R8). Die Angestellten der Rehabilitationskliniken Lengg, Balgrist, Susenberg und des Kinderspitals sind in Abbildung R8 nicht aufgeführt. Diese Spitäler führen eine integrale Statistik für den ganzen Betrieb und unterscheiden nicht zwischen Personal im Bereich der Akutsomatik und der Rehabilitation. Das Personal dieser Kliniken ist in Kapitel 2.3 aufgeführt.

Abbildung R8: Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken 2016 bis 2018 (Vollzeitäquivalente)

	2016	2017	2018	Veränderung zum Vorjahr [in %]
Zürcher RehaZentrum Wald	309	298	304	2
RehaClinic Zollikerberg	42	43	48	11
RehaClinic Kilchberg	45	49	49	1
Total Kanton Zürich	**395**	**390**	**401**	**3**

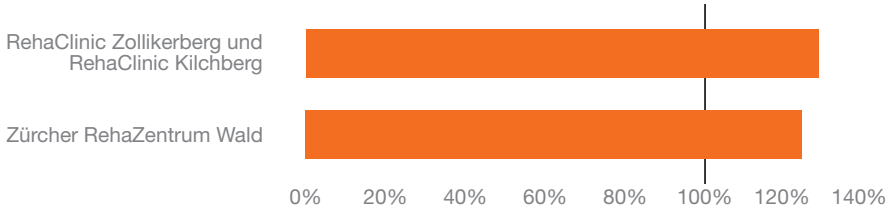
Quelle: Krankenhausstatistik

Das Personal in den Rehabilitationskliniken (in Vollzeitäquivalenten) setzt sich 2018 aus den folgenden Gruppen zusammen: 8 Prozent Ärztinnen und Ärzte, 38 Prozent Pflegepersonal, 23 Prozent andere medizinische Fachpersonen und 31 Prozent Personen in zentralen Diens-

ten wie Administration, Hauswartdienste und Technische Dienste. 78 Prozent der Vollzeitäquivalente wurden von Frauen geleistet.
Am Stichtag 31. Dezember 2018 befanden sich rund 13 Prozent der Angestellten in den Rehabilitationskliniken in Ausbildung.

Aus- und Weiterbildungsverpflichtung der Listenspitäler[1]
Seit dem 1. Januar 2013 sind alle Zürcher Listenspitäler verpflichtet, Aus- und Weiterbildung in einem angemessenen Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf zu leisten. Mit der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird erreicht, dass die Ausbildungsleistungen in den Spitälern intensiviert werden und die Differenz zwischen den langfristig benötigten Ausbildungsleistungen und den heute effektiv erbrachten Ausbildungsleistungen reduziert wird.
Die Gesundheitsdirektion berechnet jährlich für jedes Listenspital einen Soll-Bedarf an Ausbildungsleistungen und vergleicht diesen mit den effektiven Ausbildungsleistungen des Spitals. Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Erbringt ein Spital jedoch zu wenig Ausbildungsleistung, so kann es die fehlenden Aus- und Weiterbildungsleistungen von einem anderen Spital erbringen lassen (sogenannter Einkauf von Aus- und Weiterbildungsleistungen). Wird die von der Gesundheitsdirektion geforderte Ausbildungsleistung nicht erbracht, hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten. In begründeten Fällen kann die Gesundheitsdirektion die Ersatzabgabe nach freiem Ermessen reduzieren oder ganz erlassen, z. B. bei unverschuldeter Minderleistung infolge Nichtantreten eines Praktikums.

Abbildung R9: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2018



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Zürcher Rehabilitationskliniken erfüllen die Vorgaben der Gesundheitsdirektion in Bezug auf die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen. Die RehaClinic Zollikerberg und Kilchberg und das Zürcher RehaZentrum Wald haben die Aus- und Weiterbildungstätigkeiten in den vergangenen Jahren intensiviert. 2018 liegen beide rund 25 Prozent über dem geforderten Soll (s. Abbildung R9). Die übrigen Zürcher Rehabilitationskliniken sind in Abbildung R9 nicht aufgeführt. Da diese Kliniken neben der Rehabilitation auch Patientinnen und Patienten der Akutsomatik behandeln, werden deren Aus- und Weiterbildungsleistungen in Kapitel 2.3 für das ganze Spital ausgewiesen.

3.4 Tarife der Zürcher Rehabilitationskliniken

Seit dem 1. Januar 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung[2]. Die Tarifpartner – Leistungserbringer und Krankenversicherer – vereinbaren für die Vergütung stationärer Behandlungen Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Während in der Akutsomatik und der Psychiatrie ein solches schweizweit einheitliches Tarifsystem zur Verfügung steht (SwissDRG bzw. TARPSY), wird in der Rehabilitation ein schweizweit einheitliches Tarifsystem (ST Reha) erst erarbeitet. Deshalb kommen in der Rehabilitation weiterhin Tagespauschalen zur Anwendung. Die vereinbarten Tarife werden vom Regierungsrat genehmigt. Für den Fall, dass sich die Tarifpartner nicht einigen können, setzt der Regierungsrat die Tarife fest.
Abbildung R10 (S. 71) stellt die Tarife für stationäre Behandlungen in den Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich gemäss der Zürcher Spitalliste Rehabilitation für das Jahr 2019 dar. Bei den ausserkantonalen Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag werden für Zürcher Patientinnen und Patienten die in den jeweiligen Kliniken geltenden Tarife vergütet.
Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist mit zusätzlichen Informationen unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

[1] Eine detaillierte Beschreibung der Ausbildungsverpflichtung finden Sie im Anhang A1 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.
[2] Weitere Informationen zur Spitalfinanzierung und Vergütung finden Sie im Anhang A2 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

Abbildung R10: Tagestarife der Zürcher Rehabilitationskliniken 2019

		tarifsuisse	HSK	CSS
Zürcher RehaZentrum Wald	Neurologie	846	846	870
	kardiale Rehabilitation	570	580	570
	pulmonale Rehabilitation	580	600	580
	muskuloskelettal	585	580	590
	internistisch-onkologisch	580	610	580
Universitätsklinik Balgrist	muskuloskelettal	525	525	525
	Querschnittslähmung	1 462	1 495	1 462
Klinik Susenberg	internistisch-onkologisch	699	750	740
RehaClinic Kilchberg	Neurologie einfach	620	640	655
	Neurologie mittel	738	745	735
	Neurologie schwer	842	845	845
	Frührehabilitation	920	920	920
RehaClinic Zollikerberg	muskuloskelettal	560	558	558
Kinderspital Zürich	Kinder und Jugendliche	970	970	970
Klinik Lengg	Neurologie	790	807	807

Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife
Provisorische Tarife
Stand: 21. November 2019
Quelle: Übersicht stationäre Tarife, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Versicherer treten in drei Einkaufsgemeinschaften auf, die unabhängig voneinander mit den Spitälern die Tarife verhandeln. Die Einkaufsgemeinschaft HSK AG vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas Progrès, Compact und KPT, die CSS Kranken-Versicherung AG verhandelt die Tarife für sich, die INTRAS, die Arcosana und die Sanagate. Die übrigen Krankenversicherer sind der tarifsuisse ag angeschlossen.

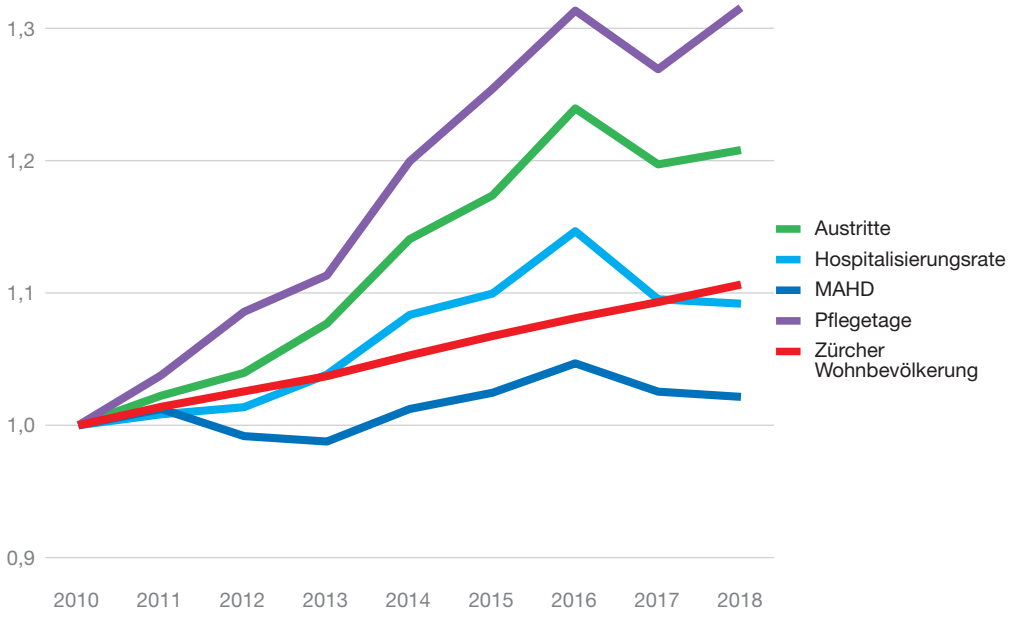
3.5 Stationäre rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung

Bisherige Entwicklung 2010 bis 2018

Die Zahl der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einer stationären rehabilitativen Behandlung ist seit 2010 insgesamt um 21 Prozent angestiegen (s. Abbildung R11). Die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von elf Prozent in derselben Zeitspanne. Im Jahr 2010 wurden 9875 Zürcherinnen und Zürcher rehabilitativ behandelt. 2016 wurde mit 12 240 Austritten der bisherige Höchstwert erreicht. Nach einer Fallabnahme im Jahr 2017 steigt die Zahl der Austritte 2018 wieder auf 11 929. Dies entspricht einer Zunahme von rund einem Prozent gegenüber dem Vorjahr (s. Abbildung R14 S. 73).
Die Anzahl Pflegetage zeigt ein ähnliches Bild. Bis 2016 stiegen sie kontinuierlich an, 2017 war erstmals ein Rückgang zu beobachten. Von 2017 auf 2018 ist die Zahl erneut um knapp vier Prozent auf rund 303 500 Pflegetage gestiegen. Die Hospitalisierungsrate liegt 2018 bei knapp acht Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und somit im schweizweiten Vergleich unter dem Durchschnitt (s. Abbildung R13 S. 72). Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcherinnen und Zürcher in Rehabilitationskliniken beträgt 2018 25 Tage.

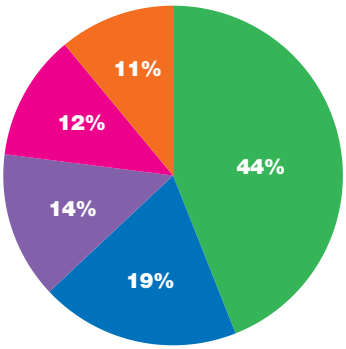
In diesem Kapitel stehen nicht mehr die Zürcher Rehabilitationskliniken im Zentrum der Betrachtung, sondern die Zürcher Wohnbevölkerung. Diese ergänzende Perspektive soll insbesondere zeigen, wo sich die Zürcher Bevölkerung rehabilitativ behandeln lässt. Somit werden in den folgenden Betrachtungen auch alle Behandlungen in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken mitberücksichtigt.

Abbildung R11: Entwicklung der Anzahl Patientinnen und Patienten sowie Pflegetage 2010 bis 2018 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung R12: Austritte nach Leistungsgruppen 2018



- muskuloskelettal
- neurologisch
- übrige
- internistisch-onkologisch
- kardiovaskulär

Quelle: Medizinische Statistik BFS

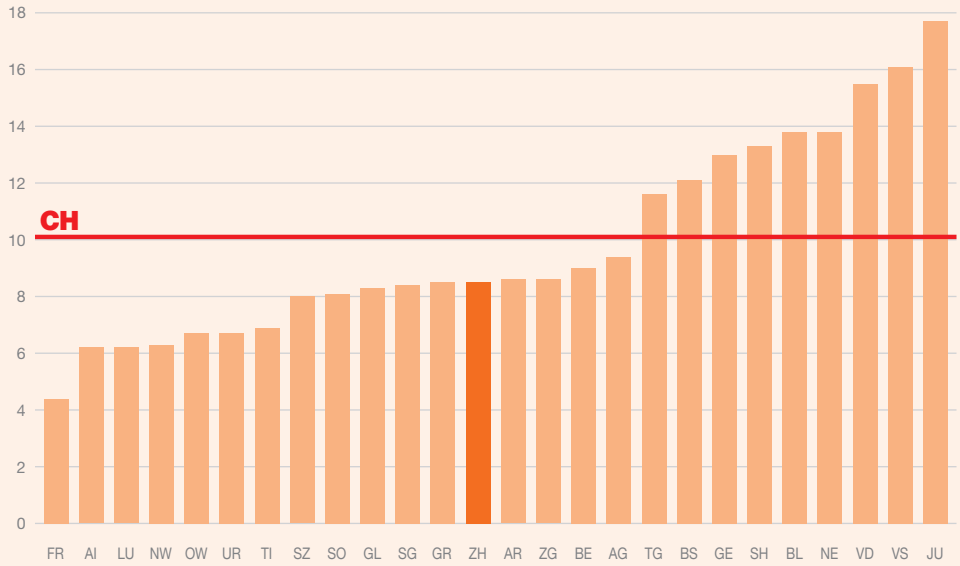
Austritte nach Leistungsgruppen 2018

Von den 11 929 Rehabilitationsaufenthalten der Zürcher Bevölkerung im Jahr 2018 betreffen fast die Hälfte (44 Prozent) die muskuloskelettale Rehabilitation. In der neurologischen Rehabilitation werden 19 Prozent der Zürcherinnen und Zürcher behandelt. In den übrigen drei Leistungsgruppen werden je rund 10 bis 15 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt (s. Abbildung R12).

Kantonale Hospitalisierungsraten 2017 im Vergleich

Gemäss Obsan sind im Jahr 2017 rund 8,5 von 1000 Zürcherinnen und Zürchern stationär in einer Rehabilitationsklinik behandelt worden. Schweizweite Zahlen für das Jahr 2018 liegen noch keine vor. Im Vergleich mit anderen Kantonen befindet sich die Hospitalisierungsrate der Zürcher Bevölkerung unter dem Schweizer Durchschnitt von 10,1 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Seit 2010 hat die Hospitalisierungsrate der Zürcherinnen und Zürcher in der stationären Rehabilitation um sechs Prozent zugenommen. Die gesamtschweizerische Hospitalisierungsrate ist im selben Zeitraum um 17 Prozent gestiegen.

Abbildung R13: Hospitalisierungsrate 2017: Anzahl Austritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: Obsan (2019)

Patientenmigration 2018

Abbildung R14 (S. 73) zeigt, in welchen Rehabilitationskliniken die Zürcherinnen und Zürcher behandelt werden. Das Zürcher RehaZentrum Wald sowie die RehaClinic Zurzach behandeln 2018 als einzige Kliniken mehr als 1000 Zürcherinnen und Zürcher. Rund 950 bzw. rund 800 Austritte von Zürcherinnen und Zürchern verzeichnen die Rehaklinik Dussnang und das Zürcher RehaZentrum Davos. Fast ein Viertel der in einer Rehabilitationsklinik behandelten Zürcherinnen und Zürcher wählt eine Rehabilitationsklinik, die über keinen Zürcher Leistungsauftrag verfügt.

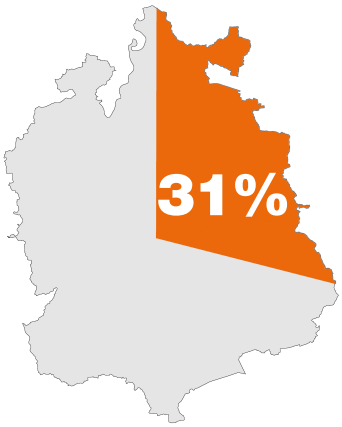
Abbildung R14: Behandlungsort der Zürcherinnen und Zürcher 2016 bis 2018

		2016	2017	2018	Veränderung zum Vorjahr [in %]
ZH	Zürcher RehaZentrum Wald	1 723	1 712	1 757	3
	RehaClinic Zollikerberg	528	482	536	11
	RehaClinic Kilchberg	245	249	252	1
	Universitätsklinik Balgrist	304	288	311	8
	Klinik Susenberg	402	308	288	-6
	Kinderspital Zürich	75	63	67	6
	Klinik Lengg	431	475	438	-8
Zürcher Patienten im Kanton Zürich		**3 708**	**3 577**	**3 649**	**2**
Ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag:					
AG	RehaClinic Zurzach	1 319	1 299	1 195	-8
	RehaClinic Baden-Dättwil[1]	441	451	586	30
	Rehaklinik Bellikon	409	448	458	2
	aarReha Schinznach	241	234	248	6
	Reha Rheinfelden	57	35	38	9
AR	Klinik Gais	377	205	180	-12
	Rheinburg-Klinik	47	35	34	-3
BS	REHAB Basel	20	23	10	-57
GR	Zürcher RehaZentrum Davos	896	855	802	-6
	Reha Seewis	304	309	266	-14
SG	Kliniken Valens, Rehabilitationszentrum Valens	326	330	319	-3
TG	Rehaklinik Dussnang	1 042	916	944	3
	Rehaklinik Zihlschlacht	302	312	322	3
Ausserkantonale Kliniken ohne Zürcher Leistungsauftrag		2 751	2 793	2 878	3
Total Zürcher Patienten		**12 240**	**11 822**	**11 929**	**1**

[1] Die Angaben der RehaClinic ANNR werden unter RehaClinic Baden-Dättwil ausgewiesen.

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung R15: Anteil innerkantonaler Rehabilitation 2018

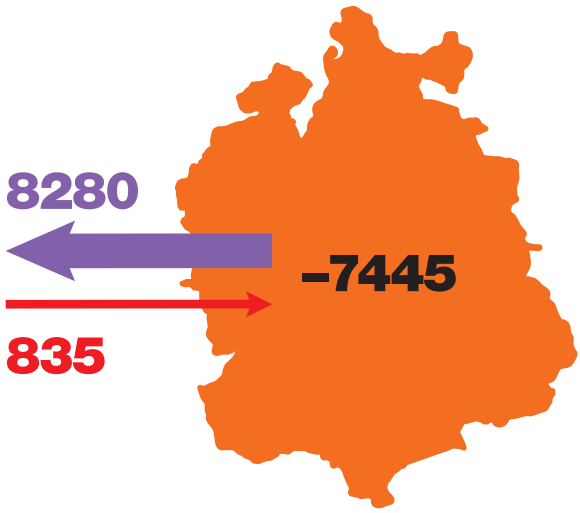


Quelle: Medizinische Statistik BFS

31 Prozent der Zürcher Bevölkerung lassen sich 2018 im eigenen Kanton behandeln. Grund dafür sind die geringen innerkantonalen Kapazitäten in der Rehabilitation.

31 Prozent der Zürcher Bevölkerung lassen sich 2018 im eigenen Kanton behandeln. Der Grund ist das geringe Rehabilitationsangebot im Kanton Zürich. Dies schlägt sich auch in einem deutlich negativen Wanderungssaldo nieder (s. Abbildung R16). Während sich 8280 Zürcherinnen und Zürcher (mit rund 195 000 Pflegetagen) ausserkantonal behandeln lassen, kommen nur 835 Patientinnen und Patienten (mit rund 23 000 Pflegetagen) aus anderen Kantonen für eine stationäre Rehabilitation in den Kanton Zürich. Das hat auch volkswirtschaftliche Konsequenzen: Unter der Annahme eines Tagestarifs von 600 Franken fliessen jährlich über 100 Millionen Franken durch die rehabilitative Behandlung von Zürcherinnen und Zürchern in ausserkantonale Rehabilitationskliniken.

Abbildung R16: Interkantonale Patientenmigration 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

04 Psychiatrie

4.1 Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie
4.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Psychiatriekliniken
4.3 Personal in Zürcher Psychiatriekliniken
4.4 Tarife der Zürcher Psychiatriekliniken
4.5 Psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung
4.6 Patientenmigration

In diesem Kapitel wird die Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie beschrieben: Welche Kliniken bieten welche stationären medizinischen Leistungen an? Wie hat sich die Patientenzahl entwickelt? Wie entwickelten sich die mittlere Aufenthaltsdauer und die Bettenbelegung? Diese und weitere Fragen werden in den Kapiteln 4.1 und 4.2 beantwortet. Kapitel 4.3 gibt einen Überblick über die Personalsituation in den Zürcher Psychiatriekliniken. Anschliessend werden die Tarife und die operative Leistungsfähigkeit der einzelnen Kliniken in Kapitel 4.4 dargelegt. Kapitel 4.5 legt den Fokus auf die Zürcher Psychiatriepatientinnen und -patienten. Dabei wird aufgezeigt, wo sich die Zürcher Bevölkerung stationär in einer psychiatrischen Klinik behandeln lässt. Zum Abschluss wird in Kapitel 4.6 die Patientenmigration zwischen den einzelnen Psychiatrieregionen und den Nachbarkantonen genauer beleuchtet.

6
Kliniken der Allgemeinpsychiatrie

4
Kliniken mit spezialisiertem Angebot

1
Klinik für forensische Psychiatrie

7
Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie

15 psychiatrische Listenspitäler mit zum Teil mehreren Standorten stellen die stationäre Versorgung der Zürcher Bevölkerung sicher und decken alle Bereiche der Grund- und Spezialversorgung ab.

4.1 Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie

Auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie werden fünf innerkantonale Kliniken der Allgemeinpsychiatrie mit insgesamt zehn Standorten im Kanton Zürich geführt (s. Abbildung P1 S. 77): die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw), die Clienia Schlössli, das Sanatorium Kilchberg und der Psychiatriestützpunkt des Spitals Affoltern. Diese stellen die stationäre psychiatrische Grundversorgung für erwachsene Patientinnen und Patienten sicher. Neben den innerkantonalen Kliniken hat das Psychiatriezentrum der Spitäler Schaffhausen einen Leistungsauftrag für Erwachsenenpsychiatrie. Mit der Aufnahme der Spitäler Schaffhausen auf die Zürcher Spitalliste Psychiatrie wird eine optimale Versorgung für die Bevölkerung der Gemeinden im grenznahen Norden des Kantons Zürich gewährleistet.
Vier weitere Kliniken bieten spezialisierte stationäre Angebote für psychisch erkrankte Menschen an: Die Forel Klinik ist auf die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit ausgerichtet, das Zentrum für Essstörungen des Universitätsspitals Zürich (USZ) ist auf Störungsbilder des Essverhaltens wie Anorexie und Bulimie bei Erwachsenen spezialisiert. Die Suchtbehandlung Frankental behandelt seit Mitte Oktober 2019 an einem neuen Standort und unter dem neuen Namen «Suchtfachklinik Zürich» drogenabhängige Patientinnen und Patienten. Das Angebot der Klinik Meissenberg mit Standort im Kanton Zug umfasst ein psychiatrisches und psychotherapeutisches Spezialangebot für Frauen.
Das Zentrum für Stationäre Forensische Therapie der PUK mit Standort in Rheinau hat als einzige Klinik einen Leistungsauftrag für forensische Psychiatrie für Jugendliche und Erwachsene.
Für die stationäre psychiatrische Versorgung von Kindern (bis 13 Jahre) und Jugendlichen (zwischen 14 und 17 Jahren) sind fünf innerkantonale und zwei ausserkantonale Kliniken zuständig. Die PUK bietet an den beiden Standorten Kinderstation Brüschhalde und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) an der Neumünsterallee eine breite kinder- bzw. jugendpsychiatrische Versorgung an. Ein weiteres jugendpsychiatrisches Grundversorgungsangebot bietet die Adoleszentenstation der ipw (Standort ipw Schlosstal). Die Abteilung für Psychosomatik und Psychiatrie des Kinderspitals Zürich und das Sozialpädiatrische Zentrum des Kantonsspitals Winterthur sind spezialisierte Kliniken für Kinder und Jugendliche. Sie umfassen aufgrund ihrer Nähe zur Akutsomatik die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Störungsbildern, die besonders stark mit körperlichen Symptomen verbunden sind, insbesondere die Behandlung von Essstörungen und somatoformen Störungen.
Die Modellstation SOMOSA in Winterthur bietet ebenfalls eine spezialisierte jugendpsychiatrische Versorgung und hat ihren Schwerpunkt auf der Therapie von Jugendlichen mit schweren Adoleszentenstörungen.
Darüber hinaus figurieren die ausserkantonalen Kliniken Clienia Privatklinik Littenheid im Kanton Thurgau und die Klinik Sonnenhof im Kanton St. Gallen mit Leistungsaufträgen für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie.
Neben den Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag bietet die Privatklinik Hohenegg ebenfalls psychiatrische Leistungen im Kanton Zürich an. Die Privatklinik Hohenegg ist nicht auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie und erhält deshalb für die Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten keinen Beitrag des Kantons. Sie behandelt in erster Linie zusatzversicherte erwachsene Personen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Burnout und Lebenskrisen.

Abbildung P1: Standorte Psychiatriekliniken 2019

Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bis 2016 musste ein Teil der Kinder, die eine stationäre kinderpsychiatrische Behandlung brauchten, entweder ausserkantonal hospitalisiert oder auf der jugendpsychiatrischen Station des KJPP in Zürich behandelt werden. Mit dem Um- und Ausbau der Kinderstation Brüschhalde in Männedorf – deren Wiedereröffnung im Frühling 2017 erfolgte – sollen alle Kinder im Kanton Zürich auf der Kinderstation behandelt werden können.

Im Sommer 2016 haben die ipw und die PUK die Kapazitäten, die vormals von Jugendlichen auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie belegt wurden, in jugendpsychiatrische Stationen umgewandelt. Diese werden nun jugendpsychiatrisch geführt und berücksichtigen in ihren Behandlungsangeboten die spezifischen Bedürfnisse von psychisch erkrankten Jugendlichen. Mit diesen Angeboten konnten Hospitalisierungen von Jugendlichen in der Erwachsenen-

psychiatrie reduziert werden. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung sowohl in der Kinder- als auch Jugendpsychiatrie ist das stationäre Angebot für die unter 18-jährige Bevölkerung im Kanton Zürich weiterhin eher knapp bemessen.

Verselbstständigung der kantonalen Spitäler abgeschlossen
Auf den 1. Januar 2019 wurde die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) in die Selbstständigkeit übergeführt. Somit sind nun alle vier kantonalen Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken aus der Verwaltung herausgelöste Anstalten des öffentlichen Rechts und verfügen über eine eigene Rechtspersönlichkeit. Träger ist bei allen vier Spitälern unverändert der Kanton. Sie geniessen jedoch dank der Verselbstständigung eine vergrösserte unternehmerische Autonomie. Dies betrifft insbesondere auch die Bereiche Finanzen und Immobilien. Die strategische Führung der Spitäler erfolgt nicht mehr direkt durch den Kanton, sondern durch einen Spitalrat. Die Vorgaben und Erwartungen des Kantons an die vier Spitäler sind in vier separaten, von Regierungsrat und Kantonsrat verabschiedeten Eigentümerstrategien festgehalten, die periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Mit den erweiterten Kompetenzen der vier Spitäler einerseits und der Führung der Beteiligungen über Eigentümerstrategien anderseits sind die Voraussetzungen geschaffen, um in der heutigen, dynamischen Spitallandschaft rasch und erfolgreich agieren zu können.

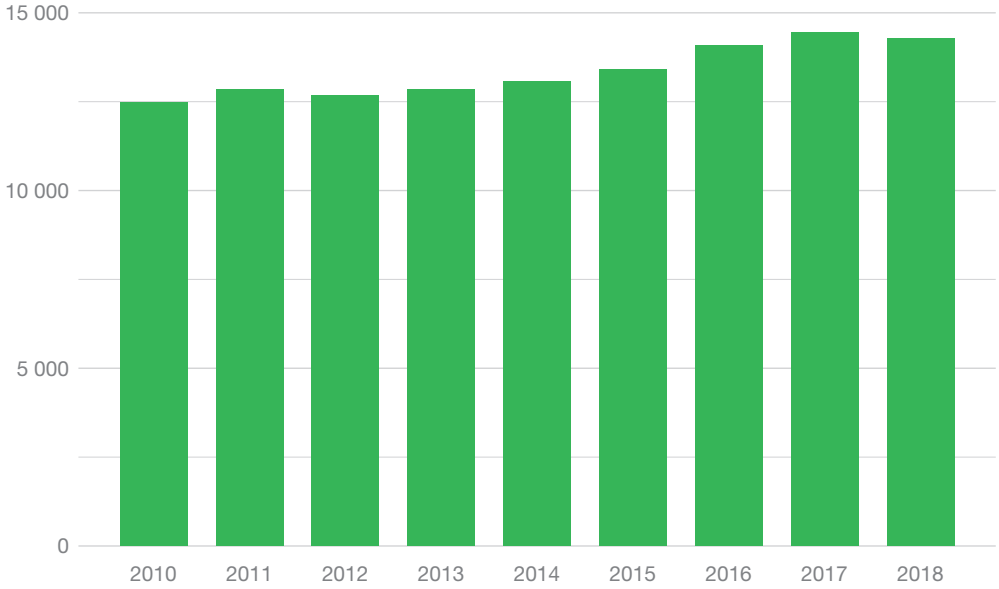
Die wichtigsten Meilensteine auf diesem Weg:

1. Januar 2007:	Verselbstständigung des Universitätsspitals Zürich (USZ) und des Kantonsspitals Winterthur (KSW); die Immobilien bleiben beim Kanton
1. Januar 2018:	Übertragung der Spitalimmobilien im Baurecht auf das USZ; Verselbstständigung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK)
1. Januar 2019:	Übertragung der Spitalimmobilien im Baurecht auf das KSW; Verselbstständigung der ipw

4.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Psychiatriekliniken

Entwicklung der stationären Leistungen 2010 bis 2018
Wie Abbildung P2 zeigt, ist die Anzahl stationär behandelter Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich seit 2010 gestiegen. Während im Jahr 2010 12 470 Patientinnen und Patienten psychiatrisch behandelt wurden, liegt diese Zahl 2018 bei 14 265 (+14 Prozent). Im Vergleich zu 2017 ist die Entwicklung der Patientenzahl mit einem Prozent jedoch leicht rückläufig. Diese Entwicklung ist auf das neue Tarifsystem in der stationären Psychiatrie zurückzuführen. In 2018 ist die schweizweit geltende Tarifstruktur TARPSY in Kraft getreten, die unter anderem die Fallzusammenführung bei allfälligen Wiedereintritten der Patientinnen und Patienten beeinflusst hat. Datensimulationen ohne die methodische Änderung zeigen, dass die Fallzahlen nicht gesunken, sondern leicht gestiegen sind (vgl. dazu Kapitel 1.3).

Abbildung P2: Austritte der Zürcher Psychiatriekliniken 2010 bis 2018



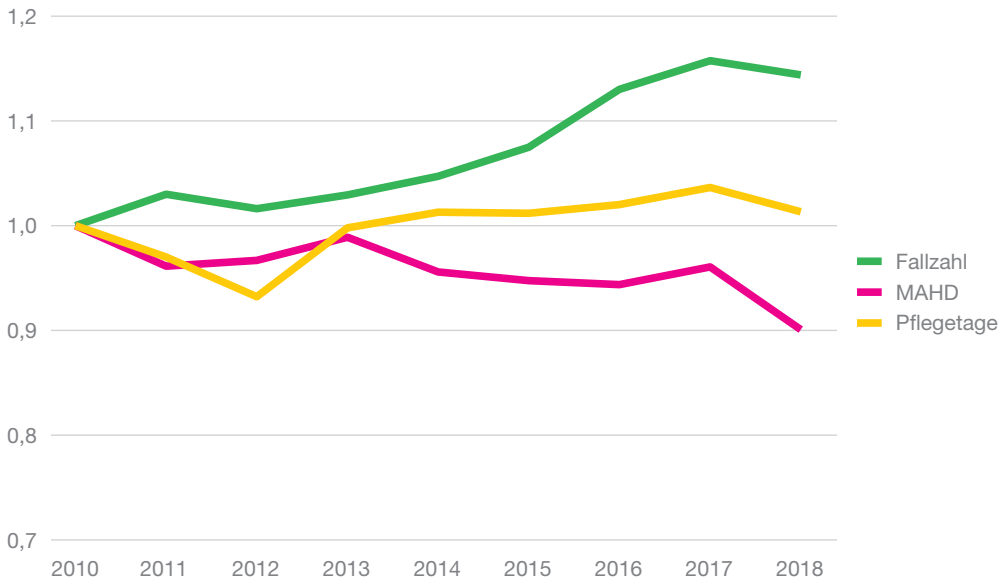
Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer

In den psychiatrischen Kliniken ist neben der Entwicklung der Fallzahl auch diejenige der Pflegetage von besonderer Bedeutung (s. Abbildung P3). Im Vergleich zum Vorjahr sind neben der Patientenzahl auch die Anzahl Pflegetage und die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) leicht zurückgegangen. Gesamthaft ist die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2010 und 2018 um rund zehn Prozent gesunken. Während 2010 ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik im Durchschnitt noch 36 Tage dauerte, ist der entsprechende Wert in der Zwischenzeit um drei Tage gesunken und liegt 2018 bei 33 Tagen.

Die Patientenzahl in den Zürcher Psychiatriekliniken hat seit 2010 zugenommen. Gleichzeitig ist die Aufenthaltsdauer kürzer geworden. Dementsprechend ist die Anzahl der Pflegetage weniger stark angestiegen als die Patientenzahl in diesem Zeitraum.

Abbildung P3: Entwicklung Fallzahl, Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich 2010 bis 2018



Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

In den Kinder- und Jugendpsychiatrien dauern die stationären Aufenthalte aufgrund der Störungsbilder und von deren Therapiedauern im Durchschnitt etwas länger als in den anderen psychiatrischen Kliniken. Während die mittlere Aufenthaltsdauer in den Kinder- und Jugendpsychiatrien 2017 bei 74 Tagen lag, ist diese 2018 um einen Tag gesunken. 2016 lag der entsprechende Wert bei 78 Tagen.
In den Spezialkliniken liegt die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen derjenigen der Allgemeinpsychiatrien und Kinder- und Jugendpsychiatrien. 2018 dauert ein Aufenthalt in einer Spezialklinik im Durchschnitt 49 Tage. Die tiefste mittlere Aufenthaltsdauer weist die Suchtbehandlung Frankental auf. Sie liegt bei 26 Tagen (s. Abbildung P5 S. 81).
Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist ein bekanntes Phänomen, das auch in der Akutsomatik beobachtet werden kann. Grundsätzlich sollen stationäre psychiatrische Aufenthalte so lange wie notwendig, aber so kurz wie möglich gehalten sein. Die vom Kanton Zürich unterstützten ambulanten und intermediären Angebote (institutionelle Ambulatorien, Tages- und Nachtkliniken) haben dabei für eine optimale psychiatrische Versorgung eine hohe Bedeutung. Sie tragen wesentlich dazu bei, die Dauer von psychiatrischen Hospitalisierungen kurz zu halten. Zusätzlich ermöglichen sie eine wohnortnahe Betreuung von psychisch erkrankten Menschen. So verkürzen oder vermeiden sie gar einen stationären Aufenthalt und erlauben den Patientinnen und Patienten, in ihrem bestehenden sozialen und beruflichen Umfeld zu bleiben.

Bettenbestand und Auslastung

Wie im revidierten KVG mit Wirkung ab 2012 vorgesehen, wurde die leistungsorientierte Planung auch im Versorgungsbereich Psychiatrie umgesetzt. Im Vergleich zu den Bereichen Akutsomatik oder Rehabilitation spielen die Bettenkapazitäten in der psychiatrischen Versorgung jedoch weiterhin eine bedeutende Rolle.
Im Kanton Zürich stehen für die psychiatrische Versorgung einschliesslich der forensischen Psychiatrie in Rheinau 1410 Betten zur Verfügung. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Bettenzahl insgesamt um knapp vier Prozent (–55 Betten) zurückgegangen. Abbildung P4 zeigt, wie sich die Bettenzahl auf die verschiedenen Kliniken verteilt und wie die Betten pro Klinik im Jahr 2018 ausgelastet sind.

Abbildung P4: Betten und Auslastung 2018

	Betten	Auslastung [in %]
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	527	94
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	226	102
Clienia Privatklinik Schlössli	219	100
Sanatorium Kilchberg	184	97
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	23	87
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**1179**	**97**
Modellstation SOMOSA	17	99
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	13	100
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	6	68
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**36**	**94**
Forel Klinik	101	94
Suchtbehandlung Frankental	12	99
USZ – Zentrum für Essstörungen	12	86
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	**125**	**93**
Privatklinik Hohenegg	70	92
Total Kanton Zürich	**1410**	**96**

Ausweis auf Ebene Gesamtbetrieb
Quellen: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Die hohe Bettenbelegung der psychiatrischen Kliniken von 96 Prozent weist darauf hin, dass der Kanton Zürich grundsätzlich über keine überzähligen Betten in der psychiatrischen Versorgung verfügt.

Die Auslastung in den Zürcher Psychiatrien ist im Vergleich zum Vorjahr von 93 auf 96 Prozent angestiegen und befindet sich auf einem sehr hohen Niveau. Aufgrund des reduzierten Bettenbestandes in der PUK ist die Auslastung der verbleibenden Betten relativ stark angestiegen (2017: 87 Prozent, 2018: 94 Prozent). Mit einer Auslastung von 99 Prozent im Jahr 2018 ist auch die Suchtbehandlung Frankental im Vergleich zum Vorjahr deutlich stärker ausgelastet (+12 Prozent). Auf der anderen Seite verzeichnet das Sozialpädiatrische Zentrum des Kantonsspitals Winterthur 2018 eine relativ tiefere Auslastung als im Jahr zuvor. Während 2017 die Betten zu 89 Prozent belegt waren, liegt die Auslastung 2018 bei 68 Prozent.

Patientinnen und Patienten pro Spital 2018

Abbildung P5 (S. 81) zeigt die Patientenaustritte der Zürcher Psychiatriekliniken und deren Merkmale im Jahr 2018. Die Merkmale werden nachfolgend genauer beschrieben. Weitere Daten zu den einzelnen Zürcher Kliniken sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten verfügbar.

Abbildung P5: Patientenaustritte nach diversen Merkmalen 2018

	Austritte	Ø-Alter [Jahre]	DMI	MAHD [Tage]	Anteil HPP [in %]	Anteil Notfall [in %]	Anteil a.k. [in %]
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4 502	45	0,99	29	4	52	3
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Forensik	36	38	0,94	772	0	14	22
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	2 991	42	1,03	26	4	66	4
Clienia Privatklinik Schlössli	2 476	46	0,97	29	12	33	5
Sanatorium Kilchberg	2 324	48	1,00	26	16	51	9
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	248	41	0,98	27	7	42	14
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**12 577**	**45**	**0,99**	**30**	**8**	**51**	**5**
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – KJPP	293	14	.	60	1	36	1
Modellstation SOMOSA	24	17	1,26	193	0	0	42
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	59	15	1,32	84	0	0	34
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	21	13	1,28	68	0	0	14
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**397**	**14**	**0,54**	**72**	**1**	**26**	**9**
Forel Klinik	568	47	0,83	55	0	0	29
Suchtbehandlung Frankental	169	35	0,99	26	0	0	5
USZ – Zentrum für Essstörungen	60	26	0,95	60	0	2	40
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	**797**	**43**	**0,85**	**49**	**0**	**0**	**25**
Privatklinik Hohenegg	494	53	0,97	46	98	0	41
Total Kanton Zürich	**14 265**	**44**	**0,95**	**33**	**11**	**46**	**7**

DMI: Der DMI der PUK KJPP wird aufgrund mangelnder Datenqualität nicht ausgewiesen.
HPP: Abteilung Halbprivat oder Privat

Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Im Jahr 2018 behandeln die zwölf kantonalen Psychiatriekliniken insgesamt 14 265 Personen. Die PUK, die ipw, die Clienia Schlössli und das Sanatorium Kilchberg decken den grössten Teil des Bedarfs der stationären psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich ab. Diese Kliniken versorgen knapp 90 Prozent der Fälle und bieten ein sehr breites Spektrum an Behandlungen an. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades der Spezialkliniken sind deren Fallzahlen entsprechend kleiner. Sie behandeln 2018 rund sechs Prozent der Patientinnen und Patienten.

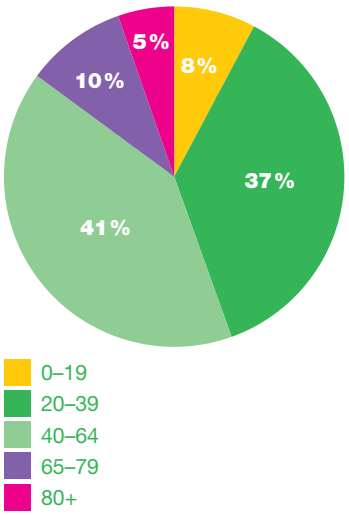
Alter der Patientinnen und Patienten

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in den Zürcher Psychiatriekliniken beträgt rund 44 Jahre. Abbildung P6 zeigt die Aufteilung der Austritte nach Altersgruppen für das Jahr 2018. Die meisten Patientinnen und Patienten in Psychiatriekliniken sind im erwerbsfähigen Alter: Die Altersgruppen der 20- bis 39-Jährigen und der 40- bis 64-Jährigen nehmen mit zusammen 78 Prozent aller Austritte am häufigsten stationäre psychiatrische Angebote in Anspruch. Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) macht lediglich 8 Prozent aus. Die Anzahl Patientinnen und Patienten im Rentenalter umfasst insgesamt 15 Prozent.

Fallschwere Day Mix Index (DMI)

Der DMI (Day Mix Index) misst den durchschnittlichen Schweregrad der stationären Fälle einer psychiatrischen Klinik. Dazu werden die Fälle in verschiedene Gruppen eingeteilt, die sogenannten Psychiatric Cost Groups (PCG). Jeder Fallgruppe ist ein empirisch ermitteltes und tagesbezogenes Kostengewicht zugeordnet. Das effektive Kostengewicht eines Falles

Abbildung P6: Altersgruppen im Jahr 2018



Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

wird berechnet, indem das tagesbezogene Kostengewicht gemäss PCG-Katalog mit der jeweiligen Aufenthaltsdauer einer Person multipliziert wird. Der PCG-Katalog mit den Kostengewichten wird von der SwissDRG AG im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur TARPSY jedes Jahr überarbeitet.
Alle Erwachsenenpsychiatrien und ein Teil der Kinder- und Jugendpsychiatrien haben 2018 erstmals gemäss dem schweizweit geltenden Tarifsystem abgerechnet. Unabhängig davon, ob die Fälle bereits unter TARPSY abgerechnet worden sind oder nicht, sind in Abbildung P5 (S. 81) die durchschnittlichen Fallschweren pro Klinik berechnet. Der durchschnittliche Schweregrad beträgt im Kanton Zürich 0,95. In den Allgemeinpsychiatrien liegt der entsprechende Wert bei 0,99. Der DMI ist in der Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie des Kinderspitals mit 1,32 am höchsten.

Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung

In den psychiatrischen Kliniken liegt der Anteil an zusatzversicherten Personen im Vergleich zur Akutsomatik tiefer (11 Prozent relativ zu 29 Prozent). In der Allgemeinpsychiatrie werden 8 Prozent der Fälle auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung behandelt. Insbesondere die Kliniken mit privater Trägerschaft, also die Clienia Schlössli und das Sanatorium Kilchberg, weisen mit 12 bzw. 16 Prozent einen höheren Zusatzversichertenanteil aus (s. Spalte «Anteil HPP» in Abbildung P5 S. 81). In den Kinder- und Jugendpsychiatrien liegt der Anteil Zusatzversicherter bei einem Prozent, wobei ausschliesslich die KJPP der PUK Zusatzversicherte behandelt hat. Da die Privatklinik Hohenegg seit 2004 nicht mehr auf der Zürcher Spitalliste ist, behandelt sie fast ausschliesslich zusatzversicherte Personen oder Selbstzahlende.

Notfälle

Alle Personen, die unangemeldet und ungeplant in ein Spital eintreten und sofort Hilfe benötigen (d. h. zwingend innerhalb von zwölf Stunden), sind als Notfalleintritte definiert. Wie die Spalte «Anteil Notfall» in der Abbildung P5 (S. 81) zeigt, werden in der Allgemeinpsychiatrie 51 Prozent aller Patientinnen und Patienten als Notfall behandelt. In den Spezialkliniken treten die Patientinnen und Patienten angemeldet bzw. geplant in die Klinik ein. Der Anteil an Notfällen in diesen Kliniken ist deshalb schwindend klein und liegt gesamthaft abgerundet bei null Prozent. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil an Notfällen bei 26 Prozent, wobei diese alle in die KJPP der PUK eingetreten sind.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten stammen aus:

Kanton Aargau:	212
Kanton St. Gallen:	125
Kanton Luzern:	97
Übrige Kantone:	634
Ausland:	175

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich

Der Anteil ausserkantonaler Personen, die in Zürcher Psychiatriekliniken behandelt worden sind, liegt bei sieben Prozent (s. Spalte «Anteil a. k.» in Abbildung P5 S. 81). Dieser Anteil variiert stark zwischen den einzelnen Kliniken: Je spezifischer das Angebot, desto höher ist der Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. So hat die Forel Klinik, die auf die Behandlung von psychischen Verhaltensstörungen infolge von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit spezialisiert ist, einen ausserkantonalen Anteil von fast 30 Prozent. Beim Zentrum für Essstörungen am Universitätsspital Zürich beläuft sich der Anteil an Ausserkantonalen auf 40 Prozent.
Die Patientinnen und Patienten stammen hauptsächlich aus angrenzenden Kantonen, insbesondere aus dem Aargau und St. Gallen.

Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und neurotische Störungen sind die am häufigsten behandelten psychischen Erkrankungen.

Medizinische Leistungen nach Fachbereichen

Auf der Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie sind die Leistungsgruppen anhand von Hauptdiagnosegruppen des Diagnoseklassifikationssystems ICD-10 eingeteilt. Abbildung P7 (S. 83) veranschaulicht die Fälle aufgeteilt nach Leistungsgruppe. Der grösste Anteil an Klinikaufenthalten im Kanton Zürich ist der Leistungsgruppe «affektive Störungen» zuzuordnen; hierzu gehören vor allem Depressionen und manische Episoden. 4497 Patientinnen und Patienten werden 2018 aufgrund dieses Befundes behandelt. 2356 Personen werden aufgrund Erkrankungen wie Schizophrenie und Wahnstörungen hospitalisiert. Während der Leistungsgruppe «Alkohol» im Jahr 2018 2156 Aufenthalte zugeordnet werden, werden 1806 Fälle aufgrund einer neurotischen Störung wie zum Beispiel einer Angst- oder Zwangserkrankung behandelt. 90 Prozent der Fälle, die in diese vier Hauptdiagnosegruppen fallen, werden 2018 in den Kliniken der Allgemeinpsychiatrie behandelt. In den Spezialkliniken werden hauptsächlich Personen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen behandelt, die neben den Problematiken in Zusammenhang mit Alkohol (F10) auf andere psychotrope Substanzen (F11–F19) zurückzuführen sind.

Diagnoseklassifikationssystem ICD
Die Leistungsgruppen der geltenden Spitalliste 2012 Psychiatrie basieren auf den Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 und den vier Altersbereichen Kinder 0–13 Jahre, Jugendliche 14–17 Jahre, Erwachsene 18–64 Jahre sowie ältere Erwachsene ab 65 Jahre. Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

Abbildung P7: Fallzahlen nach Leistungsgruppen 2018

	F0 organische Störungen	F10 Alkohol	F11–F19 Drogen	F2 Schizophrenie	F3 affektive Störungen	F4 neurotische Störungen	F5 Verhaltens-auffälligkeiten	F6 Persönlichkeits-störungen	F7 Intelligenzstörungen	F8 Entwicklungsstörungen	F9 Störungen mit Beginn in Kindheit	Forensik	Total
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	346	782	315	1 031	1 133	512	10	322	10	5	36	0	4 502
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Forensik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	36
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	245	295	123	506	903	558	7	270	17	23	44	0	2 991
Clienia Privatklinik Schlössli	177	271	211	354	1 014	213	3	203	8	9	13	0	2 476
Sanatorium Kilchberg	128	232	135	402	935	356	6	117	8	1	4	0	2 324
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	0	27	19	46	104	36	1	12	0	1	2	0	248
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**896**	**1 607**	**803**	**2 339**	**4 089**	**1 675**	**27**	**924**	**43**	**39**	**99**	**36**	**12 577**
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – KJPP	0	0	2	5	11	7	0	4	1	0	263	0	293
Modellstation SOMOSA	0	0	2	1	7	2	0	1	0	2	9	0	24
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	0	0	0	0	4	25	28	0	0	1	1	0	59
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	0	0	0	0	0	9	6	0	0	0	6	0	21
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**0**	**0**	**4**	**6**	**22**	**43**	**34**	**5**	**1**	**3**	**279**	**0**	**397**
Forel Klinik	0	546	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	568
Suchtbehandlung Frankental	0	1	168	0	0	0	0	0	0	0	0	0	169
USZ – Zentrum für Essstörungen	0	0	0	0	0	0	60	0	0	0	0	0	60
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	**0**	**547**	**190**	**0**	**0**	**0**	**60**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**797**
Privatklinik Hohenegg	1	2	1	11	386	88	2	1	0	1	1	0	494
Total Kanton Zürich	**897**	**2 156**	**998**	**2 356**	**4 497**	**1 806**	**123**	**930**	**44**	**43**	**379**	**36**	**14 265**

Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Neues Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

Für eine patientengerechtere Versorgung, höhere Transparenz und eine bessere Steuerung

Die Leistungsgruppen-Systematik Psychiatrie ist die Grundlage für das Erteilen der kantonalen Leistungsaufträge an psychiatrische Kliniken auf der Zürcher Spitalliste. Die Systematik Psychiatrie wurde für die nächste umfassende Spitalplanung 2023 gemeinsam mit medizinischen Vertreterinnen und Vertretern der psychiatrischen Kliniken sowie deren CEOs und unter Einbezug von externen Expertinnen und Experten überarbeitet und weiterentwickelt. Konkret werden neu 2 Auftragstypen, 17 Leistungsbereiche, 23 Leistungsgruppen und – wie bisher – 4 Altersbereiche unterschieden.
Mit der «neuen» Systematik kann eine patientengerechtere Versorgung sichergestellt werden, da leistungsspezifische Anforderungen besser auf den Behandlungsbedarf der Patientengruppen zugeschnitten sind. Zudem ist damit eine höhere Transparenz über das Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten, Zuweiser und Versicherer gegeben, und die Kliniken können ihr Angebot und ihre Spezialisierungen besser ausweisen. Für den Regulator ermöglicht die Systematik eine feinere Steuerung des Leistungsangebotes. Sie bietet damit auch die Möglichkeit der Konzentration von spezialisierten und seltenen Leistungen. Alles in allem wird mit der Zürcher Leistungsgruppen-Systematik somit die Qualität der psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten verbessert.
Die Systematik basiert auf medizinisch sinnvollen Leistungsbereichen und -gruppen und fasst Leistungen mit ähnlichem Versorgungsbedarf auf Grundlage der WHO Klassifikationssysteme ICD-10 und ICD-11 zusammen. Die Leistungsgruppen-Systematik Psychiatrie weist eine gute Balance zwischen höherem Differenzierungsgrad und Übersichtlichkeit auf. Sie ist operationalisierbar, übersichtlich und praktikabel sowie auch auf ambulante, tagesklinische und aufsuchende psychiatrische Angebote anwendbar.
Der Auftragstyp unterscheidet die Akut- und Vollversorgung (AVV) und die Spezialversorgung (SPV). Psychiatrische Kliniken mit einem Auftrag in AVV müssen eine durchgehende und vollumfassende psychiatrische Akutversorgung gewährleisten und über die erforderlichen strukturellen und personellen Voraussetzungen verfügen. Psychiatrische Kliniken mit einem Auftrag in SPV dagegen weisen ein spezialisiertes Behandlungsangebot nur für ausgewählte Patientengruppen und eine entsprechende Behandlungskompetenz bei elektiver Aufnahme auf. Ausnahmen sind dabei die Forensische Psychiatrie und die Kriseninterventionszentren. Diese bieten aufgrund ihrer Ausrichtung Behandlungen in allen Leistungsbereichen an.

Die Leistungsbereiche für die Zürcher Spitalliste Psychiatrie basieren auf Gruppierungen von ähnlichen Zustands- und Störungsbildern (s. Abbildung P8). Es werden unterschieden:
- Demenzen und Delire
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychotische und bipolare Störungen
- Depressive Störungen und Anpassungsstörungen
- Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen
- Essstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Störungen in Verbindung mit Sexualität
- Mutter-Kind-Behandlungen
- Nichtorganische Schlafstörungen
- Säuglings- und kinderspezifische Störungen
- Intellektuelle Beeinträchtigungen
- Forensische Psychiatrie

Diese Leistungsbereiche sind teilweise noch in verschiedene Leistungsgruppen unterteilt.
Die vier Altersbereiche umfassen weiterhin die Kinderpsychiatrie (0–13 Jahre), Jugendpsychiatrie (14–17Jahre), Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) und Gerontopsychiatrie (ab 65 Jahre).
Die neue Leistungsgruppen-Systematik Psychiatrie ist breit abgestützt und akzeptiert. Der nächste Schritt ist eine Vernehmlassung zu den Planungsgrundlagen Psychiatrie inklusive der weiterentwickelten Leistungsgruppen-Systematik im Rahmen des Versorgungsberichts des Gesamtprojekts Zürcher Spitalplanung 2023.

Abbildung P8: Leistungsgruppenmodell Psychiatrie Kanton Zürich

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

© Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Spitalambulante und tages-/nachtklinische Leistungen

Neben dem stationären Angebot bieten die Zürcher Psychiatrien auch spitalambulante und tages-/nachtklinische Leistungen an. In Abbildung P9 sind die Leistungen der Tages- und Nachtkliniken für die Jahre 2017 und 2018 abgebildet. Es werden hier diejenigen Patientinnen und Patienten berücksichtigt, deren Fälle im jeweiligen Datenjahr abgeschlossen worden sind. Die letzte Spalte weist die Anzahl Patientinnen und Patienten aus, die ein tages-/nachtklinisches Angebot in Anspruch genommen haben. Ausser die Modellstation SOMOSA und die Suchtbehandlung Frankental bieten alle Psychiatrien auf der Zürcher Spitalliste tages-/nachtklinische Leistungen an. Die Akutspitäler, die neben einem Leistungsauftrag in Akutsomatik auch einen Leistungsauftrag in Psychiatrie haben, werden hier mit Ausnahme des Spitals Affoltern nicht berücksichtigt, da die entsprechenden Daten bis anhin nicht auf Fallebene erhoben worden sind. 2020 werden die Daten dieser Spitäler für das Datenjahr 2019 erstmals zur Verfügung stehen.

Abbildung P9: Behandlungstage in den Zürcher Psychiatrien 2017 und 2018

	Tages-/Nacht-kliniken halbe Behandlungs-tage		Tages-/Nacht-kliniken ganze Behandlungs-tage		Anzahl Patientinnen und Patienten	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	24 413	22 546	23 201	25 416	1 245	1 305
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	12 437	14 772	7 142	7 007	413	490
Clienia Privatklinik Schlössli	6 706	4 285	5 267	4 621	470	381
Sanatorium Kilchberg	448	1 298	1 562	1 081	70	184
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	960	1 695	405	449	37	47
Modellstation SOMOSA	0	0	0	0	0	0
Forel Klinik	0	135	5 776	4 305	104	120
Suchtbehandlung Frankental	0	0	0	0	0	0
Total Kanton Zürich	**44 964**	**44 731**	**43 353**	**42 879**	**2 339**	**2 527**

Quelle: Medizinische Statistik PSYREC-KTR

In Abbildung P10 werden die ambulanten Konsultationen ausgewiesen. Jeder Tag, an dem mindestens eine Konsultation in einer Tages-/Nachtklinik oder ambulant stattgefunden hat, wird als eins gezählt. Es werden wiederum die Ende Jahr abgeschlossenen Fälle ausgewiesen. Die Clienia Schlössli hat 2018 ambulante Standorte geschlossen. Aufgrund dessen sind alle ambulanten Fälle dieser Standorte abgeschlossen worden. Deshalb ist hier nicht ein Rückgang, sondern ein Anstieg der ambulanten Konsultationen zu beobachten. Die Modellstation SOMOSA und die Forel Klinik bieten zwar ambulante Leistungen an, die entsprechenden Daten werden aber zum Teil nicht ausgewiesen, weil die Datenqualität ungenügend ist.

Abbildung P10: Ambulante Konsultationen in den Zürcher Psychiatrien 2017 und 2018

	ambulante Konsultationen	
	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	177 397	152 711
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	43 170	51 954
Clienia Privatklinik Schlössli	9 870	17 621
Sanatorium Kilchberg	37 325	27 331
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	1 211	1 671
Modellstation SOMOSA	.	.
Forel Klinik	1 383	.
Suchtbehandlung Frankental	543	1 448
Total Kanton Zürich	**270 899**	**252 736**

Quelle: Medizinische Statistik PSYREC-KTR

4.3 Personal in Zürcher Psychiatriekliniken

Ende 2018 sind 4488 Personen in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich beschäftigt. Über das ganze Jahr betrachtet weisen diese Kliniken einen Personalbestand von 3203 Vollzeitäquivalenten aus (s. Abbildung P11). Der Personalbestand ist im Vergleich zum Vorjahr mit einer Abnahme von 0,5 Prozent relativ konstant geblieben (–16 VZÄ). In der letzten Spalte in Abbildung P11 ist die unterschiedliche Ausbildungsleistung der einzelnen Kliniken ersichtlich. Am Stichtag 31. Dezember sind 17 Prozent der Angestellten in den psychiatrischen Kliniken in Ausbildung, wobei die ipw, die Clienia Schlössli und die PUK im Vergleich zum Personalbestand am meisten Personen ausbilden. Von den 4488 angestellten Personen sind 67 Prozent Frauen. Der Anteil an Beschäftigten mit einem ausländischen Diplom liegt bei knapp 14 Prozent.

Abbildung P11: Personal in Zürcher Psychiatriekliniken 2016 bis 2018 (Vollzeitäquivalente gerundet)[1]

	2016	2017	2018	Veränderung zum Vorjahr [in %]	Angestellte in Ausbildung [in %]
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	1462	1539	1536	–0,2	19
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	571	587	585	–0,2	24
Clienia Privatklinik Schlössli	501	493	471	–4,5	18
Sanatorium Kilchberg	325	312	319	2,2	9
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**2859**	**2930**	**2911**	**–0,7**	**19**
Modellstation SOMOSA	33	35	35	1,5	2
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	**33**	**35**	**35**	**1,5**	**2**
Forel Klinik	103	108	112	3,5	10
Suchtbehandlung Frankental	18	17	18	6,3	6
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	**121**	**125**	**130**	**3,9**	**9**
Privatklinik Hohenegg	124	129	128	–1,3	0
Total Kanton Zürich	**3137**	**3219**	**3203**	**–0,5**	**17**

[1] Das Personal des Gesamtbetriebs des Spitals Affoltern, Kinderspitals Zürich, KSW und USZ werden im Kapitel 2.3 ausgewiesen.

Quelle: Krankenhausstatistik

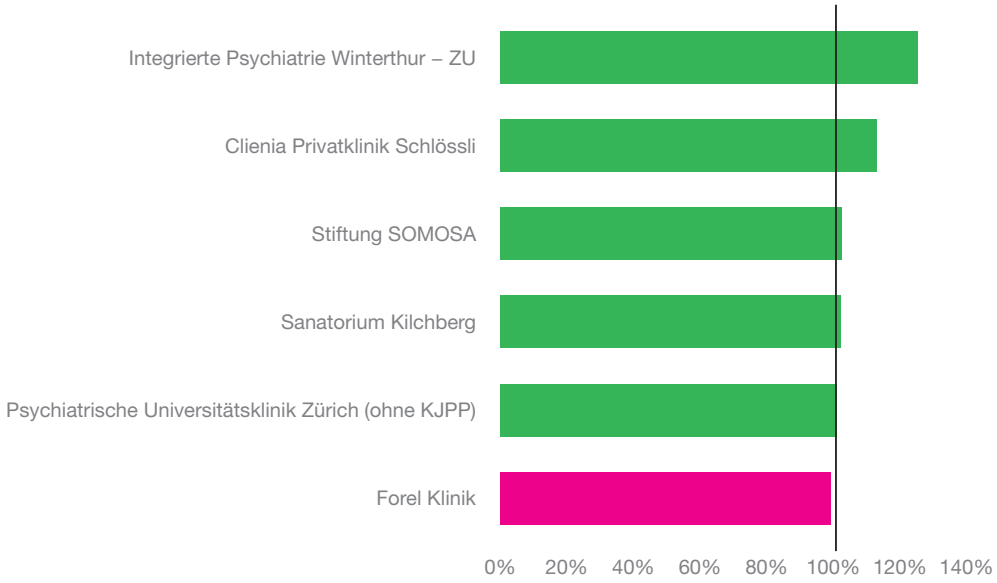
Das Personal in den psychiatrischen Kliniken in Vollzeitäquivalenten setzt sich aus knapp 14 Prozent Ärztinnen und Ärzten, 18 Prozent medizinischen Fachpersonen (z. B. Psychologinnen und Psychologen), 40 Prozent Pflegepersonal und 28 Prozent Personen in zentralen Diensten wie Administration, Hauswartdienste usw. zusammen.

Aus- und Weiterbildung der Listenspitäler

Um den Nachwuchs an qualifiziertem Personal in psychiatrischen Kliniken nachhaltig zu sichern, fördert die Gesundheitsdirektion die Anstrengungen der Spitäler in der Aus- und Weiterbildung. Im Rahmen der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe sind seit dem 1. Januar 2013 alle Zürcher Listenspitäler verpflichtet, nicht universitäre Aus- und Weiterbildung in einem angemessenen Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf zu leisten.[1] Die Gesundheitsdirektion berechnet deshalb für jedes Listenspital jährlich einen Soll-Bedarf an Ausbildungsleistungen. Die Berechnung orientiert sich unter anderem an der Betriebsgrösse und am Personalbestand des Spitals.

Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Spitäler, die diese Bedingung nicht erfüllen, sind gefordert, die nicht erbrachten Aus- und Weiterbildungsleistungen durch das Einkaufen von Ausbildungsleistungen bei Spitälern, die sich über das erforderliche Mass hinaus in der Ausbildung engagieren, zu kompensieren. Ansonsten hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten. Zudem haben die Listenspitäler die Möglichkeit, Ausbildungsleistungen in unterschiedlichen Fachbereichen untereinander auszutauschen. In begründeten Fällen kann die Gesundheitsdirektion die Ersatzabgabe nach freiem Ermessen reduzieren oder ganz erlassen, z. B. bei unverschuldeter Minderleistung infolge Nichtantreten eines Praktikums.

Abbildung P12: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2018



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Psychiatriekliniken erfüllen die Vorgaben der Gesundheitsdirektion in Bezug auf die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung mehrheitlich, wie Abbildung P12 zeigt. Alle Psychiatriekliniken ausser der Forel Klinik haben ihre Soll-Ausbildungstätigkeit erfüllt oder sogar übertroffen. Die Forel Klinik hat trotz gesteigerter Aus- und Weiterbildungstätigkeiten ihr Soll im Jahr 2018 nicht erreicht.

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen der Kliniken, die sowohl psychiatrische als auch akutsomatische Fälle behandeln, werden in Kapitel 2.3 jeweils für den Gesamtbetrieb ausgewiesen.

[1] Eine detaillierte Beschreibung der Ausbildungsverpflichtung finden Sie im Anhang A1 des Gesundheitsversorgungsberichts 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht.

4.4 Tarife der Zürcher Psychiatriekliniken

Für die Vergütung stationärer Behandlungen vereinbaren die Tarifpartner – Leistungserbringer und Krankenversicherer – Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Während in der Akutsomatik seit 2012 die schweizweit einheitliche Tarifstruktur SwissDRG gilt, kommt im Bereich der Psychiatrie seit dem 1. Januar 2018 das Tarifsystem TARPSY zur Anwendung. Die Forensik fällt erst ab 2020 unter den Anwendungsbereich von TARPSY. Im Bereich der Forensik werden deshalb bis Ende 2019 die bisherigen Tagespauschalen weitergeführt. Die vereinbarten Tarife werden vom Regierungsrat genehmigt. Für den Fall, dass sich die Tarifpartner nicht einigen können, setzt der Regierungsrat die Tarife fest.
Abbildung P13 zeigt die im Jahr 2019 geltenden Tarife für alle Zürcher Psychiatriekliniken. In grüner Schrift sind die definitiven, rechtskräftigen Tarife aufgeführt. Diese basieren entweder auf einem durch den Regierungsrat genehmigten Vertrag oder sie sind durch den Regierungsrat rechtskräftig festgesetzt. Bei den Zahlen in roter Schrift handelt es sich um Tarife, die während laufender Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren gelten, bis definitive Tarife in Kraft gesetzt werden. Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist, mit zusätzlichen Informationen versehen, unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

Die Versicherer treten in drei Einkaufsgemeinschaften auf, die unabhängig voneinander mit den Spitälern die Tarife verhandeln. Die Einkaufsgemeinschaft HSK AG vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas Progrès, Compact und KPT, die CSS Kranken-Versicherung AG verhandelt die Tarife für sich, die INTRAS, die Arcosana und die Sanagate. Die übrigen Krankenversicherer sind der tarifsuisse ag angeschlossen.

Abbildung P13: Tarife in Zürcher Psychiatriekliniken 2019

Klinik	TARPSY / Tagespauschale	tarifsuisse	HSK	CSS
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – ohne Zentrum für Forensische Psychiatrie	TARPSY	758	755	765
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Klinik für Forensische Psychiatrie	Tagespauschale 1. bis 60.	662	668	662
	Tagespauschale ab 61.	530	569	530
	Tagespauschale ab 366.	265	276	265
	Tagespauschale ab 2001.	180	276	180
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Kinder- und Jugendpsychiatrie bis 18 Jahre	TARPSY	758	755	765
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ab 19 Jahre)	TARPSY	774	760	770
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (bis 18 Jahre)	TARPSY	774	760	770
Clienia Privatklinik Schlössli	TARPSY	755	743	758
Sanatorium Kilchberg	TARPSY	733	738	741
Psychiatriestützpunkt Affoltern	TARPSY	670	675	635
Forel Klinik	TARPSY	570	540	570
Suchtbehandlung Frankental	TARPSY	660	660	660
Universitätsspital Zürich, Zentrum für Essstörungen	TARPSY	860	860	860
Modellstation SOMOSA	TARPSY	310	320	320
Kinderspital Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	TARPSY	480	470	480
Kantonsspital Winterthur – Sozialpädiatrisches Zentrum	TARPSY	685	685	685

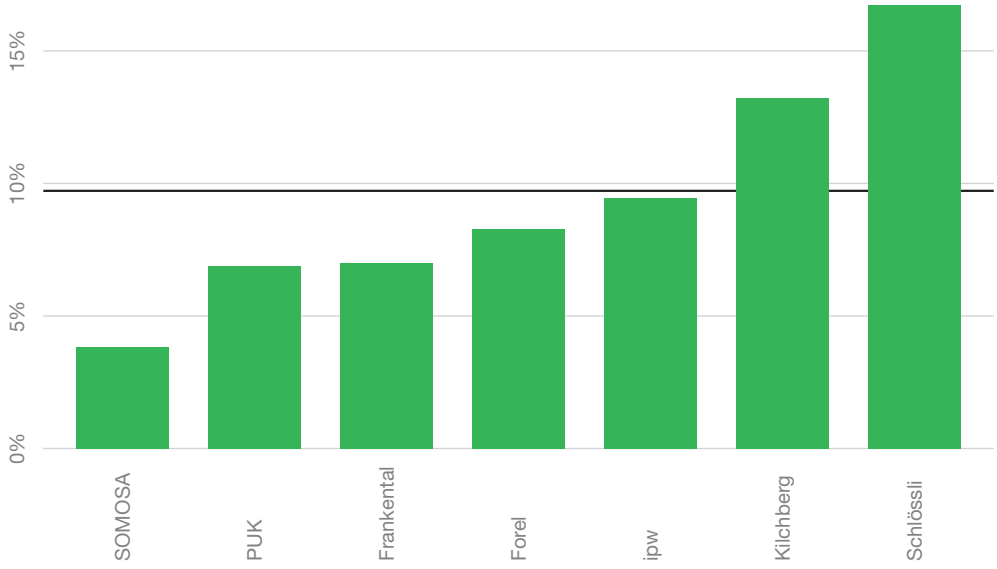
Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife
Provisorische Tarife
Stand: 21. November 2019

Quelle: Übersicht stationäre Tarife, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Leistungsfähigkeit der Zürcher Psychiatriekliniken (EBITDAR-Marge)

Die operative Leistungsfähigkeit eines Betriebes kann unter anderem durch die EBITDAR-Marge (Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent Cost) beurteilt werden. Für die Berechnung dieser Kennzahl werden zum Jahresgewinn der Steuer- und Zinsaufwand, die Abschreibungen und die Mietzinse dazu addiert. Die Mietzinse werden hier berücksichtigt, damit die Anlagenutzungskosten unabhängig von den Besitzverhältnissen vergleichbar abgebildet werden. Wird dieser Betrag ins Verhältnis zum erzielten Umsatz gesetzt, erhält man schliesslich die EBITDAR-Marge.

Abbildung P14: EBITDAR-Margen der Psychiatriekliniken der Zürcher Spitalliste 2018

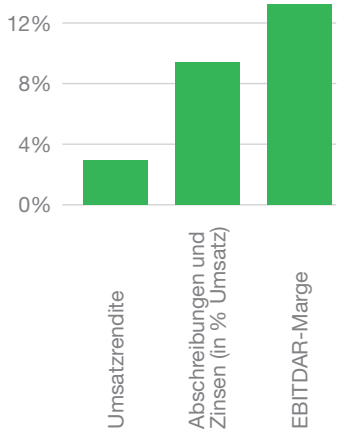


Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Die EBITDAR-Marge über alle Psychiatriekliniken der Zürcher Spitalliste beträgt knapp zehn Prozent (schwarze Linie in Abbildung P14). Dieser Wert liegt bei der oft genannten Zielgrösse in der Schweizer Spitalbranche.
Es fällt auf, dass vor allem die Clienia Schlössli eine hohe EBITDAR-Marge von über 15 Prozent ausweist. Wenn die Mietkosten der Clienia Schlössli von knapp 10 Millionen Franken, die innerhalb des Konzerns verrechnet werden, in der Kalkulation nicht berücksichtigt würden, läge die Marge bei 6 Prozent.

Am Beispiel des Sanatoriums Kilchberg soll der Zusammenhang zwischen der EBITDAR-Marge und der Umsatzrendite dargestellt werden. Das Sanatorium Kilchberg weist eine EBITDAR-Marge von 13 Prozent auf und erwirtschaftet eine Umsatzrendite von 2,9 Prozent. Die Differenz liegt hauptsächlich in den Abschreibungs- und Zinskosten, die 9,4 Prozent des Umsatzes entsprechen (s. Abbildung P15). Generell gilt: Je höher die Anlageintensität eines Betriebes, desto höher sollte die EBITDAR-Marge sein, damit die operative Leistungsfähigkeit mittel- und langfristig gesichert ist.

Abbildung P15: EBITDAR und Umsatzrendite des Sanatoriums Kilchberg 2018



Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

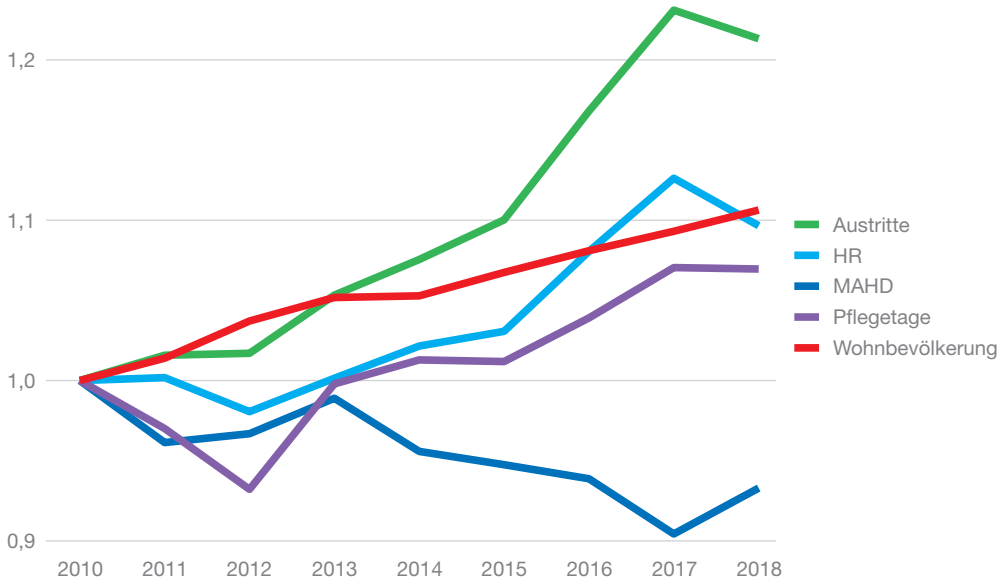
4.5 Psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung

In diesem Kapitel stehen nicht mehr direkt die Zürcher Psychiatrieklinikken im Fokus. Stattdessen liegt das Augenmerk auf der Zürcher Wohnbevölkerung. Wenn beispielsweise Aussagen zur psychiatrischen Versorgung der Psychiatrieregion Zürcher Oberland gemacht werden, so sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Region Zürcher Oberland gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen.
Diese ergänzende Perspektive soll insbesondere zeigen, wo sich die Zürcher Bevölkerung behandeln lässt. Somit werden in den folgenden Betrachtungen auch alle Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern mitberücksichtigt.

Bisherige Entwicklung 2010 bis 2018

Die Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen der Zürcher Bevölkerung wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Hospitalisierungsrate (HR, Anzahl Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) und der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) beeinflusst. Im Zeitraum von 2010 bis 2018 ist im Bereich der psychiatrischen Versorgung folgende Entwicklung zu verzeichnen (s. Abbildung P16).

Abbildung P16: Entwicklung der Patientenzahlen und Pflegetage 2010 bis 2018 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Fallzahl der Zürcher Patientinnen und Patienten ist von 2010 bis 2018 insgesamt um 21 Prozent gestiegen. Im Jahr 2010 wurden 12 295 Zürcher Patientinnen und Patienten psychiatrisch behandelt, 2018 sind es 14 916.
Die Fallzunahme zwischen 2010 und 2018 ist unter anderem auf das Bevölkerungswachstum im Kanton Zürich zurückzuführen: Die Zürcher Wohnbevölkerung ist zwischen 2010 und 2018 um knapp 11 Prozent gewachsen. Aufgrund der stärkeren Zunahme der psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten ist in diesem Zeitraum auch die Hospitalisierungsrate gestiegen (+10 Prozent). Die mittlere Aufenthaltsdauer ist seit 2010 um 7 Prozent gesunken.
Während sich in der Akutsomatik die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter der Personen stetig erhöht, ist dies bei den psychiatrischen Hospitalisierungen etwas anders: Die 20- bis 64-Jährigen beanspruchen häufiger eine psychiatrische Behandlung als die über 65-Jährigen (s. Abbildung P17). In der Altersgruppe der über 80-jährigen Zürcher Bevölkerung wiederum werden 2018 10,3 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner psychiatrisch stationär hospitalisiert. Deshalb kommt neben der psychiatrischen Versorgung der erwerbsfähigen Bevölkerung auch der gerontopsychiatrischen Versorgung eine wichtige Bedeutung zu.

Abbildung P17: Hospitalisierungsrate pro Altersgruppe 2018

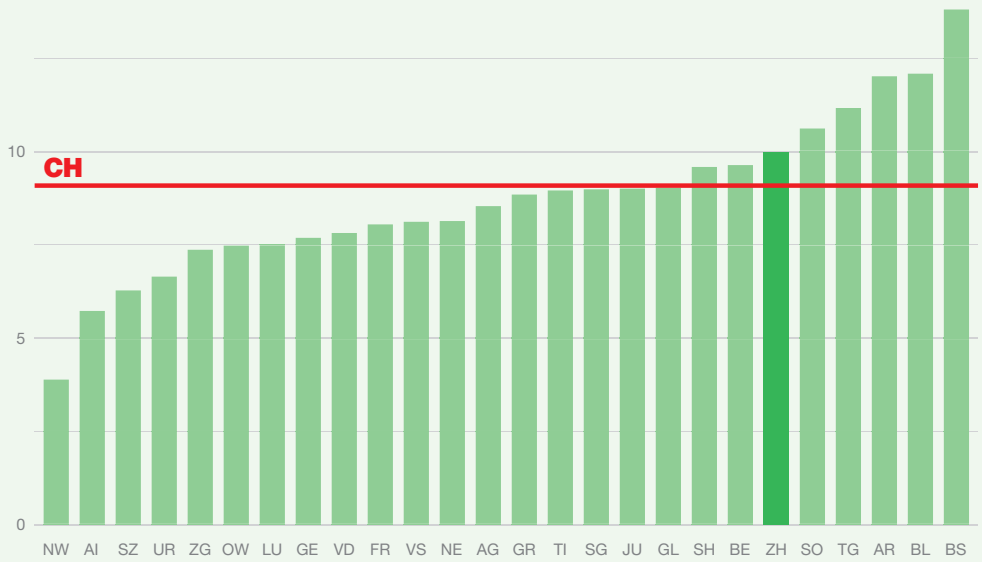
Altersgruppe	pro 1000 Einwohner
0–19	4,2
20–39	12,7
40–64	11,5
65–79	7,3
80+	10,3
Total	**9,8**

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Zürcher Hospitalisierungsrate im Vergleich mit anderen Kantonen

Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) sind im Jahr 2017 rund zehn von 1000 Zürcherinnen und Zürchern stationär psychiatrisch behandelt worden. Im schweizweiten Vergleich befindet sich die Hospitalisierungsrate der Zürcher Bevölkerung leicht über dem Schweizer Durchschnitt, der bei neun von 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt (s. Abbildung P18).

Abbildung P18: Kantonale Hospitalisierungsraten 2017



Quelle: Obsan (2019)

Zürcher Bevölkerung nach Psychiatrieregionen

Seit 2010 ist der Kanton Zürich in vier Psychiatrieregionen unterteilt: Zürich, Winterthur-Zürcher Unterland (Winterthur-Unterland), Zürcher Oberland (Oberland) und Horgen-Affoltern (Horgen).

5564 der Zürcher Patientinnen und Patienten stammen aus der Psychiatrieregion Zürich. Dies ist mehr als ein Drittel aller Zürcherinnen und Zürcher mit einer stationären psychiatrischen Behandlung im Jahr 2018. Die Psychiatrieregion Winterthur-Unterland ist mit 4464 Patientinnen und Patienten die zweitgrösste Region. Dass diese beiden Psychiatrieregionen den grössten Anteil der Patientinnen und Patienten verzeichnen, entspricht auch ihrem jeweiligen Bevölkerungsanteil im Kanton Zürich.

Die regionalen Unterschiede sind generell eher klein (s. Abbildung P19). So unterscheidet sich das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten aus den einzelnen Regionen kaum. Das Durchschnittsalter ist in der Region Winterthur-Unterland mit 42 Jahren am tiefsten und in Zürich und Horgen mit 45 Jahren am höchsten. Die Hospitalisierungsrate ist über die Regionen hinweg relativ ähnlich und variiert zwischen 9,5 und 10,1 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, wobei sie in der Region Horgen am höchsten ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer reicht in den Regionen von 30 bis 35 Tagen, wobei sie in Zürich am höchsten und in Horgen am tiefsten ist.

Abbildung P19: Patientenmerkmale nach Psychiatrieregionen 2018

	Austritte	Ø-Alter [Jahre]	HR [1000 Einw.]	MAHD [Tage]
Zürich	5 564	45	9,9	35
Winterthur-Unterland	4 464	42	9,5	34
Oberland	3 052	44	10,0	33
Horgen	1 809	45	10,1	30
Total Kanton Zürich	**14 889**	**44**	**9,8**	**33**

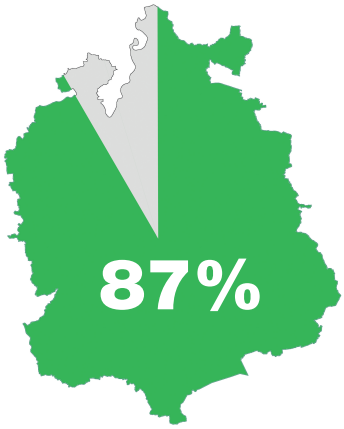
Quelle: Medizinische Statistik BFS

4.6 Patientenmigration

Interkantonale Patientenmigration 2018

Im Jahr 2018 haben sich gut 87 Prozent aller Zürcher Patientinnen und Patienten in Kliniken innerhalb des Kantons psychiatrisch behandeln lassen. 2011 waren es noch 95 Prozent. Im Jahr 2018 haben also knapp 13 Prozent bzw. 1894 Patientinnen und Patienten ein ausserkantonales stationäres Angebot in Anspruch genommen. Die ausserkantonalen Hospitalisierungen sind hauptsächlich in den Kantonen Thurgau (521 Fälle), Aargau (212 Fälle) und Zug (196 Fälle) erfolgt. Von den 1894 Zürcher Patientinnen und Patienten, die 2018 ausserkantonal stationär behandelt worden sind, sind 728 (38 Prozent) in den vier ausserkantonalen Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag hospitalisiert gewesen: 355 sind in der Clienia Privatklinik Littenheid (TG), 168 im Psychiatriezentrum Breitenau (SH), 164 in der Klinik Meissenberg (ZG), und 41 in der Klinik Sonnenhof (SG) behandelt worden. Die Kliniken Littenheid und Sonnenhof sind auf Kinder und Jugendliche spezialisiert; in diesem Bereich sind die stationären Behandlungsplätze im Kanton Zürich nach wie vor eher knapp bemessen (vgl. auch Kapitel 4.1).

Abbildung P20: Anteil innerkantonaler Psychiatriebehandlungen 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Mehrheit der Zürcher Patientinnen und Patienten lässt sich im Kanton Zürich behandeln.

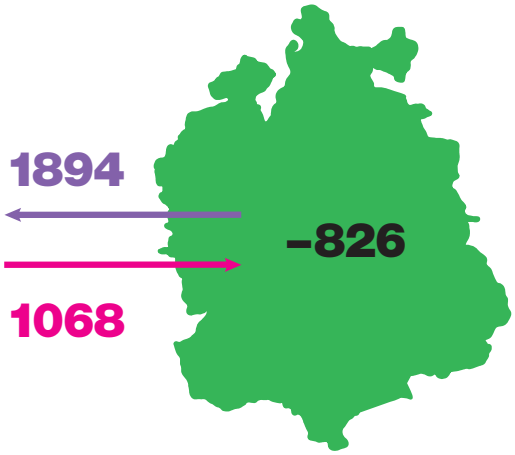
Patientenemigration

Der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten unterscheidet sich kaum zwischen den Psychiatrieregionen. Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrieregion Zürich haben sich mit 10 Prozent am wenigsten ausserkantonal behandeln lassen. In der Region Winterthur-Unterland ist der Anteil mit 15 Prozent am höchsten.

Patientenimmigration

Gut 7 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen stammen nicht aus dem Kanton Zürich. Diese Patientinnen und Patienten wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen (vgl. auch Kapitel 4.2). Am meisten Personen kommen aus dem Kanton Aargau (212 Fälle) und dem Kanton St. Gallen (125 Fälle).

Abbildung P21: Interkantonale Patientenmigration 2018



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung P22: Anteil der Bevölkerung einer Psychiatrieregion, der sich in einer Klinik der gleichen Psychiatrieregion behandeln lässt, 2018

Region	Eigenversorgungsgrad [in %]
Zürich	57
Winterthur-Unterland	55
Oberland	53
Horgen	51

Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

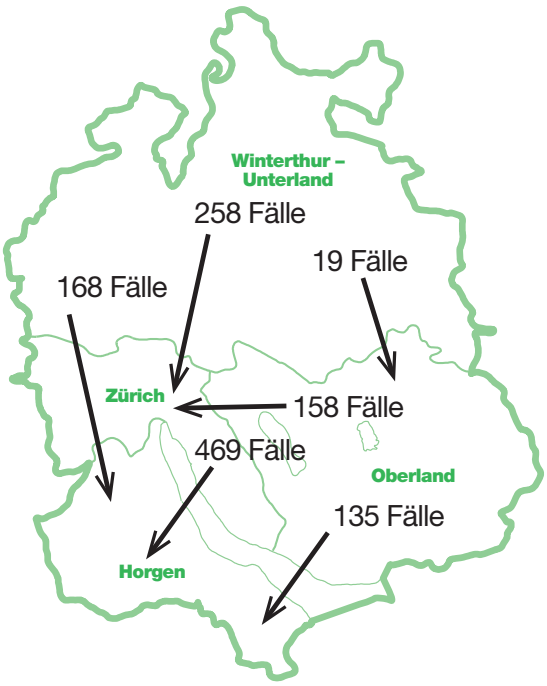
Behandlungen in den Psychiatrieregionen

Über die Hälfte der Zürcher Patientinnen und Patienten lässt sich innerhalb der eigenen Psychiatrieregion behandeln. Der «Eigenversorgungsgrad» unterscheidet sich nur beschränkt zwischen den einzelnen Regionen (s. Abbildung P22). In den Psychiatrieregionen Zürich und Winterthur-Unterland lassen sich jeweils 57 bzw. 55 Prozent der dort wohnhaften Patientinnen und Patienten behandeln. In der Region Horgen liegt der Wert mit 51 Prozent am tiefsten.

Nettomigration zwischen den Psychiatrieregionen

Die innerkantonale Migration der psychiatrischen Patientinnen und Patienten nach Zürich ist nicht in gleicher Weise ausgeprägt wie in der Akutsomatik (vgl. Kapitel 2.7). Die Migration zwischen den Psychiatrieregionen findet in unterschiedliche Richtungen statt.
Abbildung P23 stellt diese Patientenwanderung zwischen den einzelnen Psychiatrieregionen grafisch dar. Die in der Abbildung gezeichneten Pfeile zeigen die Nettowanderung der Patientinnen und Patienten zwischen zwei verschiedenen Psychiatrieregionen. Beispielsweise stellt ein Pfeil von der Region Winterthur-Unterland nach Zürich dar, dass sich mehr Patientinnen und Patienten wohnhaft in der Region Winterthur-Unterland in der Region Zürich behandeln lassen, als dies umgekehrt der Fall ist. Im Jahr 2018 beträgt die Wanderungsbilanz zwischen den Regionen Winterthur-Unterland und Zürich 258; das heisst, es haben sich 258 Patientinnen und Patienten mehr von Winterthur-Unterland nach Zürich begeben, um sich dort behandeln zu lassen, als umgekehrt. Zwischen den Psychiatrieregionen Zürich und Horgen beträgt die Nettobilanz 469. Es sind also 469 Einwohnerinnen und Einwohner mehr aus der Region Zürich, die sich in Horgen stationär behandelt lassen haben, als dies Einwohnerinnen und Einwohner aus Horgen in Zürich gemacht haben.

Abbildung P23: Innerkantonale Nettomigration 2018



Quellen: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA