



**Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion**

Zürcher Spitalplanung 2023

Strukturbericht

**Vernehmlassungsversion
März 2022**

Herausgeber

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Tel. +41 43 259 24 19
spitalplanung@gd.zh.ch
zh.ch/gesundheitsdirektion

März 2022

Vorwort

Liebe Leserin
Lieber Leser

Die neue Spitalplanung des Kantons Zürich soll für eine fokussierte, evidenzbasierte, bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Patientenversorgung der Zukunft sorgen. Gegenwärtige und zu erwartende künftige Entwicklungen, die das Gesundheitswesen beeinflussen und verändern können, gilt es zu berücksichtigen. Wesentliche Herausforderungen ergeben sich dabei insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, der gesellschaftlichen Veränderungen, der epidemiologischen Entwicklung, des medizintechnischen Fortschritts und des Kostenwachstums.

Im Bereich der Akutsomatik erfolgt zur Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung eine Konzentration der Leistungen und Leistungserbringer. Es gilt, bestehende Infrastrukturen nachhaltig zu nutzen, unwirtschaftlichen Erweiterungen entgegenzuwirken und damit sowohl Unter- wie auch Fehl- und Überversorgung zu verhindern. Ausserdem sind die Strukturen an die laufenden Entwicklungen anzupassen, beispielsweise die Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Eingriffen oder der effiziente und nachhaltige Einsatz von knappen Personalressourcen.

Eine zentrale Innovation im Rahmen der Spitalplanung 2023 ist die Einführung neuer Leistungsgruppenmodelle in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation. Damit wird eine bessere Abbildung der Versorgungsstruktur ermöglicht und die Basis für die Konzentration spezialisierter Leistungen geschaffen.

In der Psychiatrie wird die Behandlungsqualität durch umfassendere Anforderungen an die Listenspitäler und durch die Konzentration von spezialisierten Leistungen erhöht. Die bedarfsgerechte stationäre Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch die Vergabe von Leistungsaufträgen an einen zusätzlichen Spitalstandort sichergestellt.

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt auch die Multimorbidität von Rehabilitationspatientinnen und -patienten zu. Wir begegnen diesen Herausforderungen, in dem wir die bestehenden, grösstenteils wohnortsfernen und seit längerer Zeit bewährten stationären Versorgungsstrukturen der Rehabilitation um neue, integrierte Rehabilitationsangebote in bevölkerungsdichtem Gebiet des Kantons Zürich erweitern, u.a. mit einem Leistungsauftrag für geriatrische Rehabilitation an ein überregionales Kompetenzzentrum für Altersmedizin.

Vorliegend halten Sie den Strukturbericht mit den provisorischen Zürcher Spitallisten 2023 der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation in Ihren Händen. Dieser zeigt auf, welche Spitäler die Anforderungen für die Vergabe eines Leistungsauftrages am besten erfüllen und daher in Übereinstimmung mit dem Versorgungsbedarf künftig die entsprechenden medizinischen Leistungen für die Zürcher Bevölkerung erbringen sollen. Im Namen der Gesundheitsdirektion danke ich allen interessierten Leistungserbringern für die eingereichten Bewerbungen.

Zum Strukturbericht wird eine breite Vernehmlassung durchgeführt. Sie sind eingeladen, zu diesem Bericht und den provisorischen Zürcher Spitallisten 2023 Stellung zu nehmen. Die Rückmeldungen werden in angemessener Form bei der definitiven Fassung des Strukturberichts und der Zürcher Spitallisten 2023, welche im August 2022 durch den Regierungsrat festgesetzt werden, berücksichtigt.

Wir sind überzeugt, mit den im Strukturbericht vorgestellten Anpassungen und Leistungsauftragszuteilungen eine gute Basis für eine auch künftig gut aufgestellte, zukunftsfähige Spitalversorgung im Kanton Zürich zu schaffen. Die Bevölkerung soll jederzeit einen guten Zugang zu wirksamen, zweckmässigen und somit bezahlbaren medizinischen Leistungen haben. Oder um es auf den Punkt zu bringen: Die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort und in hoher Qualität.

Regierungsrätin Natalie Rickli
Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich

Inhalt

Vorwort	3
A. Zusammenfassung	11
B. Überblick über die Zürcher Spitalplanung	15
1. Bisherige Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten	16
2. Rahmenbedingungen	17
2.1 Gesetzliche Grundlagen	17
2.2 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)	17
2.3 SPFG und Revision	19
2.4 Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	20
3. Projekt Spitalplanung 2023	23
3.1 Übersicht	23
3.2 Vision und Strategie	24
3.3 Umsetzungsetappen	25
4. Koordination mit anderen Kantonen	26
5. Aufbau des Strukturberichtes	26
C. Akutsomatik	27
1. Leistungsgruppensystematik	28
1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen	28
1.2 Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik	28
1.3 Leistungsgruppen im Überblick	30
1.4 IVHSM Leistungsgruppen	34
2. Bedarfsprognose	35
2.1 Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen	35
2.1.1 Datenbasis	35
2.1.1.1 Datenquellen	35
2.1.1.2 Generierung der Datensätze	35
2.1.1.3 Darstellungsebenen	37
2.1.1.4 Datenqualität und -konsistenz	37
2.1.2 Grundsätze der Bedarfsprognose	38
2.1.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum	38
2.1.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren	38
2.2 Bisherige Nachfrage	46
2.2.1 Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019	46
2.2.2 Nachfragestruktur 2019	47
2.2.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen	47
2.2.2.2 Analyse nach Altersgruppen	47
2.2.2.3 Analyse nach Wohnregionen	48
2.3 Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)	50
2.3.1 Auswirkungen der Einflussfaktoren	50
2.3.2 Bedarf 2032 – Akutsomatik	51
2.3.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2032	51
2.3.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen	51
2.3.2.3 Prognose nach Altersgruppen	53
2.3.2.4 Prognose nach Wohnregionen	54
2.4 Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich	54

3.	Evaluationskriterien	56
3.1	Anforderungen im Allgemeinen	56
3.2	Evaluationskriterium Qualität	57
3.3	Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	57
3.4	Evaluationskriterium Zugänglichkeit	59
3.5	Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick	59
4.	Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen	60
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	60
4.2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	60
5.	Evaluationsverfahren	63
5.1	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	63
5.2	Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer	66
5.2.1	Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen	66
5.2.2	Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen	66
5.2.3	Prüfung der Wirtschaftlichkeit	66
5.2.4	Prüfung der weiteren Anforderungen	70
5.2.5	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	73
5.3	Ergebnis	74
6.	Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik	83
D.	Psychiatrie	87
1.	Leistungsgruppensystematik	88
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppensystematik	88
1.2	Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik	88
1.3	Leistungsgruppensystematik im Überblick	88
2.	Bedarfsprognose	93
2.1	Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen	93
2.1.1	Datenbasis	93
2.1.1.1	Datenquellen	93
2.1.1.2	Generierung der Datensätze	93
2.1.1.3	Darstellungsebenen	94
2.1.1.4	Datenqualität und -konsistenz	95
2.1.2	Grundsätze der Bedarfsprognose	96
2.1.2.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	96
2.1.2.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	96
2.2	Bisherige Nachfrage	103
2.2.1	Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019	103
2.2.2	Nachfragestruktur 2019	104
2.2.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	104
2.2.2.2	Analyse nach Altersgruppen	104
2.2.2.3	Analyse nach Wohnregionen	105

2.3	Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)	106
2.3.1	Auswirkungen der Einflussfaktoren	106
2.3.2	Bedarf 2032 – Psychiatrie	106
2.3.2.1	Übersicht prognostizierter Bedarf 2032	106
2.3.2.2	Prognose nach Leistungsbereichen	107
2.3.2.3	Prognose nach Altersgruppen	109
2.3.2.4	Prognose nach Wohnregionen	110
2.4	Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich	111
3.	Evaluationskriterien	113
3.1	Anforderungen im Allgemeinen	113
3.2	Evaluationskriterium Qualität	113
3.3	Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	113
3.4	Evaluationskriterium Zugänglichkeit	115
3.5	Leistungsspezifische Anforderungen Psychiatrie	115
3.5.1	Auftragstyp	115
3.5.2	Leistungsbereiche und -gruppen	117
3.5.3	Altersbereiche	118
4.	Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen	119
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	119
4.2	Übersicht über die definitiven Bewerbungen	120
5.	Evaluationsverfahren	123
5.1	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	123
5.2	Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer	124
5.2.1	Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen	124
5.2.2	Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen	124
5.2.3	Prüfung der Wirtschaftlichkeit	125
5.2.4	Prüfung der weiteren Anforderungen	129
5.2.5	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	133
5.3	Ergebnis	134
6.	Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie	138
E.	Rehabilitation	141
1.	Leistungsgruppensystematik	142
1.1	Anforderungen an die Leistungsgruppensystematik	144
1.2	Erarbeitung der Leistungsgruppensystematik	144
1.3	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	145
1.3.1	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation im Überblick	145
1.3.2	Leistungsbereiche und -gruppen	147
1.3.3	Querschnittsbereiche	150
1.3.4	Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells	151

2.	Bedarfsprognose	152
2.1	Datengrundlage und allgemeines Vorgehen	152
2.1.1	Datenbasis	152
2.1.1.1	Datenquellen	152
2.1.1.2	Generierung der Datensätze	152
2.1.1.3	Darstellungsebenen	154
2.1.1.4	Datenqualität und –konsistenz	154
2.1.2	Grundsätze der Bedarfsprognose	155
2.1.2.1	Prognosetechnik und Prognosezeitraum	155
2.1.2.2	Prognosemodell und Einflussfaktoren	155
2.2	Bisherige Nachfrage	162
2.2.1	Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019	162
2.2.2	Nachfragestruktur 2019	163
2.2.2.1	Analyse nach Leistungsbereichen	163
2.2.2.2	Analyse nach Altersgruppen	164
2.2.2.3	Analyse nach Wohnregionen	164
2.3	Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)	165
2.3.1	Auswirkungen der Einflussfaktoren	165
2.3.2	Bedarf 2032 – Rehabilitation	165
2.3.2.1	Übersicht prognostizierter Bedarf 2032	165
2.3.2.2	Prognose nach Leistungsbereichen	166
2.3.2.3	Prognose nach Altersgruppen	167
2.3.2.4	Prognose nach Wohnregionen	167
2.4	Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich	168
3.	Evaluationskriterien	170
3.1	Anforderungen im Allgemeinen	170
3.2	Evaluationskriterium Qualität	170
3.3	Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit	170
3.4	Evaluationskriterium Zugänglichkeit	172
3.5	Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation	172
4.	Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen	173
4.1	Ablauf Bewerbungsverfahren	173
4.2	Übersicht der definitiven Bewerbungen	174
5.	Evaluationsverfahren	177
5.1	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	177
5.2	Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer	179
5.2.1	Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen	179
5.2.2	Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen	179
5.2.3	Prüfung der Wirtschaftlichkeit	179
5.2.4	Prüfung der weiteren Anforderungen	183
5.2.5	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	185
5.3	Ergebnis	186
5.3.1	Allgemeines zur bedarfsgerechten Auswahl der Bewerberinnen	186
5.3.2	Auswahl im Einzelnen	188
6.	Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation	198

F. Ausblick	201
1. Vernehmlassungsverfahren und Festsetzung der Zürcher Spitallisten 2023	202
2. Datenlieferung über SDEP und jährliches Leistungscontrolling	202
3. Spitalplanung als rollende Planung	203
G. Anhang	205
1. Zuteilung zu den Wohnregionen	206
2. Glossar und Verzeichnisse	208
2.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis	208
2.2 Abkürzungen und Symbole in Abbildungen	213
2.3 Abbildungsverzeichnis	213

A

Zusammenfassung

Der vorliegende Strukturbericht ist das Ergebnis der zweiten Etappe - dem Bewerbungs- und Evaluationsverfahren - im Rahmen des Projektes Zürcher Spitalplanung 2023. Die erste Etappe wurde im Juni 2021 mit der Publikation des Versorgungsberichts abgeschlossen. Damals stand die Frage im Zentrum, welche stationären medizinischen Leistungen für die Zürcher Bevölkerung in Zukunft benötigt werden. Der heute vorliegende Bericht zeigt, welche Spitäler und Kliniken voraussichtlich auf den neuen Spitallisten aufgeführt werden und somit ab 2023 einen Leistungsauftrag erhalten sollen.

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens nahm die Gesundheitsdirektion vom 1. Juli 2021 bis 14. September 2021 Bewerbungen interessierter Leistungserbringer entgegen. Die eingegangenen Bewerbungen bezeugen das grosse Interesse der Leistungserbringer im Kanton Zürich, aber auch über die Kantonsgrenzen hinaus, an einem Zürcher Listenplatz. Offene Fragen beider Seiten konnten im konstruktiven Austausch im Rahmen der strukturierten Bewerbungsgespräche geklärt werden.

Die eingereichten Bewerbungen wurden gemäss bundesrechtlichen und kantonalen Vorgaben evaluiert. Unter Berücksichtigung der strategischen Ausrichtung der Versorgungsstrukturen für die Zürcher Bevölkerung soll die Vergabe der Leistungsaufträge an Leistungserbringer erfolgen, die sämtliche Anforderungen bestmöglich erfüllen. Die provisorischen Spitallisten bilden für die drei Fachbereiche ab, wie ab 2023 die qualitativ hochstehende, gut zugängliche, bedarfsgerechte, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Zürcher Bevölkerung mit stationären Leistungen erfolgen soll.

Akutsomatik

Insgesamt wird bis 2032 ein Wachstum der Austritte um 15,6 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche prognostiziert. Diese Zunahme ist hauptsächlich auf die erwartete demografische Entwicklung zurückzuführen, andere Faktoren im Prognosemodell schwächen diesen Effekt leicht ab. Diesen Bedarf gilt es mit bestmöglich geeigneten Leistungserbringern zu decken. Für stationäre Leistungsaufträge der Akutsomatik haben insgesamt 25 Standorte ihre Bewerbungsunterlagen eingereicht, darunter ein Interessent ohne bisherigen Leistungsauftrag auf der Spitalliste Akutsomatik. Die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik führt mit 24 Standorten sowohl Akutspitäler wie auch Elektivspitäler und Geburtshäuser auf. Zur Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung erfolgt im Bereich der Akutsomatik eine Konzentration der Leistungen und Leistungserbringer. Insbesondere gilt es, bestehende Infrastrukturen nachhaltig zu nutzen, die Strukturen an die laufenden Entwicklungen anzupassen, unwirtschaftlichen Erweiterungen entgegenzuwirken und folglich sowohl Unter- wie auch Fehl- und Überversorgung zu verhindern.

Psychiatrie

Im Fachbereich Psychiatrie wird bis 2032 insgesamt ein Wachstum der Austritte um 12,6 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche prognostiziert. Diesen Bedarf gilt es mit bestmöglich geeigneten Leistungserbringern zu decken. Für stationäre Leistungsaufträge der Psychiatrie haben insgesamt 31 Standorte ihre Bewerbungsunterlagen eingereicht, davon sind fünf Standorte ohne bisherigen Leistungsauftrag auf der Spitalliste Psychiatrie. Neben sämtlichen bisherigen Leistungserbringern haben sich auch Spitäler und Kliniken beworben, die bisher nicht auf der Zürcher Spitalliste figurierten. Die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie mit den 24 Standorten zeichnet sich durch eine bessere Abbildung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen mit einer Unterteilung in Auftragsstypen aus.

Durch die umfassenderen Anforderungen an die Leistungserbringer und der Konzentration spezialisierter Leistungen wird im Fachbereich Psychiatrie künftig die Behandlungsqualität erhöht. Zudem wird durch die Vergabe von Leistungsaufträgen an einen zusätzlichen Spitalstandort die bedarfsgerechte stationäre Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt.

Rehabilitation

Bis 2032 wird insgesamt ein Wachstum der Austritte um 23,9 Prozent über sämtliche Leistungsbereiche prognostiziert. Diesen Bedarf gilt es mit bestmöglich geeigneten Leistungserbringern zu decken. Für stationäre Leistungsaufträge der Rehabilitation haben insgesamt 33 Standorte ihre Bewerbungsunterlagen eingereicht, davon sind zehn Standorte ohne bisherigen Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation. Die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation mit 21 Standorten zeichnet sich durch eine patientengerechte Versorgung aus. Es werden zusätzliche integrierte und wohnortnahe Versorgungsangebote geschaffen, die Altermedizinische Versorgung wird gefördert und über die Konzentration von spezialisierten Leistungen wird die Behandlungsqualität erhöht. Mit der neuen Spitalliste werden zudem weiterhin auch ausserkantonale bestehende und bewährte Leistungserbringer berücksichtigt.

Weiteres Vorgehen

Zum Bericht wird vom 15. März 2022 bis zum 14. Mai 2022 eine breite Vernehmlassung durchgeführt. Gestützt auf die Vernehmlassungsergebnisse sollen die Zürcher Spitallisten 2023 im August 2022 durch den Regierungsrat definitiv per 1. Januar 2023 festgesetzt werden.

B

Überblick über die Zürcher Spitalplanung

- 1 Bisherige Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten
- 2 Rahmenbedingungen
- 3 Projekt Spitalplanung 2023
- 4 Koordination mit anderen Kantonen
- 5 Aufbau des Strukturberichtes

Dieses Kapitel listet die bisherigen Planungsrounds auf und fasst die der Leistungsgruppen-systematik zugrundeliegende Vision und Strategie des Kantons Zürich zur Spitalplanung 2023 zusammen. Details können dem Versorgungsbericht zur Spitalplanung 2023, publiziert im Juni 2021, entnommen werden.

1. Bisherige Zürcher Spitalplanungen und Spitallisten

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

- 1947 1947 veröffentlichte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Zürich einen ersten Plan für den Ausbau des Krankenhauswesens. Dieser Plan stellte die erste kantonale Spitalplanung dar.
- 1957/1965 In den Jahren 1957 und 1965 wurden neue Planungen erstellt. Die Planung 1965 ging noch von stark steigenden Bevölkerungszahlen aus und sah in den Regionen zahlreiche Neubauten sowie Erweiterungen bestehender Krankenhäuser vor. In den Sechzigerjahren änderten sich die Planungsgrundlagen, da die Wohnbevölkerung stagnierte, das Durchschnittsalter anstieg und neue Suchtkrankheiten auftraten.
- 1978 Die Krankenhausplanung 1978 hatte diesen Umständen Rechnung zu tragen. Die fortschreitende Alterung, die Ausbreitung von Suchtkrankheiten und die sprunghafte medizintechnische Entwicklung forderten in der zweiten Hälfte der Achtzigerjahre eine erneute Überarbeitung.
- 1991 Die Krankenhausplanung 1991 beruhte auf der Planung 1978, wurde jedoch in vielen Bereichen verfeinert, präzisiert und durch medizinische Fachkonzepte ergänzt.
Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in Kraft getreten am 01.01.1996, wurden die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und darauf abgestützt eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen.
- 1998 Die der Spitalliste 1998 in der Folge zugrunde gelegte Spitalplanung basierte grundsätzlich auf der Zürcher Krankenhausplanung 1991 und war in drei Stufen gegliedert: eine hochspezialisierte Versorgung, die durch die Universitätsspitäler erbracht wird; die spezialisierte Versorgung, die durch die Zentral- und Universitätsspitäler sichergestellt wird; die stationäre Grundversorgung, die durch regionale Schwerpunktspitäler und teilweise durch die Zentral- und Universitätsspitäler wahrgenommen wird. Wenn der ermittelte Bedarf nicht vollumfänglich oder sinnvoll durch die auf der Liste aufgeführten Spitäler gedeckt werden konnte, erhielten wie zuvor inner- und ausserkantonale Ergänzungsspitäler Leistungsaufträge, um Zürcher Kantonseinwohnerinnen und -einwohner in der allgemeinen Abteilung zu behandeln. Seit der erstmaligen Festsetzung der Zürcher Spitalliste im Juni 1997 wurde diese mehrmals angepasst.
- 2012 Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 1. Januar 2009 (neue Spitalfinanzierung) führte zu einem umfassenden Revisionsbedarf bei der kantonalen Spitalplanung. Der Kanton Zürich hat mit der Inkraftsetzung des Spitalplanungs- und finanzierungsgesetzes (SPFG) auf den 1. Januar 2012 die kantonalen Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Zürcher Spitalplanung und -finanzierung geschaffen. Gestützt darauf hat der Regierungsrat auf den 1. Januar 2012 eine umfassende leistungsorientierte Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt bzw. abgeschlossen, den Spitalern und Kliniken Leistungsaufträge erteilt und die Spitallisten 2012 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation erlassen. Das revidierte Krankenversicherungsgesetz liess den Kantonen einen gewissen Spielraum in Bezug auf das Ausmass an planerischen Eingriffen. Der Zürcher Regierungsrat entschied sich, den Akteuren möglichst viel Handlungsspielraum zu belassen und nur soweit nötig planerisch einzugreifen. Mit der Spitalplanung sollte in erster Linie dort steuernd eingegriffen werden, wo der Wettbewerb nicht funktionierte und deshalb mit planerischen Massnahmen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden konnten.

Um die Spitallisten aktuell zu halten, wurden jeweils jährlich kleinere Anpassungen und Korrekturen daran vorgenommen. Grössere bzw. konzeptionelle Anpassungen der Spitallisten ohne neue Bedarfsberechnungen erfolgten seither zweimal, auf den 1. Januar 2015 und den 1. Januar 2018.¹ Inzwischen nähert sich die 2012 auf rund zehn Jahre angelegte Spitalplanungsperiode dem Ende. Der Regierungsrat hat die Gesundheitsdirektion deshalb beauftragt, eine neue Spitalplanung mit umfassender Bedarfsabklärung, Wirtschaftlichkeitsprüfung aller Leistungserbringer und interkantonalen Koordination an die Hand zu nehmen.² Die Versorgungsstruktur ist auf eine neue, wiederum rund zehnjährige Planungsperiode hin umfassend zu überprüfen und zu aktualisieren. Seit der letzten umfassenden Planung der Spitallisten im Kanton Zürich hat sich auch das Umfeld weiterentwickelt und verändert. So ergaben sich insbesondere Anpassungen in der Tariflandschaft mit der Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems seit der Einführung im Jahr 2012 sowie mit der Einführung eines pauschalierenden Systems in der Psychiatrie (TARPSY) im Jahr 2018. Mit der geplanten Einführung des Tarifs ST Reha wird auch der dritte Leistungsbereich einen Systemwechsel erfahren. Auch die Revision von bundesrechtlichen Erlassen im Bereich der Krankenversicherungsgesetzgebung wirkt sich auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich aus (vgl. Kapitel B 2.2).

2. Rahmenbedingungen

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Auf Stufe Bund sind die rechtlichen Grundlagen für die Planung und den Erlass der Spitallisten im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) zu finden. Im Kanton Zürich sind die gesetzlichen Grundlagen im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG; in Kraft seit 1. Januar 2012) verankert. Relevant sind auch die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 25. Mai 2018 (vgl. Kapitel B 2.5).³ Bei der Spitalplanung gelten – wie bei jedem behördlichen Handeln – die allgemeinen Prinzipien des Verwaltungsrechts wie beispielsweise der Grundsatz der rechtsgleichen Behandlung und des rechtlichen Gehörs. Sowohl auf Bundes- als auch kantonaler Ebene sind kürzlich Gesetzesrevisionen erfolgt, die sich auf die Spitalplanung wesentlich auswirken.

2.2 Bundesrechtliche Grundlagen (KVG, KVV und VKL)

Nach Bundesrecht sind die Kantone verpflichtet, mittels einer interkantonal koordinierten Planung eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen und eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e und Abs. 2 KVG). Der Bundesrat hat einheitliche Planungskriterien zu erlassen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Diesem Auftrag ist der Bundesrat mit Erlass der Art. 58a–58f KVV nachgekommen; er hat die Bestimmungen auf den 1. Januar 2022 revidiert und erweitert. Gemäss den bundesrechtlichen Planungskriterien haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen, ferner den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Art. 58b Abs. 4 KVV).

Die Nennung der zentralen Planungskriterien der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit führt zu einem Rückverweis auf das KVG. Die dort genannten Verpflichtungen der Leistungserbringer – letztlich allesamt Voraussetzungen für die Möglichkeit zur Abrechnung gegenüber den Krankenversicherern – dürfen und müssen die Kantone auch bei der Spitalplanung berücksichtigen. Die Gewährleistung ausreichender ärztlicher Betreuung (Art. 39 Abs. 1 Bst. a KVG) – ein Qualitätsaspekt – ist Voraussetzung für die Zulassung einer stationären Einrichtung zur Abrechnung gegenüber den Krankenversicherern, aber auch planungsrechtliche Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrages. Gleiches gilt für die Voraussetzungen, wonach eine Einrichtung über das erforderliche Fachpersonal und eine zweckentsprechende Infrastruktur verfügen muss (Art. 39 Abs. 1 Bst. b und c KVG). Die Krankenversicherer vergüten nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen (Art. 32 Abs. 1 KVG); entsprechend ist planungsrechtlich nur den Einrichtungen ein Leistungsauftrag

¹ RRB Nrn. 799/2014 und 746/2017

² RRB Nr. 338/2018; zum angepassten Zeitplan RRB Nr. 695/2019

³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf

zu erteilen, die in dieser Weise zu leisten im Stande sind. Für Listenspitäler besteht eine Aufnahmepflicht für versicherte Personen mit Wohnsitz im Standortkanton (Art. 41a Abs. 1 KVG); es ist nur solchen Spitälern ein Leistungsauftrag zu erteilen, bei denen die Aufnahmebereitschaft erwiesen ist. In diesem Sinne sind insbesondere folgende weitere materielle Vorgaben auch bei der Spitalplanung zu beachten: Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente (Art. 49 Abs. 7 KVG); die Spitäler liefern die Unterlagen, die schweizweite Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität ermöglichen (Art. 49 Abs. 8 KVG); der Leistungserbringer beschränkt sich in seinen Leistungen auf das Mass, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG); die Leistungserbringer beachten die Inhalte der mit den Versicherern abgeschlossenen Qualitätsverträge (Art. 58a KVG).

Hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen die Kantone insbesondere prüfen, ob die Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt (Art. 58d Abs. 2 KVV): a. sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal; b. sie verfügt über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem; c. sie verfügt über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen; d. sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen; e. sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimitteln. Die Kantone können bei der Auswahl der Einrichtungen als Kriterien die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen berücksichtigen (Art. 58d Abs. 3 KVV). Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten (Art. 58d Abs. 4 KVV). Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zudem die Vorgaben der VKL betreffend einheitliche Ermittlung der Kosten und Leistungen der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

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

Der Bundesrat erliess in der KVV nicht nur Kriterien zur Spitalplanung, sondern auch Vorgaben zum Verfahren. Nach Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf nach stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten, wobei sie sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf ihrer Spitalliste aufgeführt sind (Abs. 2). Sodann bestimmen sie das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem gemäss Abs. 1 festgestellten Versorgungsbedarf abzüglich des gemäss Abs. 2 KVV ermittelten Angebotes (Abs. 3). Die Planung erfolgt leistungsorientiert für die stationäre Versorgung im akutsomatischen Bereich sowie für Geburtshäuser. In Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen (Art. 58c Bst. b KVV). Bei der Planung sind interkantonale Patientenströme zu berücksichtigen und die Planung ist mit anderen Kantonen zu koordinieren (Art. 58e KVV). Die Kantone führen auf den Spitallisten die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 bestimmte Angebot sicherzustellen (Art. 58f Abs. 1 KVV). Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Spitalliste einen Leistungsauftrag (Art. 58f Abs. 2 KVV). Auf den Spitallisten werden für jedes Spital die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen festgehalten (Art. 58f Abs. 3 KVV). Die Kantone bestimmen die Auflagen, die die Leistungsaufträge für Spitäler und Geburtshäuser enthalten müssen (Art. 58f Abs. 4 KVV). Für akutsomatische Spitäler können sie namentlich Auflagen vorsehen zu: a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie; b. Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen; c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation; d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation; e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern; f. Mindestfallzahlen. Die Kantone können weiter für akutsomatische Spitäler ein Globalbudget nach Art. 51 KVG oder die maximalen Leistungsmengen sowie für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation ein Globalbudget nach Art. 51 KVG, die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Kapazitäten vorsehen, sofern diese Auflagen weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern (Art. 58f Abs. 6 Bst. a und b KVV). Leistungsaufträge an Spitäler müssen als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Art. 41a KVG führen (Art. 58f Abs. 7 KVV).

Bestandteil der Planung ist das Bewerbungsverfahren, bei dem alle interessierten Leistungserbringer miteinbezogen werden (vgl. GDK Empfehlungen zur Spitalplanung, Stand 25. Mai 2018, S. 5 f.). Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens ist den Kantonen überlassen. Ihnen kommt dabei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein erheblicher Ermessensspielraum zu; ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste besteht nicht.⁴

2.3 SPFG und Revision

Der Kanton Zürich hat mit dem SPFG die kantonalen Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Zürcher Spitalplanung und -finanzierung geschaffen. In den letzten Jahren ergaben sich im Gesetzesvollzug zunehmend Fragestellungen, die sich auf der Grundlage des geltenden Rechts nicht oder nicht befriedigend beantworten liessen, weshalb mit Blick auf die neue Spitalplanungsperiode Präzisierungen und Ergänzungen des SPFG vorgenommen wurden. Die Vorlage wurde vom Kantonsrat am 5. Juli 2021 verabschiedet (ABI 2021-07-09). Der Regierungsrat hat die Änderungen gestaffelt auf den 1. Januar 2022 bzw. auf den 1. Januar 2023 in Kraft gesetzt (RRB Nr. 1240/2021).

Spitäler und Geburtshäuser, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, müssen die Anforderungen gemäss § 5 SPFG erfüllen. Unter den Spitälern und Geburtshäusern, welche die Anforderungen erfüllen, werden die Leistungsaufträge denjenigen erteilt, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und welche die Zielsetzungen der Spitalplanung sowie die Anforderungen gemäss § 5 bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Planungsziele ergeben sich aus § 4 Abs. 3 SPFG: Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen.

§ 4 Abs. 4 SPFG nennt eine Reihe von Massnahmen, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen. Danach sollen Leistungsgruppen zu übersichtlichen Angeboten zusammengezogen werden, um eine medizinisch und ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung zu verhindern. Die Patientinnen und Patienten sollen zeitgerecht Zugang zur Notfallversorgung haben. Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur erfordern, sollen koordiniert und konzentriert werden. Ebenfalls koordiniert und konzentriert werden sollen Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen.

§ 5 Abs. 1 lit. a-j SPFG listen die Anforderungen an die Leistungserbringer auf. Das Spital muss über ausgebildetes Personal verfügen, eine zweckmässige Infrastruktur aufweisen, über genügend Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen und die bundesrechtlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erfüllen. Zudem muss es alle Zürcher Patientinnen und Patienten nach den Vorgaben des KVG aufnehmen, über ein geeignetes Patientenversorgungskonzept einschliesslich Sozialberatung verfügen, genügend Gesundheitspersonal ausbilden, eine sachgerechte Kostenrechnung führen und die wirtschaftliche Stabilität für die Dauer des Leistungsauftrages nachweisen. Ausserdem soll das Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzen; die Menge und Art der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz sollen sich nicht wesentlich auf die Vergütungen auswirken. Es soll schliesslich sichergestellt werden, dass Belegärztinnen und Belegärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und diese insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen durchführen.

Der Regierungsrat erteilt den Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge und setzt die in Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste fest. Er umschreibt den Inhalt der Leistungsgruppen und legt die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen insbesondere betreffend Infrastruktur, Personal, Qualität, Mindestfallzahlen usw. fest (§ 7 Abs. 1 SPFG). Diese Vorgaben ergeben sich aus den generellen und leistungsspezifischen Anforderungen. Die generellen Anforderungen gelten für alle Spitäler unabhängig vom konkreten Leistungsauftrag. Sie machen Vorgaben, insbesondere zur Qualitätssicherung, zur Aus- und Weiterbildung, zur Datenlieferung und zur Rechnungslegung. Die leistungsspezifischen Anforderungen enthalten insbesondere weitere qualitätssichernde Vorgaben pro Leistungsgruppe. Die Gesundheitsdirektion kann die vom Regierungsrat festgelegten Anforderungen weiter ausführen (§ 7 Abs. 2 lit. b). Diese weiteren Vorgaben legt sie insbesondere in den weitergehenden generellen und den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen fest.

⁴ BGE 133 V 123 E. 3.3 sowie BGE 132 V 6 E. 2.2.1

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

Die von der Arbeitsgruppe Spitalplanung der GDK erarbeiteten Empfehlungen sollen eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als ein Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG. Die Empfehlungen der GDK sind für die Kantone jedoch nicht bindend. Sie betreffen grundsätzlich die Planung von Leistungen in allen Versorgungsbereichen. Die nachfolgenden Darlegungen entsprechen der revidierten Version der Empfehlungen, welche von der Plenarversammlung der GDK am 25. Mai 2018 verabschiedet wurde.⁵ Die erarbeiteten Empfehlungen wurden auch vom Kanton Zürich für die Spitalplanung 2023 berücksichtigt, wobei diese im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben umgesetzt und für die konkrete Ausgestaltung sowie zur Durchsetzung die kantonalen Vorgaben beigezogen wurden.

Leistungsorientierte Spitalplanung

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

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

Bedarfsgerechte Spitalplanung

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

Leistungsspektrum

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

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

Wirtschaftlichkeit

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

⁵ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>.

Qualität

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

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

Erreichbarkeit

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

Mindestfallzahlen

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

Weitere Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Projekt Spitalplanung 2023

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick zum Projekt. Es fasst den bisherigen Projektverlauf kurz zusammen. Informationen zum weiteren Vorgehen liefert das Kapitel F Ausblick.

3.1 Übersicht

Am 11. April 2018 beauftragte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion, die Spitallisten 2012 für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durch eine neue Spitalplanung auf das Jahr 2022 abzulösen (RRB Nr. 338/2018). Die neuen Spitallisten sollen den bundesrechtlichen Anforderungen genügen und eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Versorgung der Zürcher Bevölkerung gewährleisten. Ziel ist es, die gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklungen, die das Gesundheitswesen beeinflussen und verändern, so gut wie möglich in das Vorhaben einfließen zu lassen. Die Gesundheitsdirektion nahm am 1. Juni 2018 die Arbeiten an der neuen Spitalplanung auf. Gemäss Projektauftrag des Regierungsrates soll an bewährten Inhalten und Prozessen festgehalten und einzelne Bereiche sollen weiterentwickelt werden.

Der Regierungsrat beschloss am 10. Juli 2019, die Spitalplanung 2022 auf das Jahr 2023 zu verschieben (RRB Nr. 695/2019). Dies ermöglichte der neuen Gesundheitsdirektorin, sich bezüglich der Planungsgrundsätze einzubringen und die Spitalplanung 2023 mitzugestalten. Die Gesundheitsdirektion erarbeitete eine langfristige Vision für die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich und stimmte die Spitalplanung 2023 mit den Arbeiten zum Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz ab. Somit sorgt die neue Spitalplanung für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung der Zukunft.

Das aktuelle Spannungsfeld in der Eindämmung der Covid-19-Pandemie im Kanton hat die Arbeiten zur Spitalplanung 2023 beeinflusst. Dennoch ist die Differenzierung der regulären, auf den Normalfall ausgerichteten Spitalplanung von einer Pandemieplanung wichtig für das Verständnis des auf den folgenden Seiten dargelegten Strukturberichtes. Der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist bewusst, welche Ausnahmesituation die Covid-19-Pandemie für die Spitäler und Kliniken darstellt. Das Leistungsgeschehen des Jahres 2020 war aussergewöhnlich und sollte damit nicht als Basis für die Prognose verwendet werden. So fusst der prognostizierte Bedarf bis in das Jahr 2032 auf Daten des Kalenderjahres 2019. Leistungsdaten des Jahres 2020 wurden auf Grund des pandemischen Geschehens nicht berücksichtigt, da dies eine Ausnahmesituation darstellt.

Auf den 1. März 2021 wurde der Versorgungsbericht in die öffentliche Vernehmlassung gegeben. Das Bewerbungsverfahren startete am 1. Juli 2021. Die Frist für die Einreichung der Bewerbungsunterlagen dauerte gut zehn Wochen und endete am 14. September 2021. Die darauffolgende Evaluation der Bewerberinnen und Bewerber durch die Gesundheitsdirektion mündete in der Erstellung dieses Strukturberichtes, der wiederum am 15. März 2022 in die öffentliche Vernehmlassung gehen wird. Der Strukturbericht umfasst die vorläufig provisorischen Spitallisten. Auf den 1. Januar 2023 erfolgt die Inkraftsetzung der Spitallisten 2023 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durch den Regierungsrat.

Abbildung B1: Teilschritte der Spitalplanung 2023

	Beginn	Ende
Vernehmlassung des Versorgungsberichtes	01.03.2021	30.04.2021
Bewerbungsverfahren	01.07.2021	14.09.2021
Evaluation der Bewerbungen	15.09.2021	14.02.2022
Vernehmlassung des Strukturberichts inkl. den provisorischen Spitallisten 2023	15.03.2022	14.05.2022
Auswertung Vernehmlassung zum Strukturbericht	15.05.2022	31.07.2022
Festsetzung Spitallisten 2023 durch Regierungsratsbeschluss		August 2022

3.2 Vision und Strategie

Das Projekt Spitalplanung 2023 wird im Auftrag des Regierungsrates durchgeführt, geht einher mit der Zielsetzung des Regierungsrates und unterstützt die Umsetzung des nachfolgend zitierten Legislaturziels zur Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung (vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2019–2023):⁶

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

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

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

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

Über die Vergabe der Leistungsaufträge und die Festsetzung der Spitalliste wird der Regierungsrat auf der Basis der dann bestehenden Rechtsgrundlagen entscheiden, bis dahin können einzelne Bewerberinnen oder Bewerber für die Spitallisten 2023 keinen Anspruch aus der dargelegten Strategie eines der Versorgungsbereiche ableiten.

Die kantonale Vision zur Spitalplanung 2023 wurde wie folgt formuliert:

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

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

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

⁶ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/organisation/regierungsrat/publikationen/richtlinien_der_regierungspolitik_2019_2023.pdf

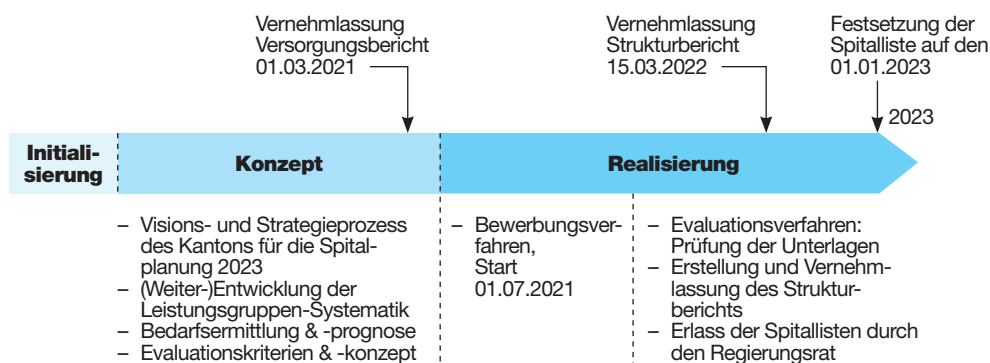
Darauf aufbauend wurde die strategische Ausrichtung des Projektes Spitalplanung 2023 folgendermassen festgehalten:

Akutsomatik	<p>Die Strategie für den Fachbereich der Akutsomatik teilt sich in drei Bestandteile auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung einer bedarfsgerechten, integrierten und wirtschaftlichen Versorgung 2. Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik – Rehabilitation 3. Erhöhung der Qualitätstransparenz mithilfe der evidenzbasierten Medizin <p>Die Fokussierung seltener und spezialisierter Leistungen an ausgewählten, qualifizierten Spitälern wird neben der Beauftragung geeigneter Regionalspitäler im Bereich der «häufigen Medizin» sowie dem Ausschöpfen des ambulanten Potenzials eine massgebliche Rolle in der Umsetzung der Strategie spielen.</p> <p>Die Erhöhung der Qualitätstransparenz wird ermöglicht durch die Erarbeitung evidenzbasierter Datengrundlagen zur Förderung des Wettbewerbs auf Basis qualitativ hochwertiger Leistungserbringung. Ferner wird dies unterstützt durch die Sicherstellung evidenzbasierter Behandlungen sowie die Vermeidung unnötiger Eingriffe.</p>
Psychiatrie	<p>Die Strategie für den Fachbereich der Psychiatrie teilt sich in zwei Bestandteile auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimierung der Versorgungsstrukturen 2. Erhöhung der Behandlungsqualität <p>Die stationäre Erwachsenenpsychiatrie soll trotz voraussichtlicher Zunahme der Inanspruchnahme stabil bleiben. Gemäss dem prognostizierten Bedarf soll die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgestockt werden. Ambulante Strukturen sollen im Einklang mit dem Legislaturziel des Zürcher Regierungsrates RRZ 4b ausgebaut und gezielt gefördert werden (z. B. Home Treatment). Mit Inkraftsetzung der Zürcher Spitalliste Psychiatrie auf den 1. Januar 2023 sind die Anforderungen an die Behandlungsqualität erhöht. Spezialisierte Leistungen und Bereiche, die stark vom Fachkräftemangel betroffen sind, werden konzentriert. Bis zum Jahr 2025 wird ein Qualitätscontrolling Psychiatrie etabliert.</p>
Rehabilitation	<p>Die Strategie für den Fachbereich der Rehabilitation teilt sich in drei Bestandteile auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Versorgungsstrukturen 2. Optimierung der Schnittstelle Akutsomatik – Rehabilitation 3. Konzentration spezialisierter Leistungen <p>Mit Blick auf die demografische Entwicklung sowie die zunehmende Multimorbidität der Patientinnen und Patienten besteht ein erhöhter Bedarf an wohnorts- und akutspitalnahen Versorgungsstrukturen der Rehabilitation. Um die integrierte Versorgung zu verbessern, sollen für die Zürcher Bevölkerung vermehrt Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich zur Verfügung stehen, die sich auf dem Gelände eines Spitals mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik mit intensivmedizinischem Angebot (mindestens Level I) befinden. Zwischen diesen beiden Versorgern besteht eine enge medizinische Zusammenarbeit.</p>

3.3 Umsetzungsetappen

Um ein transparentes Vorgehen sicherzustellen, entschied der Regierungsrat, die Erarbeitung der neuen Spitalplanung in drei Etappen zu gliedern, die mit dem Versorgungsbericht, dem Strukturbericht und der Festsetzung der Zürcher Spitalliste 2023 abgeschlossen werden. Die Gesundheitsdirektion gliederte das Projekt nach HERMES in eine Initialisierungs-, eine Konzept- und eine Realisierungsphase.

Abbildung B2: Etappen der Spitalplanung 2023 nach HERMES



1. Der Initialisierungsphase folgte die Konzeptphase: In dieser Etappe wurden die für die Spitalplanung notwendigen Grundlagen ausgearbeitet, der bisherige Bedarf an stationären medizinischen Leistungen abgebildet und darauf aufbauend der künftige Bedarf mit Blick auf das Jahr 2023 ermittelt. Die Resultate und Anforderungen der Bewerberinnen und Bewerber um einen Listenplatz wurden im Versorgungsbericht sowie in der Beilage zum Versorgungsbericht zusammengefasst. Diese Dokumente wurden Anfang 2021 in eine breite Vernehmlassung gegeben. Ergänzungen auf Basis der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung flossen in die überarbeitete Version vom Juni 2021 ein. Weitere Informationen zu den eingegangenen Rückmeldungen sind im Ergebnisbericht zur Vernehmlassung publiziert.
2. Die Realisierungsphase startete mit dem Bewerbungsverfahren: Basierend auf den Planungsgrundlagen wurden die Bewerbungen interessierter Leistungserbringer (Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser) für die Spitallisten 2023 der Leistungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation entgegengenommen.
3. Nach Sichtung aller Bewerbungen wurden die an einem Listenplatz interessierten Leistungserbringer nach rechtsgleichen Kriterien evaluiert. Dies erfolgte anhand des ermittelten Bedarfs und insbesondere der Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit. Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden im vorliegenden Strukturbericht zusammengefasst. Der Strukturbericht und die provisorischen Spitallisten werden in eine breite Vernehmlassung gegeben. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Vernehmlassung werden die neuen Spitallisten mit den zu erteilenden Leistungsaufträgen durch den Regierungsrat verabschiedet, sodass sie am 1. Januar 2023 in Kraft treten können.

4. Koordination mit anderen Kantonen

Die vorliegende Planung erfolgt in erster Linie aus der Perspektive der Zürcher Wohnbevölkerung, da die kantonalen Spitalplanungen gemäss Art. 58a KVV für die Einwohnerinnen und Einwohner des planenden Kantons zu erfolgen haben. Dies bedeutet aber nicht, dass die Zürcher Spitalplanung 2023 isoliert, ohne Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten sowie Spitalplanungen anderer Kantone, stattfindet. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 findet ein reger Austausch mit anderen Kantonen statt. Zum einen ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in verschiedenen Arbeitsgruppen der Gesundheitsdirektorenkonferenz tätig. Diese Arbeitsgruppen setzen sich mit den gesamtschweizerischen und interkantonalen Fragestellungen der Spitalplanung und Spitalfinanzierung auseinander. Zum anderen besteht mit der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern eine interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarung in der Spitalplanung. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit findet ein intensiver Austausch über methodische Fragen der Spitalplanung statt. Ausserdem wurden gewisse Expertengutachten gemeinsam vergeben. Ein enger Austausch und teilweise gemeinsame Projekte bestehen auch mit den Ostschweizer Kantonen. Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV wird zudem eine Koordination der Planung mit den anderen Kantonen verlangt. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die interkantonalen Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. Im Versorgungsbericht wurden deshalb auch die interkantonalen Patientenströme, das heisst die Zuwanderung von Patientinnen und Patienten in den Kanton Zürich sowie die Abwanderung aus dem Kanton Zürich, berücksichtigt und den Gesundheitsdirektionen und -departmenten aller Kantone zugestellt. Der interkantonale Austausch im Sinne einer überregionalen Planung soll über die Spitalplanung 2023 hinaus intensiviert werden. Dies soll über die aktuelle Berücksichtigung eines Wanderungssaldos auf Ebene der Patientinnen und Patienten je Spitalplanungsleistungsgruppe hinausgehen. Es gilt, weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit bis hin zur künftigen gemeinsamen Planung zu prüfen.

5. Aufbau des Strukturberichtes

Nachfolgend wird zuerst das Vorgehen in der Akutsomatik (Kapitel C) und danach das Vorgehen in der Psychiatrie (Kapitel D) und Rehabilitation (Kapitel E) beschrieben. In allen Bereichen werden als Grundlage für die Strukturentscheide zuerst die Leistungsgruppen, die Bedarfsprognose und die Evaluationskriterien thematisiert, gefolgt von der Darstellung des Bewerbungsverfahrens, der Evaluation der Listenspitäler und der provisorischen Spitallisten 2023. Anschliessend wird ein Ausblick auf das weitere Vorgehen gegeben (Kapitel F). Vervollständigt wird der Bericht durch den Anhang (Kapitel G).

Die Ergänzungen zur Spitalliste sowie sämtliche referenzierten Dokumente aus dem Strukturbericht stehen separat auf der Webseite (www.zh.ch/spitalplanung2023) zur Verfügung.



Akutsomatik

- 1 Leistungsgruppensystematik
- 2 Bedarfsprognose
- 3 Evaluationskriterien
- 4 Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen
- 5 Evaluationsverfahren
- 6 Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik

1. Leistungsgruppensystematik

Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) der Akutsomatik wurden bereits mit der Spitalplanung 2012 eingeführt. Seither wurde die grundsätzlich bewährte Einteilung kontinuierlich weiterentwickelt und an die medizinische Entwicklung angepasst. Des Weiteren wurden Revisionen der zugrundeliegenden CHOP- und ICD-Kataloge berücksichtigt. Die Leistungsgruppensystematik wurde von vielen Kantonen übernommen und hat sich schweizweit etabliert. Die Verwendung und Verbreitung des Modells und die damit verbundene Vergleichbarkeit im Sinne eines kantonsübergreifenden Leistungscontrollings ist zu begrüssen.

1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppen

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

- Sie müssen klar definiert sein. Basis dieser Definition bilden daher etablierte, in der Medizinstatistik verwendete, Klassifizierungen der Diagnosen (ICD) und Behandlungen (CHOP).
- Sie müssen sowohl medizinisch als auch organisatorisch mit den Strukturen in den Spitälern kompatibel sein. Daher sind die Leistungsgruppen in fach- und organspezifische Einheiten zusammengefasst und mit zunehmender Komplexität angeordnet. Dies ermöglicht gleichzeitig, die Konzentration seltener Behandlungen besser steuern zu können.
- Die begleitenden Qualitätsanforderungen müssen im Spitalalltag implementierbar sein. Für die Leistungsgruppen existieren daher generelle und spezifische Anforderungen. Somit können sowohl allgemeingültige Minimalanforderungen definiert werden, als auch spezielle Anforderungen, wie Mindestfallzahlen oder Anforderungen an spezifisch geschultes Personal, um die Spezifika der einzelnen Abteilungen zu berücksichtigen.

1.2 Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik

Für die Spitalplanung 2023 wurden keine tiefgreifenden generellen Veränderungen an der Leistungsgruppensystematik vorgenommen. Die Systematik wurde jedoch in einigen Bereichen weiterentwickelt. Neben der Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes wurde auch die Strategie der Gesundheitsdirektion (s. Kapitel B 3.2) zur Konzentration seltener Behandlungen und zur Stärkung der Grundversorgung in der Peripherie umgesetzt. In den folgenden Leistungsgruppen sind Änderungen per 1. Januar 2023 vorgesehen:

Kardiologie

Die Leistungsgruppe KAR1.3 «Implantierbarer Kardioverter Defibrillator/CRT» wird aufgehoben. Die davon betroffenen Leistungen werden auf die weiterbestehenden Leistungsgruppen der Kardiologie verteilt. Der aktuelle Stand der Medizin und die Praxis in den Spitälern rechtfertigt keine eigene Leistungsgruppe mehr in diesem Bereich. Die Benennung der Leistungsgruppen wird aufgrund der Aufhebung der Leistungsgruppe KAR1.3 angepasst.

In den Leistungsgruppen KAR1 und KAR2 werden Anpassungen im Sinne des medizinischen Fortschritts zeitnah verfolgt, insbesondere im Bereich der elektrophysiologischen Eingriffe.

Wirbelsäulenchirurgie

Durch die Revision des CHOP-Kataloges per 1. Januar 2019 widerspiegeln die Leistungsgruppen in der Wirbelsäulenchirurgie nicht mehr die Komplexität der Eingriffe. In Zusammenarbeit mit einem Gremium von Expertinnen und Experten wurden die Leistungsgruppen und damit auch die leistungsspezifischen Anforderungen überarbeitet. Dabei wurde auch dem neuen FMH-Schwerpunkttitel Wirbelsäulenchirurgie Rechnung getragen, der neu als Voraussetzung für eine Leistungserbringung in diesem Bereich gelten wird (mit einer Übergangsfrist von drei Jahren). Zusätzlich wurde eine dritte Leistungsgruppe für hoch komplexe Wirbelsäulenchirurgie geschaffen. Von dieser Leistungsgruppe umfasst sind seltene Eingriffe, die an wenigen Spitälern im Kanton konzentriert werden sollen. Für alle Leistungsgruppen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie wurden neue Mindestfallzahlen pro Spital und selektiv pro Operateurin und Operateur definiert.

Geburtshilfe

In der Geburtshilfe wurde vom Kantonsrat eine Stärkung der Hebammengeleiteten Geburtshilfe (HGGh) im Kanton Zürich gefordert.¹ Zur Umsetzung des Postulates ist eine Stärkung der HGGh im Spitalumfeld geplant. Dabei soll bereits bestehenden Modellen der HGGh in bereits vorhandenen Gebärdabteilungen Rechnung getragen werden. Ebenso soll auch die Errichtung von Geburtshäusern im engen Spitalumfeld, z.B. auf dem Spitalareal, durch die Schaffung eines neuen Leistungsauftrages GEBS «Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital» unterstützt werden.

Zerebrovaskuläre Störungen (Stroke)

Die Versorgung von Stroke-Patientinnen und -Patienten im Kanton Zürich soll verbessert werden. Aus diesem Grund sollen künftig mehr Patientinnen und Patienten, die sich möglicherweise für eine endovaskuläre Lyse qualifizieren, in ein Stroke Center geleitet werden. Dafür wurden die Triagekriterien für die Rettungsdienste überarbeitet, damit in Zukunft öfter direkt ein Stroke Center anstelle einer Stroke Unit angefahren wird. Zusätzlich wird für Stroke Units und damit für die Leistungsgruppe NEU3 eine Zertifizierung gemäss SFCNS per 1. Januar 2023 zwingend vorausgesetzt. Mit einer konzentrierten Vergabe des Leistungsauftrages an wenige Standorte wird die Anzahl der Stroke Units reduziert. Um den Spitälern ohne Leistungsauftrag NEU3 die Versorgung von Stroke-Patientinnen und -Patienten, welche keine spezifische Behandlung erhalten sollen (z.B. palliative Situationen) zu ermöglichen, werden die ICD-Diagnosen aus NEU3 gestrichen.

Polytrauma

Im Kanton Zürich gibt es gemessen an der Anzahl betroffener Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich viele Spitäler mit Leistungsauftrag UNF1. Geringe Fallzahlen pro Spital in komplexen Bereichen bringen oftmals eine Qualitätsminderung mit sich. Mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung ist daher ab 1. Januar 2023 eine Konzentration in diesem Bereich vorgesehen. Der Leistungsauftrag UNF1 «Unfallchirurgie (Polytrauma)» wird entsprechend nur noch an Zentren mit dem IVHSM-Leistungsauftrag UNF1.1 «Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)» vergeben.

Kinderchirurgie

Die Versorgung von Kindern nimmt im System der SPLG eine Sonderstellung ein, zumal viele spezialisierte Leistungen nur im Rahmen von Kooperationen angeboten werden. Bisher war für die Versorgung von Kindern zwingend ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe KINC oder KINB erforderlich. Diese Leistungsgruppen sollen künftig präziser abgegrenzt werden, ohne die bisherigen Leistungen der Spitäler einzuschränken. KINC ist neu einzig für Spitäler mit einem umfassenden Angebot an kinderchirurgischen Leistungen erforderlich. Alle anderen Spitäler, welche im Rahmen der bereits vorhandenen Leistungsaufträge für Erwachsene auch Kinder betreuen, können dies im Rahmen von KINB tun. Für Spitäler, welche sämtliche Operationen an Kindern vollständig an Kooperationspartner ausgelagert haben, ist auch kein KINB notwendig, da sie die Leistungen nicht selbst erbringen.

Kinderanästhesie

Fachgremien haben in der Kinderanästhesie einen Verbesserungsbedarf bei der Versorgungsqualität festgestellt. Um diesen Feststellungen gerecht zu werden, sind gestützt auf das «Pediatric Anaesthesia Project 2030» des SGKA² und SSAPM³ auf der Spitalliste neu vier Kinderanästhesiologische Leistungsaufträge (KAA, KAB, KAC und KAD) als Querschnittsbereiche definiert. Dabei werden je nach Alter und Anästhesiefähigkeit der Kinder sowie je nach Komplexität der Eingriffe unterschiedliche Anforderungen an die Kinderanästhesie gestellt. Spitäler, die künftig Kinder in bestimmten Altersgruppen behandeln wollen, müssen bestimmte Anforderungen an die Kinderanästhesie erfüllen.

Viszeralchirurgie

Gemeinsam mit der Gesellschaft der Chirurgen des Kantons Zürich (CGZH) und dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) wird aktuell ein Programm zur Qualitätssicherung in der Kolonchirurgie erarbeitet. Das Qualitätsprogramm stellt die transparente Überwachung von Qualitätsparametern wie der Indikations-, der Interventions- und der Ergebnisqualität sicher. Die Teilnahme der Spitäler am Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» wird ab 1. Januar 2023 neu eine Voraussetzung für die Erteilung des Leistungsauftrages VIS1 sein.

¹ Siehe Kantonsratspostulat 91/2015 und den entsprechenden Regierungsratsbeschluss 1245/2017 unter https://www.zh.ch/bin/zhweb/publish/regierungsratsbeschluss-unterlagen/2017/1245/5424_Postulat_91_2015_St%C3%A4rkung_hebammengeleitete_Geburtshilfe.pdf

² SGKA: Schweizerische Gesellschaft für Kinderanästhesie

³ SSAPM: Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Perioperative Medizin, bis November 2021 firmiert unter Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)

Radiologie

Im Bereich der Radiologie, vor allem der interventionellen Radiologie, bildet die bisherige Leistungsgruppensystematik nicht mehr die technische Entwicklung der letzten Jahre ab. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit einem Expertengremium eine neue Systematik für diesen Bereich erarbeitet. Per 1. Januar 2023 werden zwei neue Spitalplanungsleistungsgruppen eingeführt: RAD1 «Interventionelle Radiologie» und RAD2 «Komplexe Interventionelle Radiologie». Auf die Schaffung einer zusätzlichen Leistungsgruppe «Intrakranielle Interventionelle Radiologie» wurde aufgrund von Überschneidungen mit bestehenden IVHSM-Leistungsaufträgen verzichtet.

Horizontale Konzentration in den Leistungsgruppen

Neben den Änderungen in den vorstehend genannten spezifischen Leistungsgruppen wird eine horizontale Konzentration (d.h. eine Reduktion der Anzahl Leistungsaufträge innerhalb einer Leistungsgruppe) für eine bestmögliche Sicherstellung des Bedarfs vorgenommen. Damit soll in erster Linie eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei seltenen Eingriffen erreicht, die Versorgungsrelevanz und Bedarfsprognose berücksichtigt und die Aus-, Fort- und Weiterbildung des künftigen Fachpersonals sichergestellt werden. Dazu wurden jene Leistungsgruppen eruiert, welche in der Vergangenheit nur eine geringe Anzahl an Fällen im gesamten Kanton erreicht haben und bei denen aufgrund ihrer teils sehr spezialisierten Differenzierung auch in Zukunft keine relevante Steigung der Fallzahl zu erwarten ist.

Abbildung C1: Von der horizontalen Konzentration betroffene Leistungsgruppen

Leistungsgruppe		Anzahl Fälle 2019 im Kanton Zürich
DER2	Wundpatienten	152
HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	59
NCH3	Periphere Neurochirurgie	129
PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	28
THO1	Thoraxchirurgie	280
URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	70

Innerhalb dieser Leistungsgruppen werden alle bisher nicht versorgungsrelevanten Leistungsanbieter ausgeschlossen, um die wenigen Fälle auf eine kleine Anzahl spezialisierter Anbieter konzentrieren zu können. Bei den ausgewählten Leistungsgruppen werden auch in Zukunft weitere Präzisierungen innerhalb der Zuteilung von Behandlungs- und Diagnosecodes notwendig werden, um die Differenzierung zwischen normalen und komplexen Eingriffen noch besser abbilden zu können. Mehrmals haben die Spitäler im abgeschlossenen Bewerbungsverfahren diese Gruppen aufgrund von Eingriffen beantragt, welche durch andere Leistungsaufträge bereits abgedeckt sind (beispielsweise Wedge-Resektionen an der Lunge über VIS1 statt THO1 oder Karpaltunnel-Operationen über BEW3 statt NCH3).

1.3 Leistungsgruppen im Überblick

Das Leistungsgruppenmodell Akutsomatik enthält ab dem 1. Januar 2023 150 Leistungsgruppen, die in 25 Leistungsbereiche zusammengefasst sind.

Innerhalb der Leistungsgruppen nehmen die Basispakete und die Querschnittsgruppen eine besondere Stellung ein. Die Basispakete sind die Grundlage für die meisten anderen spezifischen Leistungsgruppen. Dabei bildet das Basispaket (BP) die Grundlage für Akutspitäler mit einer Notfallstation und das Basispaket Elektiv (BPE) die Grundlage für primär elektiv tätige Spitäler ohne allgemeine Notfallstation. In den Querschnittsbereichen sind Leistungen definiert, welche nicht eindeutig einem Organsystem zugeordnet werden können. Typischerweise handelt es sich um altersabhängige Leistungen oder Angebote an spezifische medizinische Zielgruppen.

Eine Übersicht über die 150 Leistungsgruppen ist in der nachfolgenden Abbildung C2 zu finden.

Abbildung C2: Leistungsgruppenmodell Akutsomatik

Basispakete	
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Dermatologie	
DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
DER1.1	Dermatologische Onkologie
DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
DER2	Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren	
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
KIE1	Kieferchirurgie
Neurochirurgie	
NCH1	Kraniale Neurochirurgie
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
NCH1.1.1	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
NCH1.1.1.1	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)
NCH1.1.2	Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (IVHSM)
NCH1.1.3	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen (IVHSM)
NCH2	Spinale Neurochirurgie
NCH2.1	Seltene Rückenmarkstumoren (IVHSM)
NCH3	Periphere Neurochirurgie
Neurologie	
NEU1	Neurologie
NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen
NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
NEU4.2	Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)
Ophthalmologie	
AUG1	Ophthalmologie
AUG1.1	Strabologie
AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
AUG1.4	Katarakt
AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme
Endokrinologie	
END1	Endokrinologie
Gastroenterologie	
GAE1	Gastroenterologie
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	
VIS1	Viszeralchirurgie
VIS1.1	Pankreasresektion (IVHSM)
VIS1.2	Leberresektion (IVHSM)
VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)
VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)

Hämatologie	
HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
HAE5	Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)
Gefäße	
GEF1	Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
ANG1	Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
GEFA	Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
GEF3	Gefäßchirurgie Carotis
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße
RAD1	Interventionelle Radiologie
RAD2	Komplexe Interventionelle Radiologie
Herz	
HER1	Einfache Herzchirurgie
HER1.1	Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe
HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe
HER1.1.6	Herzunterstützungssysteme beim Erwachsenen (IVHSM)
KAR1	Kardiologie und Devices
KAR2	Elektrophysiologie und CRT
KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)
KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)
Nephrologie	
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminale Nierenversagen)
Urologie	
URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'operative Urologie'
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie
URO1.1.2	Radikale Zystektomie (IVHSM)
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere
URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie
URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
URO1.1.9	Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)
Pneumologie	
PNE1	Pneumologie
PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
PNE1.3	Cystische Fibrose
PNE2	Polysomnographie
Thoraxchirurgie	
THO1	Thoraxchirurgie
THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
THO1.2	Mediastinaleingriffe
Transplantationen	
TPL1	Herztransplantationen (IVHSM)
TPL2	Lungentransplantationen (IVHSM)
TPL3	Lebertransplantationen (IVHSM)
TPL4	Pankreas- und Inseltransplantation (IVHSM)
TPL5	Nierentransplantationen (IVHSM)
TPL6	Darmtransplantation
TPL7	Milztransplantation

Bewegungsapparat	
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
BEW2	Orthopädie
BEW3	Handchirurgie
BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
BEW5	Arthroskopie des Knies
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
BEW7.1	Erstprothese Hüfte
BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen
BEW7.2	Erstprothese Knie
BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen
BEW8	Wirbelsäulen Chirurgie
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie
BEW8.1.1	Komplexe Wirbelsäulen Chirurgie
BEW9	Maligne Knochentumore
BEW10	Plexuschirurgie
BEW11	Replantationen
Rheumatologie	
RHE1	Rheumatologie
RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie	
GYN1	Gynäkologie
GYNT	Gynäkologische Tumore
GYN2	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe	
GEBH	GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW)
GEBS	Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)
GEB1.1	Geburtshilfe (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)
GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene	
NEOG	Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g)
NEO1	Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)
NEO1.1	Neonatalogie (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)
NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (≥ 28 0/7 SSW und GG ≥1000g)
NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatalogie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500g)
(Radio-) Onkologie	
ONK1	Onkologie
RAO1	Radio-Onkologie
NUK1	Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	
UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)
UNF1.1	Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)
UNF2	Schwere Verbrennungen (IVHSM)
Querschnittsbereiche	
KINM	Kindermedizin
KINC	Kinderchirurgie
KINB	Basis-Kinderchirurgie
KAA	Kinderanästhesie "A"
KAB	Kinderanästhesie "B"
KAC	Kinderanästhesie "C"
KAD	Kinderanästhesie "D"
GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum
PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum
AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker
ISO	Sonderisolerstation

1.4 IVHSM Leistungsgruppen

Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wurden die Leistungszuteilungen in bestimmten Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin mit der interkantonalen Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM-Spitalliste) verbindlich geregelt. Gewisse Leistungsaufträge der IVHSM-Spitalliste weisen Befristungen auf, die bereits ausgelaufen sind. Diese Leistungsaufträge werden einer Neubeurteilung durch die zuständigen IVHSM-Organen unterzogen. Dadurch entsteht eine IVHSM-Regulierungslücke. Aufgrund der laufenden Verfahren bezüglich IVHSM-Zuteilungen, lässt sich gegenwärtig noch nicht beurteilen, ob es erforderlich sein wird, in den entsprechenden Bereichen oder einem Teil davon auf den 1. Januar 2023 vorübergehend kantonale Leistungsaufträge zu vergeben. Leistungsaufträge für Leistungsgruppen der IVHSM-Spitalliste, die bereits vergeben sind oder die vergeben waren, deren Befristung aber ausgelaufen ist, sind auf der provisorischen Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik (s. Kapitel 6, Abbildung C33) nicht abgebildet.

2. Bedarfsprognose

Im vorliegenden Strukturbericht werden das Vorgehen zur Berechnung der Bedarfsprognose sowie die Prognoseergebnisse zusammenfassend dargestellt. Detaillierte Informationen zum Prognosemodell und zu den einzelnen Einflussfaktoren finden sich im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023.

2.1 Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen

Die folgenden Seiten fassen Informationen zur Datenbasis der Bedarfsprognose und die wichtigsten Grundsätze zusammen.

2.1.1 Datenbasis

Dieses Kapitel beschreibt die verwendeten Daten, ihre Quellen sowie die Darstellungsebenen der Resultate. Anschliessend wird die Datenqualität kurz beschrieben.

2.1.1.1 Datenquellen

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

Die Medizinische Statistik des BFS wird jährlich durch die Kantone erhoben. Sie enthält soziodemografische und medizinische Informationen zu den stationären Fällen eines Datenjahres. Ein Fall entspricht dabei einem stationären Aufenthalt in einem Spital, wobei bei Wiedereintritten die Fallzusammenführungsregeln des geltenden Tarfsystems (SwissDRG) angewendet werden. Betrachtet werden nur die Austritte, weil die Fälle erst nach dem Austritt fertig codiert werden können.

Für die Zuteilung der Fälle zu einem Versorgungsbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) zieht die Gesundheitsdirektion ausserdem die Krankenhausstatistik des BFS hinzu (vgl. Kapitel C 2.1.1.2).

Das Statistische Amt des Kantons Zürich berechnet jedes Jahr eine Bevölkerungsprognose für den Kanton Zürich. Der aktuelle Prognoselauf 2021 reicht bis ins Jahr 2050.⁴ Für die Berechnung der schweizweiten Hospitalisierungsraten wird zudem die Bevölkerungsstatistik STATPOP des BFS verwendet.⁵

2.1.1.2 Generierung der Datensätze

Zur Berechnung der Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion grundsätzlich die neuesten verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik. Das Abstützen auf die aktuellsten Daten entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.⁶ Abweichend von diesem Grundsatz werden jedoch die bereits vorliegenden Daten des Jahres 2020 nicht verwendet. Die spezielle Situation aufgrund der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 führt dazu, dass die Daten dieses Jahres als Grundlage für eine langfristige Prognose nicht geeignet sind. Grundlage zur Berechnung der Prognose sind deshalb die stationären Fälle des Jahres 2019.

Die Zuteilung der Fälle zu den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation erfolgt für die Fälle der Zürcher Spitäler mittels der Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung der Medizinischen Statistik. Für die nicht eindeutigen Ausprägungen kommt eine subsidiäre Fallzuteilung zur Anwendung. Abbildung C3 enthält die Zuteilungslogik:

Abbildung C3: Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

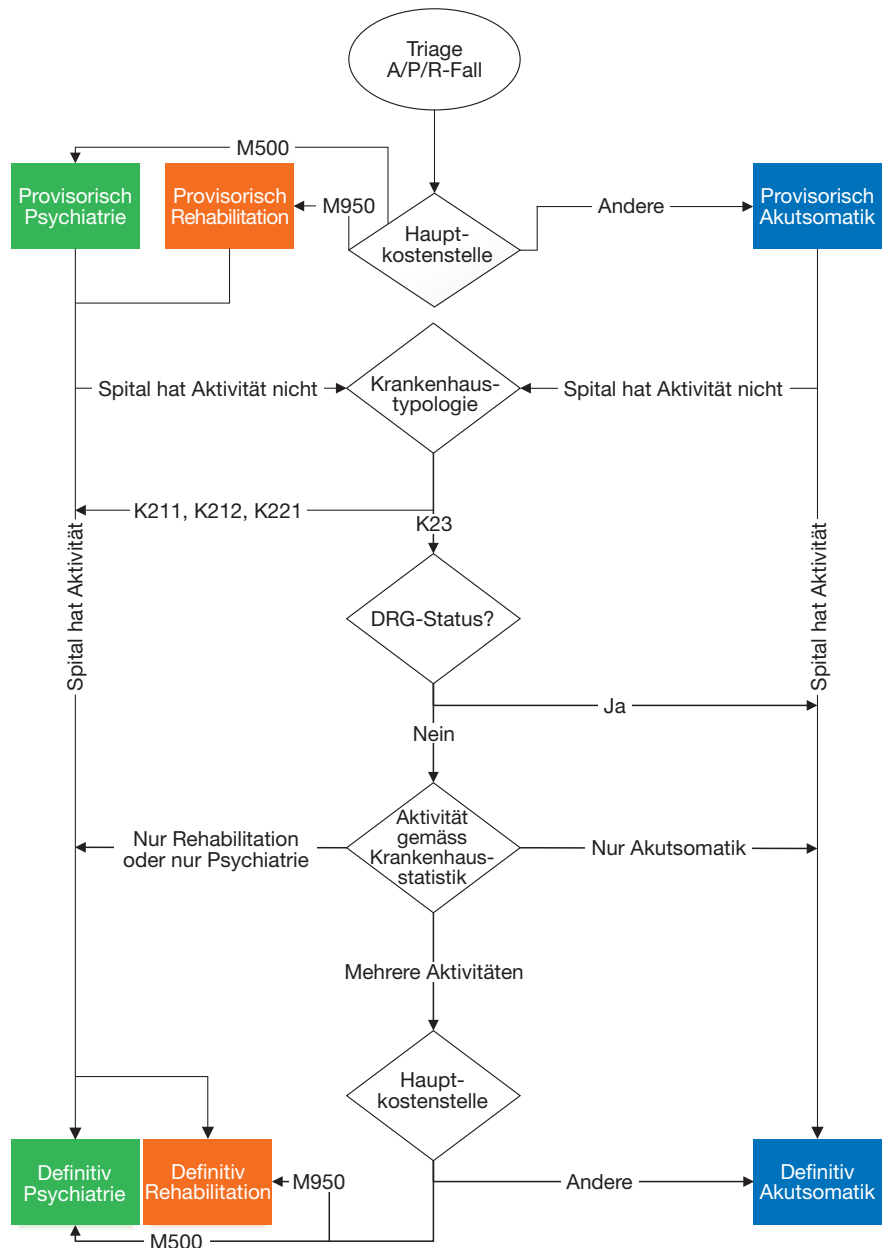
⁴ https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige_entwicklung.html

⁵ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

⁶ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>

Für Fälle der ausserkantonalen Spitäler sowie Fälle, die anhand der Variable «Tarif für die Abrechnung» nicht zuteilbar sind (Ausprägungen 7 Pflgetaxe und 0 unbekannt), wird die nachfolgend abgebildete Fallzuteilungslogik verwendet (vgl. Abbildung C4).

Abbildung C4: Subsidiäre Fallzuteilungslogik



Quelle: Eigene Darstellung

Für die Prognose werden alle Austritte (Medizinische Statistik Variable 0.2.V02 = A) mit Wohnkanton Zürich betrachtet.

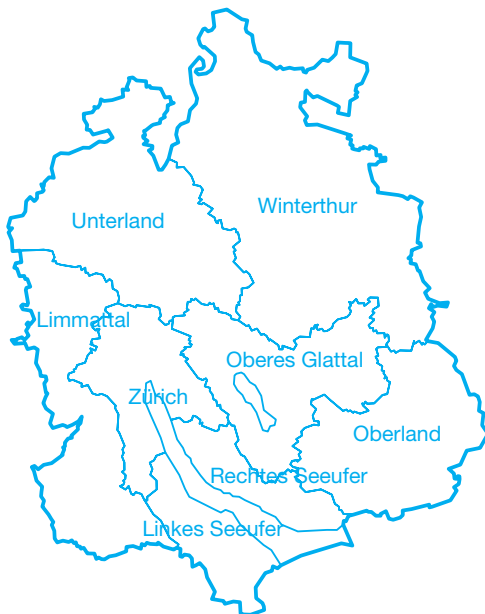
2.1.1.3 Darstellungsebenen

Die medizinischen Leistungen werden in diesem Bericht auf den folgenden Ebenen dargestellt:
Leistungsbereiche: Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) bilden die Basis für die Darstellung der medizinischen Leistungen. Alle Berechnungen erfolgen auf Ebene der SPLG. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Prognoseergebnisse aber nur auf Ebene der SPLB dargestellt.

Altersgruppen: Die Prognose wird pro Altersjahr (1-Jahres-Gruppen) berechnet. Die Resultate der Prognose werden aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nur pro Altersgruppe ausgewiesen, wobei für jeden Versorgungsbereich eine dem Leistungsgruppenmodell entsprechende Altersgruppierung verwendet wird.

Wohnregionen: Zur Darstellung werden die einzelnen Zürcher Gemeinden in Wohnregionen zusammengefasst. In der Akutsomatik werden folgende acht Wohnregionen verwendet: Zürich, Winterthur, Unterland, Limmattal, Linkes Seeufer, Rechtes Seeufer, Oberes Glattal und Oberland (vgl. Abbildung C5). Diese Regionen haben sich für regionsspezifische Analysen bewährt.

Abbildung C5: Wohnregionen Akutsomatik



Quelle: Eigene Darstellung

2.1.1.4 Datenqualität und -konsistenz

Die Daten der Medizinischen Statistik werden von den Spitälern erhoben. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Daten der Zürcher Spitäler werden von der Gesundheitsdirektion jedoch intensiv plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, das weitere Prüfungen durchführt. Zudem überprüft die Gesundheitsdirektion regelmässig stichprobenartig die Codierpraxis der meisten Listenspitäler im Kanton Zürich.

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

– Einführung von SwissDRG per 1. Januar 2012

Durch die Einführung von SwissDRG gilt in der Akutsomatik seit 1. Januar 2012 die schweizweit einheitliche neue Falldefinition gemäss SwissDRG. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern der akutsomatischen Fälle vor und ab 2012 sind deshalb ohne eine entsprechende Korrektur nicht vergleichbar.

– Codierung und Entwicklung der Leistungsgruppen

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

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

2.1.2 Grundsätze der Bedarfsprognose

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

2.1.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

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

Zum Prognosemodell der Akutsomatik fand am 10. April 2019 ein Workshop mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) statt. Im entsprechenden Bericht kommen die teilnehmenden Mitarbeitenden des WIG zum Schluss, dass das Modell die wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt und dazu geeignet ist, die Fallzahlen zu prognostizieren. Der Bericht enthält darüber hinaus eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Modells. Die Gesundheitsdirektion hat diese wo möglich berücksichtigt. Insbesondere weisen die Autorin und die Autoren auf weitere spitalexterne Faktoren wie das Patientenverhalten hin, die einen grossen Effekt auf die Entwicklung der stationären Fallzahlen haben. Wie die Teilnehmenden des WIG selber schreiben, gibt es dazu jedoch keine Datengrundlage, die eine Berücksichtigung im Modell erlauben würde.

Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2032 und damit ein Prognosezeitraum von etwas mehr als zehn Jahren gewählt. Damit deckt die Bedarfsprognose die gesamte Laufzeit der Spitalplanung 2023 ab. Da mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Ausgangsjahr die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung zunimmt, wird ebenso die Unsicherheit der Prognose grösser. Um diese transparent zu machen, werden drei Szenarien berechnet. Das Hauptszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung bis ins Jahr 2032 dar. Im Maximalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und dennoch plausibel ist. Im Minimalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist. Der Bereich zwischen Minimal- und Maximalszenario ist als wahrscheinlich zu betrachten, wobei das Hauptszenario die wahrscheinlichste Entwicklung abbildet.

Die Gesundheitsdirektion hat im Jahr 2017 die Genauigkeit der Bedarfsprognose Akutsomatik zur Spitalplanung 2012 evaluiert. Die Resultate der Evaluation wurden im Bericht zur Prognose Akutsomatik 2015 – 2025 veröffentlicht.⁷

2.1.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

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

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

Als primäres Resultat berechnet die Prognose die Zahl der Austritte im Jahr 2032. Zusätzlich werden die Pflagetage prognostiziert. Zur Berechnung der Pflagetage werden die Aufenthaltsdauern der Austritte addiert. Die Pflagetage sind als sekundärer Output der Prognose zu verstehen, der hilft, die Angaben der Spitäler im Bewerbungsverfahren zu plausibilisieren. Die Vergabe der Leistungsaufträge wird aber in allen drei Bereichen basierend auf den Leistungen (Fälle) und nicht basierend auf den Kapazitäten (Pflagetage) vorgenommen.

Das Prognosemodell geht von den folgenden zentralen Annahmen aus:

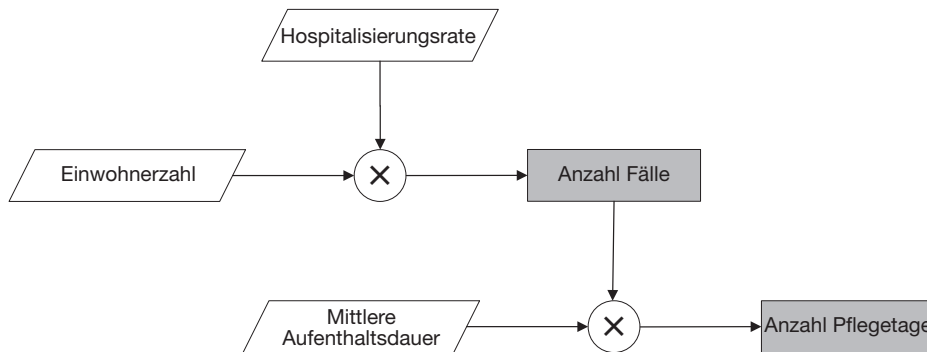
- Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern hängen neben dem Alter und der Leistungsgruppe auch von der Wohnregion und dem Geschlecht ab. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden deshalb alters-, wohnregions-, geschlechts- und leistungsgruppen-spezifisch berechnet.

⁷ Verfügbar auf der Webseite der Gesundheitsdirektion Zürich unter: https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/bericht_bedarfsprognose_2015_2025.pdf

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

Die Fallzahlen im Jahr 2032 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2032 entwickelt und wie häufig die Zürcherinnen und Zürcher im Spital behandelt werden (Hospitalisierungsrate). Die Pflgetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Anzahl Fälle im Jahr 2032 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisierungsrate im Jahr 2032 und für die Ermittlung der Pflgetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung C6).

Abbildung C6: Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage



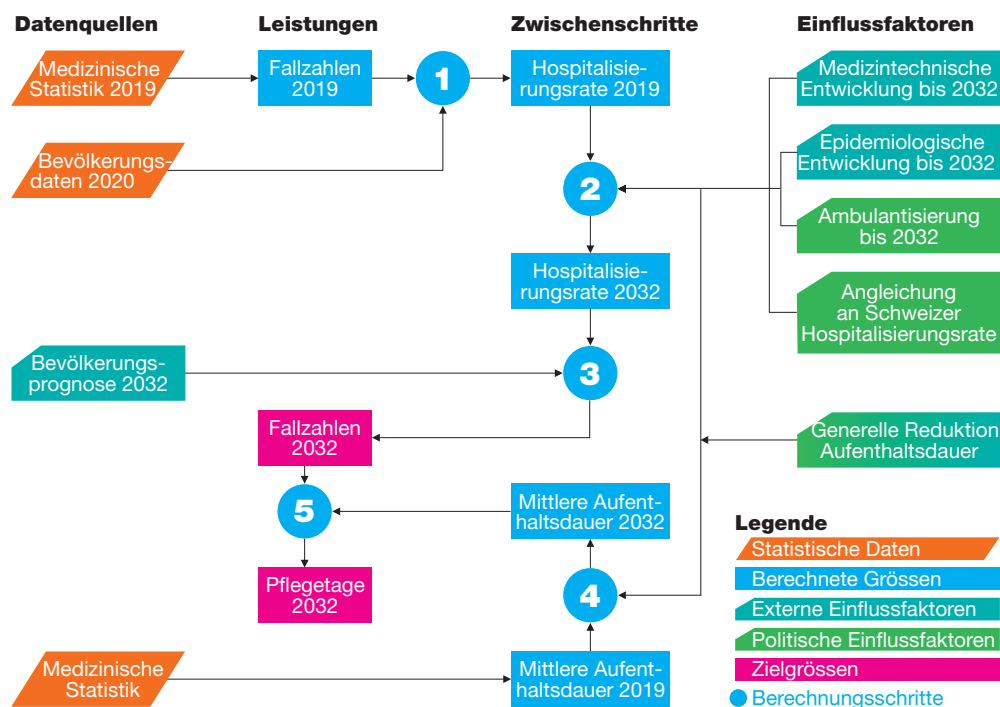
Quelle: Eigene Darstellung

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. In der vorliegenden Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion die Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst:

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

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wird im Prognosemodell Akutsomatik folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung C7).

Abbildung C7: Prognosemodell der Akutsomatik



Quelle: Eigene Darstellung

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

1. Die Hospitalisierungsraten der Zürcher Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik pro SPLG, Alter, Geschlecht und Wohnregion berechnet.
2. Basierend auf diesen Hospitalisierungsraten 2019 werden die Hospitalisierungsraten 2032 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie weiterer Einflussfaktoren berechnet.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2032 werden die Hospitalisierungsraten 2032 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Wohnregionen des Kantons Zürich multipliziert.
4. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2019 werden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2032 unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren berechnet. Die Aufenthaltsdauern werden ebenfalls pro Alter, Geschlecht, Wohnregion sowie Leistungsgruppe differenziert berechnet.
5. Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2032 werden die Fallzahlen 2032 mit den entsprechenden erwarteten mittleren Aufenthaltsdauern multipliziert.

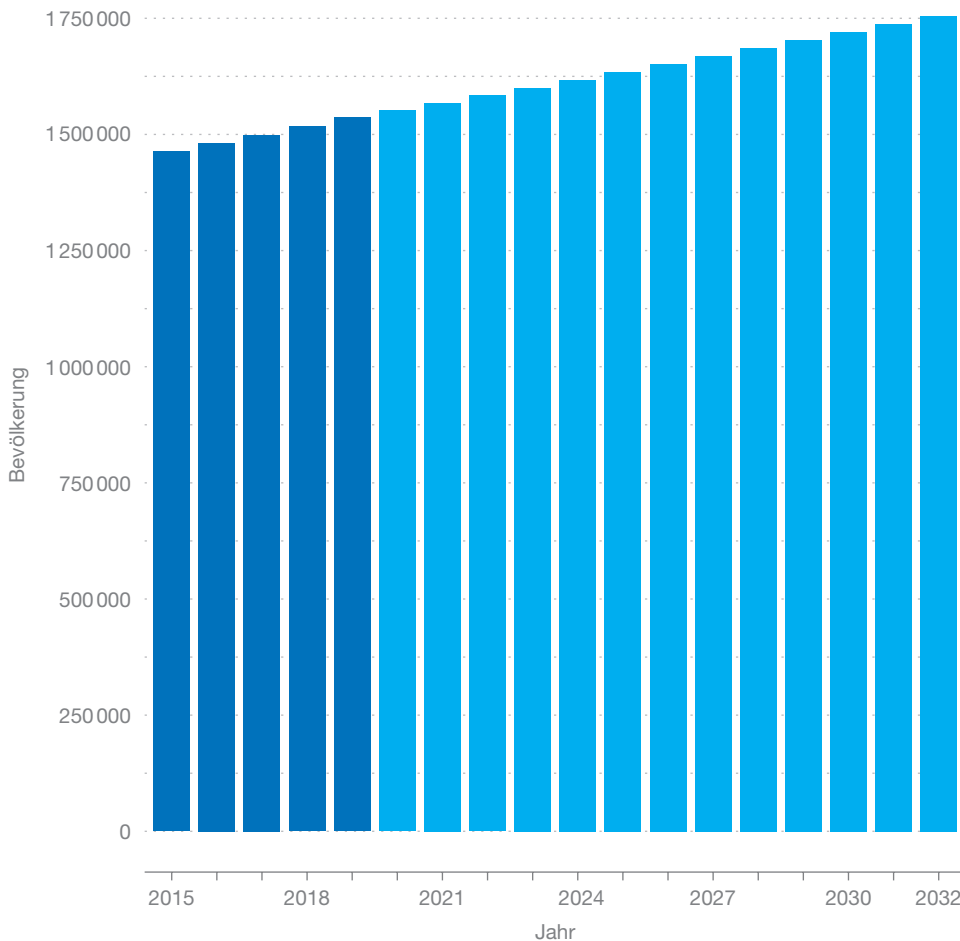
In der Folge werden jene Einflussfaktoren beschrieben, die im Prognosemodell Akutsomatik berücksichtigt werden. Damit ein Einflussfaktor berücksichtigt werden kann, müssen die folgenden zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Entwicklung eines Faktors bis 2032 muss (möglichst genau) geschätzt werden können.
2. Der Effekt dieser Entwicklung auf die stationären Fallzahlen muss quantifizierbar sein.

Demografische Entwicklung

Zur Abbildung der demografischen Entwicklung wird die neuste Bevölkerungsprognose «Trend ZH 2021» des Statistischen Amtes verwendet. Die Bevölkerungsprognose 2021 basiert auf den Bevölkerungsdaten des Jahres 2020. Das Bevölkerungsprognosemodell des Statistischen Amtes ist ein Modell, das ausgehend von einem Anfangsbestand (Bevölkerungszahl Ende 2020) aufgrund der natürlichen Bewegungen (Geburten, Sterbefälle) und Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) Jahr für Jahr die Bevölkerung fortschreibt.

Die Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die Zürcher Bevölkerung weiterwächst. Da die Bedarfsprognose auf den Daten 2019 beruht, wird hier ebenfalls die Entwicklung 2019 bis 2032 beschrieben, auch wenn für die neuste Bevölkerungsprognose die Daten 2020 als Ausgangspunkt dienen. Ende 2019 umfasste die Zürcher Bevölkerung 1 536 406 Personen. Im Jahr 2032 werden gemäss Prognose 1 755 084 Personen im Kanton Zürich leben. Dies entspricht einem Wachstum von gut 14 Prozent (vgl. Abbildung C8).

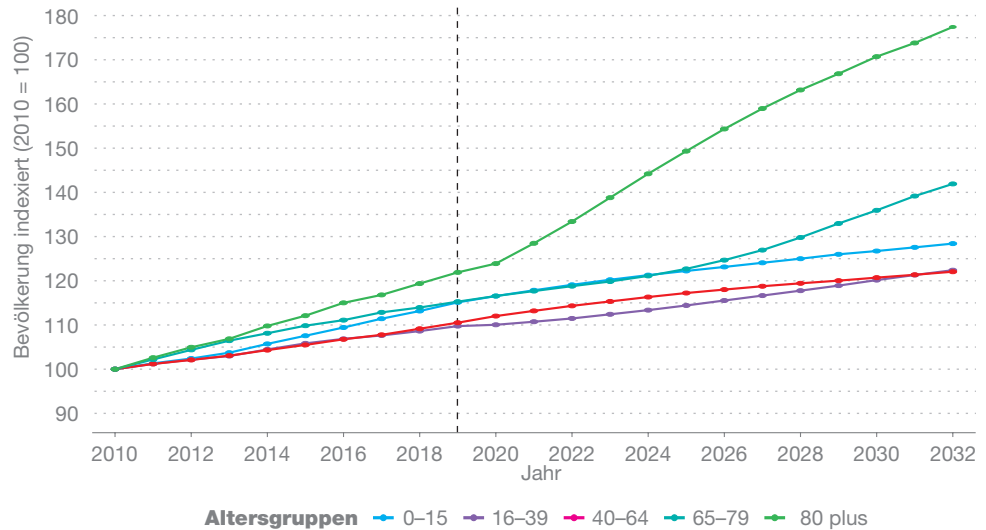
Abbildung C8: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032

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

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

Das Wachstum der höheren Altersgruppen wird deutlich sichtbar bei Betrachtung der indexierten Entwicklung der Bevölkerung unterteilt in fünf Altersgruppen, wobei das Jahr 2010 dem Wert 100 entspricht (vgl. Abbildung C9). Von 2010 bis 2019 hat die Altersgruppe der über 80-Jährigen um rund 22 Prozent zugenommen. Bis ins Jahr 2032 wird diese Altersgruppe gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt um 77 Prozent zunehmen. Das stärkste Wachstum in dieser Altersgruppe wird in den nächsten Jahren erwartet. Und auch die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen wird in den kommenden Jahren bis 2032 deutlich stärker wachsen als in den vergangenen Jahren. Die in der Öffentlichkeit viel diskutierte Alterung der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken.

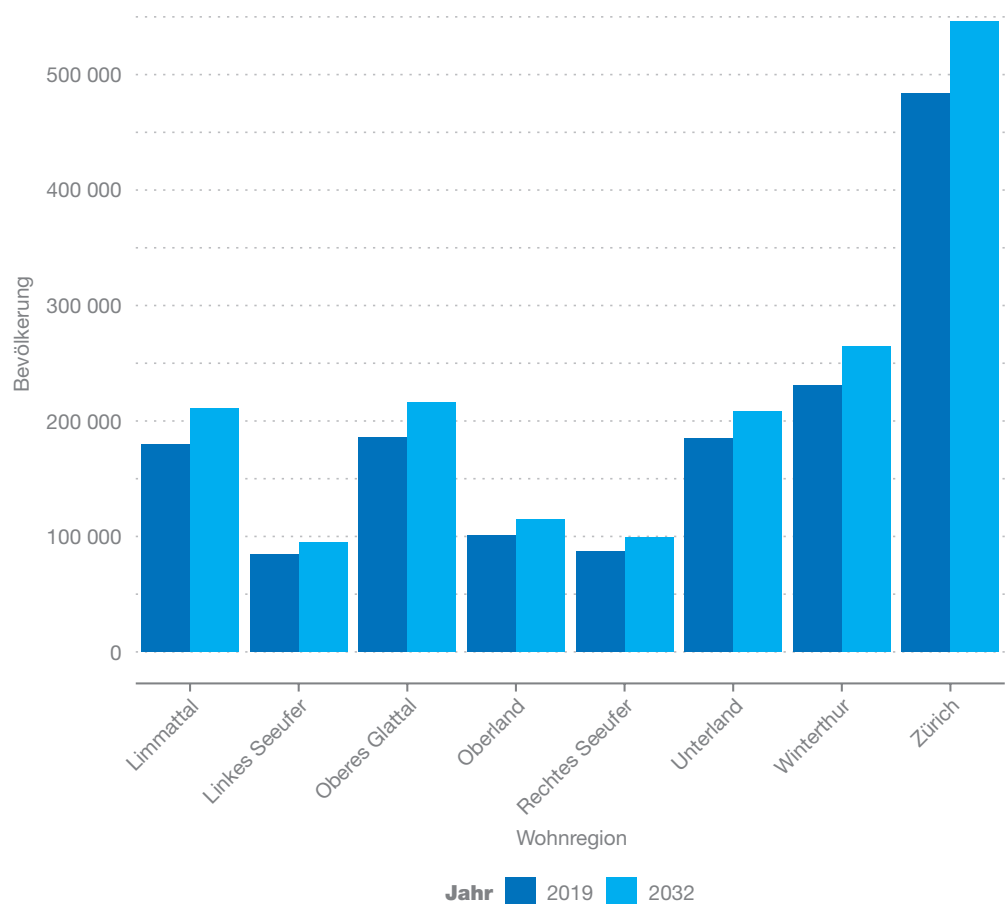
Abbildung C9: Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032



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

Die Bevölkerungsprognose kann auch auf Ebene der Wohnregionen betrachtet werden (vgl. Abbildung C10). Das Wachstum liegt in allen Wohnregionen zwischen 13 und 18 Prozent. Am stärksten ist das relative Bevölkerungswachstum in den Regionen Limmattal (+18%) und Oberes Glattal (+16%). Am wenigsten stark wächst die Region Unterland mit einer Zunahme von knapp 13 Prozent.

Abbildung C10: Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 bis 2032



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

Medizintechnische Entwicklung

Zur Bestimmung des Effekts der medizintechnischen Entwicklung auf die Zahl der stationären Austritte in der Akutsomatik hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) zwei Gutachten erstellt. Eine erste Studie wurde im Jahr 2009 für die Gesundheitsdirektion verfasst. Diese wurde im Jahr 2016 durch eine neue Studie aktualisiert und ergänzt. Die Autorinnen und Autoren der beiden Studien kommen im neuen Gutachten von 2019 zur Psychiatrie und Rehabilitation zum Schluss, dass die aus den Studien für die Akutsomatik gewonnenen Erkenntnisse für die Zeit bis 2032 weiterhin Gültigkeit haben. Sie empfehlen der Gesundheitsdirektion deshalb eine Fortschreibung der in der Prognose Akutsomatik 2015–2025 berücksichtigten Entwicklungen. Bei den Hüft- und Knieprothesen wird ein Anstieg der Revisionsoperationen erwartet. Und bei der Neurologie wird eine Verschiebung von der SPLG NEU3 in die spezialisierte SPLG NEU3.1 stattfinden.

Medizintechnische Entwicklungen spielen eine sehr wichtige Rolle im Gesundheitswesen aufgrund der besseren Behandlungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben, aber auch aufgrund der hohen Kosten, die diese unter Umständen mit sich bringen. Sie können die Behandlungen in gewissen SPLG stark beeinflussen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Entwicklung in der Prognoseperiode tatsächlich stattfindet, ist jedoch klein. Das macht die Prognose von Entwicklungen aufgrund eines medizintechnischen Fortschrittes sehr schwierig. Da es sehr viele medizintechnische Entwicklungen gibt, ist es in der Summe durchaus realistisch, dass eine davon in einer oder mehreren SPLG zu substantiellen Veränderungen führt. Welche es ist und wie diese die Behandlung in den betroffenen SPLG verändert, ist jedoch nicht abschätzbar. Im Rahmen der vorliegenden Bedarfsprognose haben die medizintechnischen Entwicklungen darum einen geringen Einfluss. Details zur Berücksichtigung in einzelnen SPLG befinden sich im Versorgungsbericht zur Spitalplanung 2023.

Epidemiologische Entwicklung

Für die Spitalplanung 2012 wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen erstellt. Die berücksichtigten epidemiologischen Entwicklungen hatten allerdings nur schwache Effekte auf die prognostizierten Fallzahlen. Die Autorin und der Autor des Gutachtens erkennen keinen Bedarf für eine Aktualisierung des Gutachtens, da auch weiterhin keine relevante und quantifizierbare Entwicklung vorhersehbar ist. Um sicherzustellen, dass keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen übersehen wurden, fand am 10. Juli 2019 ein Workshop mit vier Epidemiologen aus drei Instituten (ISPM Bern, STPH Basel und EBPI Zürich) statt:

Die Ergebnisse des Workshops deuten darauf hin, dass es keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen gibt, die einen quantifizierbaren Effekt auf die stationären Fallzahlen haben werden. Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie ändern diese Einschätzung nicht. Sie ist vielmehr ein Beispiel für eine Entwicklung, die wegen ihrer Unvorhersehbarkeit nicht in die Prognose einfließen kann. Das gilt auch für allfällige Langzeitfolgen aufgrund einer Covid-Erkrankung. Dazu ist ebenfalls noch zu wenig bekannt, um das in der Prognose berücksichtigen zu können.

Korrektur für kantonale Überversorgung (Angleichung Hospitalisierungsraten und MAHD)

Das Prognosemodell in der Akutsomatik geht von der Annahme aus, dass es im Kanton Zürich eine Überversorgung geben kann, es aktuell aber keine Unterversorgung gibt. Eine kantonale Unterversorgung könnte anhand verschiedener Indizien festgestellt werden, z.B. auffallend lange Wartezeiten für einen Eingriff oder eine sehr hohe Bettenbelegung in den Akutspitälern. Dafür gab es vor der Covid-19-Pandemie keine Anzeichen. Es ist zu erwarten, dass auffallend lange Wartezeiten die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Zürcher Gesundheitsversorgung negativ beeinflussen würden. Die Ergebnisse der jährlichen Zufriedenheitsbefragung der Zürcher Bevölkerung zeigen jedoch, dass diese mit der Spitalversorgung sehr zufrieden ist (je nach Frage zwischen 8 und 9 von 10 Punkten). Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW hat 2019 zusammen mit INFRAS eine Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht⁸: Die Autorinnen und Autoren kommen darin zum Schluss, dass Unterversorgung kaum zu Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitssystem führt. Konkret heisst dies, es gibt kaum Unterversorgung, die zu verzögerter Diagnosestellung oder Behandlung und somit langfristig zu höheren Kosten («Ineffizienzen») führen würde.

Eine mögliche Überversorgung kann unterschiedliche Gründe haben wie z.B. Überversorgung durch Ausweitung der Indikationsstellung oder häufigere stationäre statt ambulante Behandlungen. Während gesellschaftliche oder kulturelle Faktoren wie Ernährung oder Belastungen durch Arbeit zu einem tatsächlichen Unterschied im Bedarf führen können, den die Prognose

⁸ Brunner, B. et al. (2019): «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Schlussbericht», online im Internet unter: <https://digital-collection.zhaw.ch/handle/11475/20579>

berücksichtigen muss, produzieren Überversorgung und unnötige stationäre Behandlungen zwar eine höhere Nachfrage, jedoch keinen höheren Bedarf. In der im vorausgegangenen Absatz erwähnten Studie von INFRAS und dem WIG kommen die Autorinnen und Autoren zum Schluss, dass das Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Behandlungen in der stationären Akutsomatik rund 20 Prozent ausmacht (ebd. S. 85). Bei rund 10 Prozent davon handelt es sich um ein «Effizienzpotenzial wegen zu hohen Mengen» (Grafik S. 86). Auch die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe Kostendämpfung kommt in ihrem Schlussbericht 2017 zum Schluss, dass die «Effizienzreserven» im schweizerischen Gesundheitswesen rund 20 Prozent der Gesundheitskosten betragen⁹. Die Autorinnen und Autoren verweisen auf Zahlen der OECD, die zeigen, dass die Raten für gewisse Eingriffe in der Schweiz bis zu 20 Prozent über dem OECD Durchschnitt liegen (ebd. S. 41). Und sie schlussfolgern daraus: «Es ist also anzunehmen, dass bei gewissen Eingriffen in der Schweiz eine kostentreibende Überversorgung vorliegt.» (ebd. S. 41).

Um der gesetzlichen Vorgabe einer bedarfsgerechten Spitalplanung gerecht zu werden, soll diese Überversorgung aus dem Bedarf herausgerechnet werden. Allerdings ist es anhand der verfügbaren Daten nicht möglich, die Überversorgung exakt pro Spitalplanungsleistungsgruppe zu schätzen. Deshalb beschränkt sich die Prognose darauf, eine mögliche kantonale Überversorgung zu korrigieren. Dazu werden die Zürcher Hospitalisierungsraten pro SPLG und Altersgruppe berechnet und mit dem Schweizer Durchschnitt (ohne ZH) verglichen. Wenn die Zürcher Hospitalisierungsrate höher ist als die schweizerische, erfolgt eine Korrektur nach unten. Im Hauptszenario wird bei einer Zürcher Hospitalisierungsrate von 1 und einem Schweizer Durchschnittswert von 0,5 angenommen, dass die Hospitalisierungsrate bis in das Jahr 2032 auf 0,75 sinken wird. Die Angleichung um 50 Prozent anstelle von 100 Prozent berücksichtigt die Tatsache, dass sich der Kanton Zürich z.B. in der Bevölkerungsstruktur vom Schweizer Durchschnitt unterscheidet. Liegt die Zürcher Hospitalisierungsrate hingegen unter dem Schweizer Wert, so findet keine Angleichung statt, da gegenwärtig wie oben dargelegt nicht von einer Unterversorgung ausgegangen wird. Im Minimalszenario werden die Hospitalisierungsraten um 75 Prozent angeglichen. Im Maximalszenario gibt es keine Angleichung. Dasselbe Vorgehen wird bei der mittleren Aufenthaltsdauer angewendet.

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

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

Substitution stationär durch ambulant

Am 1. Januar 2018 trat die Zürcher «Ambulant vor Stationär»-Liste in Kraft. Damit wurden die Spitäler verpflichtet, die aufgeführten Eingriffe in der Regel ambulant durchzuführen. Die Massnahme zeigt Wirkung: Eine im Gesundheitsversorgungsbericht 2019 veröffentlichte Untersuchung zeigt, dass die Zahl der Eingriffe, die weiter stationär erbracht wurden, um rund 50 Prozent (3000 Fälle) gesunken ist. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass die Spitäler durch die Einführung der «Ambulant vor Stationär»-Liste ambulante Prozesse optimiert und wo nötig zusätzliche ambulante Kapazitäten aufgebaut haben. Diese Kapazitäten wurden auch für andere ambulante Eingriffe genutzt, die bisher teilweise auch stationär erbracht wurden. Die Gesundheitsdirektion erwartet in den nächsten Jahren eine zusätzliche Verlagerung, z.B. aufgrund eines Ausbaus der «Ambulant vor Stationär»-Liste, und beziffert das Verlagerungspotenzial mit 16500 Fällen. Diese 16500 Fälle können aber kaum alle ambulant behandelt werden. Im Rahmen der «Ambulant vor Stationär»-Vorgaben gibt es eine Liste mit Gründen, die für eine stationäre Behandlung sprechen. Das können medizinische oder soziale Gründe sein (vgl. dazu Liste möglicher Ausnahmekriterien V2.0710). Die Evaluation der Massnahme «Ambulant vor Stationär» hat gezeigt, dass im ersten Jahr nach Einführung rund 50 Prozent der Eingriffe auf der Liste neu ambulant statt stationär erbracht wurden (vgl. Gesundheitsversorgungsbericht 2019). Ein Verlagerungsfaktor von 50 Prozent ist deshalb angemessen, auch wenn es möglich ist, dass in den kommenden Jahren noch etwas mehr als 50 Prozent dieser Fälle verlagert werden. Folglich sind bis ins Jahr 2032 rund 8000 zusätzliche verlagerbare Fälle zu erwarten. Im Minimalszenario beträgt der Verlagerungsfaktor 75 Prozent

⁹ Diener, V. et al. (2017); «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24.8.2017», online im Internet unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

¹⁰ Im Internet abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html>

und im Maximalszenario geht die Gesundheitsdirektion von keiner weiteren Verlagerung aus. Details zur Berechnung des Einflussfaktors befinden sich im Versorgungsbericht zur Spitalplanung 2023.

Generelle Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD)

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

Spezielle Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB)

In der Bedarfsprognose Akutsomatik werden drei SPLB separat und nicht mit dem im Kapitel C 2.1.1.2 und oben dargelegten Modell berechnet. Es sind die Leistungsbereiche Transplantationen, Geburtshilfe und Neonatologie.

Bei den Transplantationen wird davon ausgegangen, dass auch in Zukunft das Angebot an Spenderorganen darüber bestimmt, wie viele Transplantationen es geben wird. Zur Schätzung der zukünftigen Zahl an Spenderorganen rechnet die Gesundheitsdirektion die Fallzahlen mit der demografischen Entwicklung hoch. Die Zahl der Spenderorgane wird im Verhältnis zur Bevölkerung gemäss diesen Annahmen unverändert bleiben. Da die Bevölkerung zunimmt, steigt auch die Zahl der Transplantationen leicht an. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass mit Inkrafttreten der erweiterten Widerspruchslösung mehr Spenderorgane zur Verfügung stehen werden. Die genauen Auswirkungen sind zum heutigen Zeitpunkt aber nicht abschätzbar.

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

Die Abbildung C11 enthält die Übersicht aller Einflussfaktoren im Prognosemodell Akutsomatik.

Abbildung C11: Verwendung der Einflussfaktoren Akutsomatik je Szenario

Einflussfaktor	Annahme	Berücksichtigung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes Kanton Zürich	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Zunahme von Knie- und Hüftprothesen (Revision)	Haupt: 1 * Faktor Max: 1,5 * Faktor Min: Kein Faktor
Medizintechnik	Verschiebung NEU3 → NEU3.1	Keine Unterscheidung
Epidemiologie	–	–
Angleichung Hospitalisierungsrate	Wenn Hospirate ZH > Hospirate CH, Angleichung um X Prozent (s. Szenarien)	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Ambulantisierung	Verlagerbare Fälle mit Eingriff auf deutschen AOP-Listen + AvS-Liste	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Angleichung mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Wenn MAHD ZH > MAHD CH, Angleichung um X Prozent	Haupt: 50% Max: 0% Min: 75%
Generelle Verkürzung der MAHD	Konstante Abnahme der MAHD	Haupt: -1,0% Max: -0,7% Min: -1,5%

Quelle: Eigene Darstellung

Nicht berücksichtigte Faktoren

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

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

Das ist bei vielen Einflussfaktoren herausfordernd. Ist eine datenbasierte Schätzung der zukünftigen Entwicklung nicht möglich, werden die Faktoren als konstant angenommen.

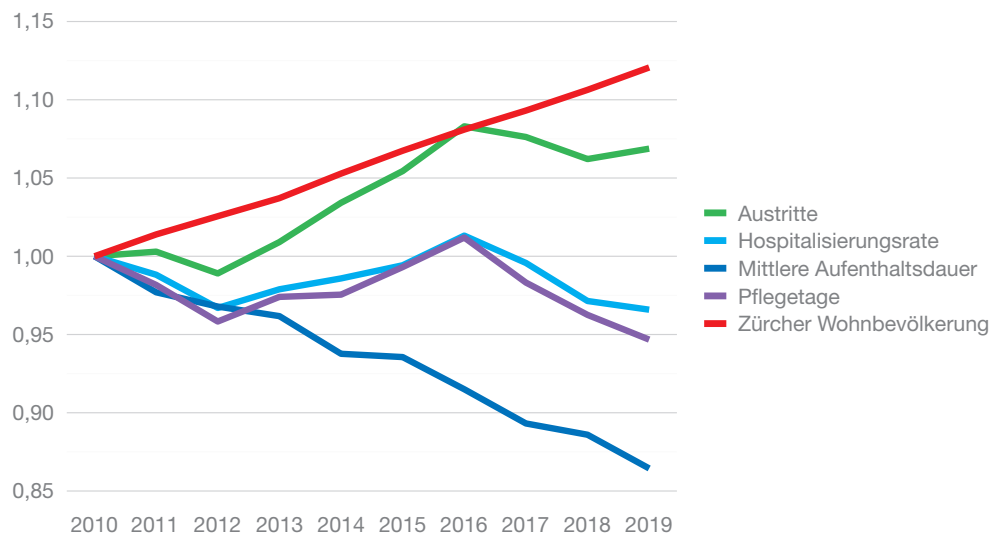
2.2 Bisherige Nachfrage

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten dargestellt. Datengrundlage für dieses Kapitel sind die erhobenen Fälle der Akutsomatik im Jahr 2019.

2.2.1 Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019

Abbildung C12 zeigt die Entwicklung der Zürcher Bevölkerung sowie der stationären Leistungen, die von Zürcher Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der Austritte steigt bis 2016 mehrheitlich an. Der leichte Rückgang im Jahr 2012 ist auf die neue Falldefinition unter SwissDRG zurückzuführen. Unter Berücksichtigung dieses statistischen Effekts wären die Fallzahlen im Jahr 2012 ebenfalls angestiegen und die Entwicklung der Fallzahlen etwa parallel zur Bevölkerungsentwicklung verlaufen. Ab 2017 ist die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2010 rückläufig. Dieser Rückgang setzt sich 2018 fort. In diesem Jahr wurden rund 210500 Zürcher Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Von 2016 bis 2018 hat die Zahl der Austritte um 1,9 Prozent abgenommen. Hauptgrund für den Rückgang ist die Einführung von «Ambulant vor Stationär» im Kanton Zürich (vgl. Kapitel 1.3, Gesundheitsversorgungsbericht 2019). 2019 steigt die Zahl der Austritte wieder um gut 0,6 Prozent. Betrachtet man die Entwicklung seit 2010, so hat die Zahl der Austritte um rund 7 Prozent zugenommen, während die Zürcher Wohnbevölkerung um rund 12 Prozent gewachsen ist.

Abbildung C12: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung

Die Hospitalisierungsrate, also die Inanspruchnahme von stationären Leistungen pro Kopf, ist ab 2013 angestiegen (vgl. Abbildung C12). Seit 2017 ist sie rückläufig, was aufgrund der abnehmenden Fallzahlen 2017 und 2018 nicht überrascht. Der prozentuale Rückgang der Hospitalisierungsrate ist stärker als jener der Austritte, weil die Bevölkerung weiterhin wächst. Tiefere Fallzahlen bei einer höheren Bevölkerungszahl führen zu einer markanten Reduktion der Hospitalisierungsrate. Wurden 2016 noch rund 138 von 1000 Zürcherinnen und Zürchern (ohne gesunde Neugeborene) stationär in einem Akutspital behandelt, sind es 2018 noch 133. 2019 sinkt die Hospitalisierungsrate ganz leicht auf 132, weil die Zunahme der Fallzahlen etwas weniger stark ist als das Bevölkerungswachstum. Nicht berücksichtigt in diesem Vergleich ist die Alterung der Bevölkerung.

Die Anzahl Pflagestage 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 Pflagestage. 2019 beträgt die Anzahl Pflagestage rund 1,1 Millionen und ist damit etwa 6 Prozent tiefer als im Jahr 2016. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ist seit 2010 im Schnitt um 1,5 Prozent pro Jahr gesunken. 2019 liegt sie bei 5,1 Tagen, was im Vergleich zum Vorjahr einem Rückgang um 2,4 Prozent entspricht.

2.2.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Die Gruppierung nach Leistungsbereichen wird hier mit den Spitalplanungsleistungsgruppen 2023 gemacht und nicht mit der für das Jahr 2019 gültigen Version der SPLG. Die Spitalplanungsgruppen wurden im Vergleich zur Version für den Versorgungsbericht punktuell überarbeitet. Deshalb weichen die hier ausgewiesenen Zahlen teilweise vom Versorgungsbericht ab. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten der Gesundheitsdirektion.¹¹

2.2.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

2019 sind 211 800 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Rund 37 Prozent davon werden vom SPLG-Groupier zum Basispaket gezählt. Die Bereiche Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Neugeborene sowie Urologie weisen ebenfalls über 10 000 Austritte auf. Daneben gibt es einige kleinere Bereiche mit deutlich unter 1000 Austritten, wie z.B. Transplantationen und schwere Verletzungen. Die 211 800 Zürcher Fälle verzeichnen im Jahr 2019 knapp 1,1 Millionen Pflēgetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflēgetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet werden und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflēgetage im Kalenderjahr) ermittelt werden.

Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcher Patientinnen und Patienten beträgt im Jahr 2019 5,1 Tage. Sie variiert aber stark zwischen 2 Tagen in der Ophthalmologie und 26,8 Tagen im Bereich Transplantationen. Wie im Kapitel C 2.2.1 (vgl. Abbildung C13) gezeigt, ist die MAHD seit 2010 jedes Jahr gesunken.

Abbildung C13: Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflēgetage 2019
Basispaket	77 737	4,8	375 084
Dermatologie	784	7,3	5 756
Hals-Nasen-Ohren	7 469	3,1	23 253
Neurochirurgie	1 342	10,0	13 451
Neurologie	4 692	5,8	27 184
Ophthalmologie	3 123	2,0	6 235
Endokrinologie	1 105	8,5	9 390
Gastroenterologie	6 098	7,3	44 816
Viszeralchirurgie	4 209	10,5	44 346
Hämatologie	2 347	8,3	19 572
Gefässe	3 436	7,4	25 440
Herz	8 952	5,5	49 658
Nephrologie	666	11,2	7 437
Urologie	11 449	4,0	46 006
Pneumologie	3 713	9,2	34 104
Thoraxchirurgie	568	8,7	4 922
Transplantationen	84	26,8	2 254
Bewegungsapparat chirurgisch	28 732	5,4	155 411
Rheumatologie	850	6,0	5 093
Gynäkologie	6 883	3,0	20 417
Geburtshilfe	18 548	4,2	77 621
Neugeborene	16 903	4,2	71 145
(Radio-)Onkologie	1 614	7,9	12 745
Schwere Verletzungen	496	11,7	5 812
Total Kanton Zürich	211 800	5,1	1 087 152

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Abbildung C14 zeigt die Nachfrage stationärer Leistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Die über 65-Jährigen machen rund 40 Prozent der stationären Austritte aus, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung 2019 nur rund 17 Prozent beträgt. Bei den Pflēgetagen sind es über 50 Prozent, was damit zusammenhängt, dass ältere Personen in der Regel länger im Spital sind als jüngere. Einerseits kann dies mit den Behandlungen zusammenhängen, die ältere Personen eher benötigen als jüngere. Andererseits ist für dieselbe Behandlung die Erholungszeit oftmals länger als bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Dies zeigt sich in den mittleren Aufenthaltsdauern der Altersklassen 65–79 und 80+, die deutlich über den Werten für die jüngeren Altersklassen liegen.

¹¹ <https://www.zh.ch/kenndaten-spitaeler>

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

Abbildung C14: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Altersgruppe 2019

Altersgruppen	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegedage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–15 Jahre	28 868	3,9	112 141	16,2%
16–39 Jahre	43 111	3,6	155 588	32,2%
40–64 Jahre	55 579	4,6	253 666	34,6%
65–79 Jahre	49 412	6,1	301 308	12,2%
80+ Jahre	34 830	7,6	264 449	4,9%
Total Kanton Zürich	211 800	5,1	1 087 152	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Spitalaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung beschrieben. Es sei an dieser Stelle vermerkt, dass hier die Zürcher Wohnbevölkerung betrachtet wird und nicht die Standorte der Spitäler. Wenn im Folgenden Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, so sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen. Rund 200 Austritte konnten keiner Wohnregion eindeutig zugeteilt werden. Dies erklärt die leichten Unterschiede im Total zwischen den Abbildungen C13 und C14 bzw. C15. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen ist in Kapitel C 2.1.1.3 ersichtlich.

Abbildung C15: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Wohnregion 2019

Wohnregion	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegedage 2019
Limmattal	26 492	5,1	134 101
Linkes Seeufer	11 920	5,3	62 670
Oberes Glattal	24 002	5,3	127 888
Oberland	16 875	4,6	77 557
Rechtes Seeufer	12 472	5,2	64 716
Unterland	23 691	4,9	117 163
Winterthur	30 290	4,9	147 358
Zürich	65 839	5,4	354 377
Total Kanton Zürich	211 581	5,1	1 085 830

Quelle: Eigene Darstellung

Mit rund 66 000 Patientinnen und Patienten stammt fast ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus der Wohnregion Zürich. Die anderen zwei Drittel verteilen sich auf die weiteren sieben Regionen (vgl. Abbildung C15). Allerdings bedeutet das nicht, dass sich diese Personen auch in ihrer jeweiligen Wohnregion behandeln liessen. Vielmehr ist es so, dass die Patientinnen und Patienten aus allen Regionen zu einem beträchtlichen Teil in der Stadt Zürich behandelt werden.

Die Abbildung C16 enthält den Eigenversorgungsgrad der Zürcher Wohnregionen. Dieser entspricht dem Anteil der Patientinnen und Patienten aus einer Wohnregion, der sich in einem Spital derselben Wohnregion behandeln lässt. 60 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich in der eigenen Wohnregion behandeln. Die übrigen 40 Prozent werden in Spitälern in einer anderen Wohnregion oder ausserhalb des Kantons Zürich behandelt. Einerseits wird nicht das vollständige medizinische Leistungsspektrum in jeder Wohnregion angeboten. Andererseits suchen Patientinnen und Patienten in einem Notfall in der Regel das nächste geeignete Spital auf. Betrachtet man alle Fälle unabhängig von der Eintrittsart, werden 90 Prozent der Bevölkerung der Wohnregion Zürich innerhalb der eigenen Region behandelt. Mit 69 Prozent Eigenversorgungsgrad bleibt auch die Bevölkerung der Wohnregion Winterthur für eine stationäre Behandlung oft in der eigenen Region. Hingegen liegt der Eigenversorgungsgrad der anderen sechs Wohnregionen deutlich tiefer zwischen 32 und 49 Prozent. Aus diesen Wohnregionen ist eine deutliche Abwanderung in die Region Zürich zu verzeichnen. Die Stärke dieser Abwanderung hängt von der Eintrittsart ab. Bei Notfällen, d.h. in Fällen, bei denen eine Behandlung innert zwölf Stunden unabdingbar ist, liegt der Eigenversorgungsgrad in fast allen Region bei rund 50 Prozent oder darüber. Einzig im oberen Glattal ist dieser mit 45 Prozent etwas tiefer. Hingegen haben bei den geplanten Eintritten nur die

Regionen Zürich und Winterthur einen Eigenversorgungsgrad von mehr als 50 Prozent. Von allen anderen Regionen gibt es bei dieser Eintrittsart eine starke Abwanderung in die Zentren Zürich und Winterthur.

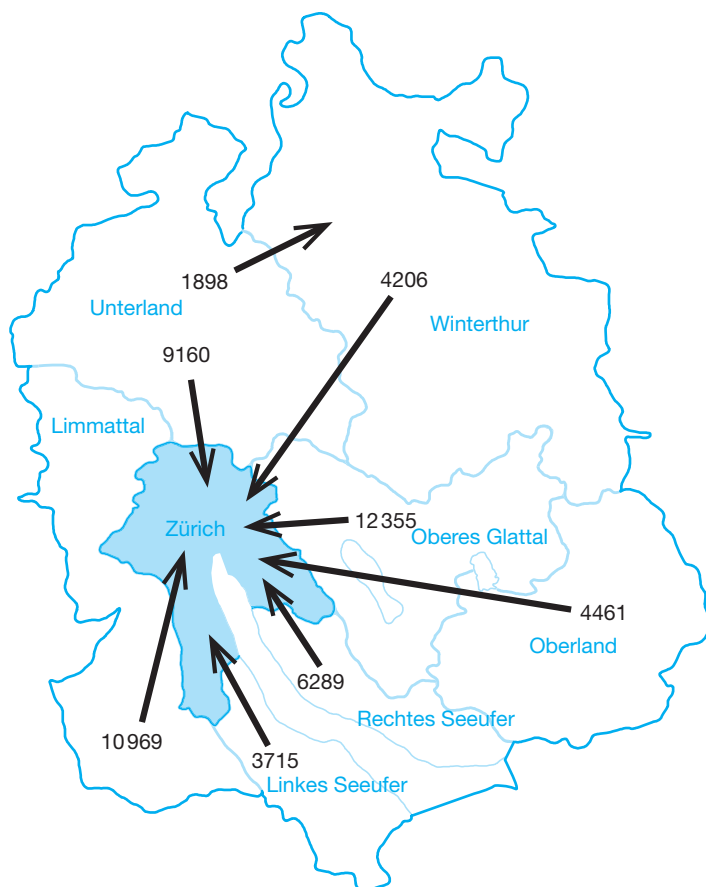
Abbildung C16: Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung C17 sind die wichtigsten Wanderungsbewegungen zwischen den Wohnregionen dargestellt. Die Pfeile zeigen den Wanderungssaldo zwischen den verschiedenen Zürcher Wohnregionen. Es werden nur Nettomigrationsbewegungen von mindestens 1000 Personen abgebildet. Es gibt aus allen Wohnregionen eine grosse Zuwanderung in die Wohnregion Zürich. Am höchsten ist diese aus den Wohnregionen Oberes Glattal und Limmattal mit einer Nettomigration von über 10 000 Ausritten. Abgesehen von den Bewegungen in die Wohnregion Zürich gibt es nur noch vom Unterland in die Wohnregion Winterthur eine Nettomigration von mehr als 1000 Fällen.

Abbildung C17: Nettomigration im Kanton Zürich (>1000 Austritte) 2019



Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose dargestellt. In einem ersten Unterkapitel wird auf die demografische Entwicklung als wichtigster Einflussfaktor eingegangen. Danach werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose aufgezeigt. Alle Angaben zum Jahr 2019 beinhalten die zuvor erwähnte Korrektur für die SPLG AUG1.4 und weichen deshalb leicht von den Angaben im Kapitel C 2.2 ab. Da die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) im Vergleich zur Version für den Versorgungsbericht punktuell überarbeitet wurden, ergeben sich in einigen SPLB Unterschiede zum Versorgungsbericht.

2.3.1 Auswirkungen der Einflussfaktoren

Die demografische Entwicklung ist der mit Abstand stärkste Einflussfaktor in der Bedarfsprognose. Deshalb wird deren Effekt in der Folge separat ausgewiesen. Der isolierte Effekt der anderen Einflussfaktoren wurde im Versorgungsbericht für jeden Einflussfaktor aufgezeigt.

Wird einzig die demografische Entwicklung berücksichtigt, erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fälle um 21,3 Prozent von knapp 211 000 auf 256 000. Die Pflage tage steigen um 24,5 Prozent. Die Demografie wirkt dabei in doppelter Weise auf die stationären Fallzahlen: Einerseits wächst die Bevölkerung, was zu einer Zunahme der stationären Fälle um rund 14 Prozent führt. Zudem wird die Bevölkerung aber auch älter, was nochmals zu einer Zunahme um rund 7 Prozent führt, weil ältere Personen mehr stationäre Behandlungen benötigen als jüngere. Der Unterschied zwischen den SPLB erklärt sich hauptsächlich über den unterschiedlichen Effekt der Alterung je nach SPLB sowie über die unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in den Wohnregionen.

Abbildung C18: Effekt der demografischen Entwicklung

SPLB	Austritte 2019	Austritte 2032	Veränderung	Pflage tage 2019	Pflage tage 2032	Veränderung
Basispaket	77 704	96 206	23,8%	374 971	483 987	29,1%
Dermatologie	781	940	20,4%	5 718	6 959	21,7%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	8 593	15,3%	23 177	27 246	17,6%
Neurochirurgie	1 329	1 577	18,7%	13 247	15 813	19,4%
Neurologie	4 681	5 845	24,9%	27 126	34 390	26,8%
Ophthalmologie	2 369	2 905	22,6%	5 049	6 248	23,7%
Endokrinologie	1 104	1 386	25,5%	9 386	11 956	27,4%
Gastroenterologie	6 088	7 663	25,9%	44 765	56 976	27,3%
Viszeralchirurgie	4 204	4 966	18,1%	44 315	53 377	20,4%
Hämatologie	2 347	2 918	24,3%	19 571	24 446	24,9%
Gefässe	3 430	4 346	26,7%	25 386	32 559	28,3%
Herz	8 939	10 980	22,8%	49 616	61 179	23,3%
Nephrologie	666	826	24,0%	7 437	9 141	22,9%
Urologie	11 441	14 016	22,5%	45 974	58 084	26,3%
Pneumologie	3 707	4 675	26,1%	34 078	43 353	27,2%
Thoraxchirurgie	567	671	18,3%	4 915	5 836	18,7%
Transplantationen	84	97	15,5%	2 254	2 594	15,1%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 703	33 608	17,1%	155 233	186 251	20,0%
Rheumatologie	848	1 017	19,9%	5 059	6 175	22,1%
Gynäkologie	6 873	7 775	13,1%	20 394	23 377	14,6%
Geburtshilfe	18 540	22 141	19,4%	77 587	92 655	19,4%
Neugeborene	16 898	20 173	19,4%	71 128	85 043	19,6%
(Radio-)Onkologie	1 610	1 926	19,6%	12 645	15 421	22,0%
Schwere Verletzungen	493	602	22,1%	5 768	7 138	23,8%
Total Kanton Zürich	210 861	255 852	21,3%	1 084 799	1 350 204	24,5%

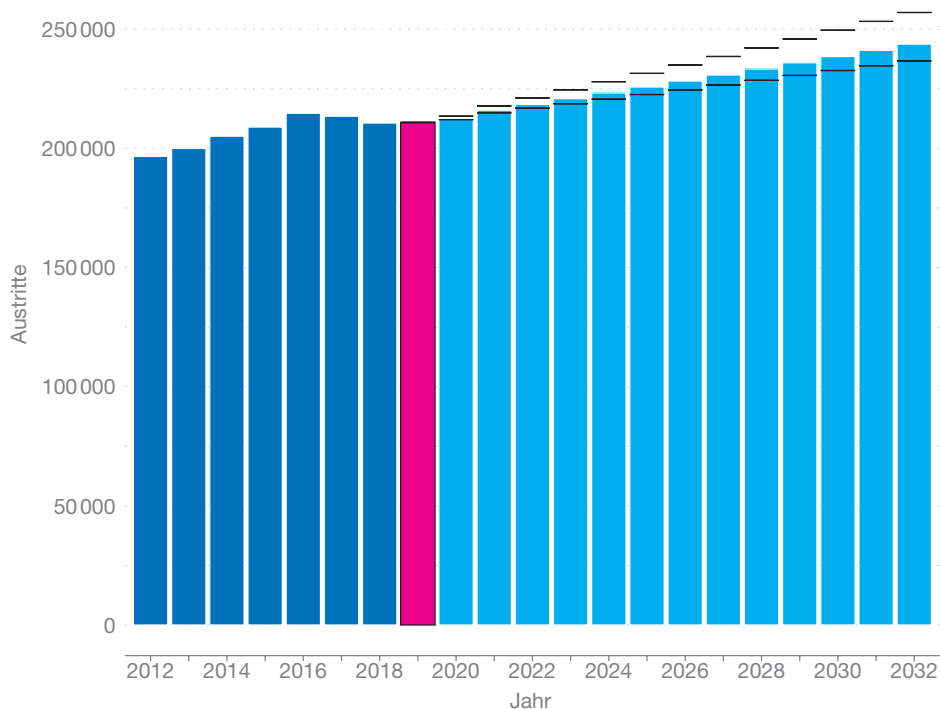
Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2 Bedarf 2032 – Akutsomatik

2.3.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2032

Zunächst wird das Prognoseergebnis zusammen mit der bisherigen Entwicklung der Austritte ab 2012 grafisch dargestellt. Die Abbildung C19 zeigt die Entwicklung der stationären Fälle in der Akutsomatik von 2012 bis 2032. Die Balken zeigen die vergangene Entwicklung sowie die Prognose im Hauptszenario, die schwarzen Striche stellen das Maximal- und Minimalszenario dar. Die Zahl der stationären Fälle ist 2012 bis 2016 stark angestiegen. 2017 und 2018 waren die Fallzahlen zum ersten Mal seit 2012 rückläufig. Analysen der Gesundheitsdirektion haben gezeigt, dass der Rückgang der Fallzahlen 2017 und 2018 zu einem grossen Teil durch die Einführung der Vorgabe «Ambulant vor Stationär» beeinflusst war. 2019 zeigt wieder eine leichte Zunahme der stationären Fälle. Eine Fortsetzung dieser Zunahme in den nächsten Jahren ist aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten. Wobei die Fallzunahme 2019 bis 2032 ähnlich stark erwartet wird, wie es für die Jahre 2012 bis 2019 beobachtet wurde.

Abbildung C19: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen

In der Abbildung C20 wird das Prognoseergebnis nach SPLB dargestellt. Sie zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien aus (vgl. Kapitel C 2.1.2 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose). Die Prognose schätzt bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 15,6 Prozent (vgl. Abbildung C20) auf rund 244 000 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Die Zunahme ist zu einem grossen Teil auf die demografische Entwicklung im Kanton Zürich zurückzuführen. Die Korrektur für kantonale Überversorgung und die Schätzung der zukünftigen Verlagerung in den ambulanten Bereich dämpfen hingegen die Fallzunahme. Diese Effekte sind aber deutlich weniger stark als die demografische Entwicklung.

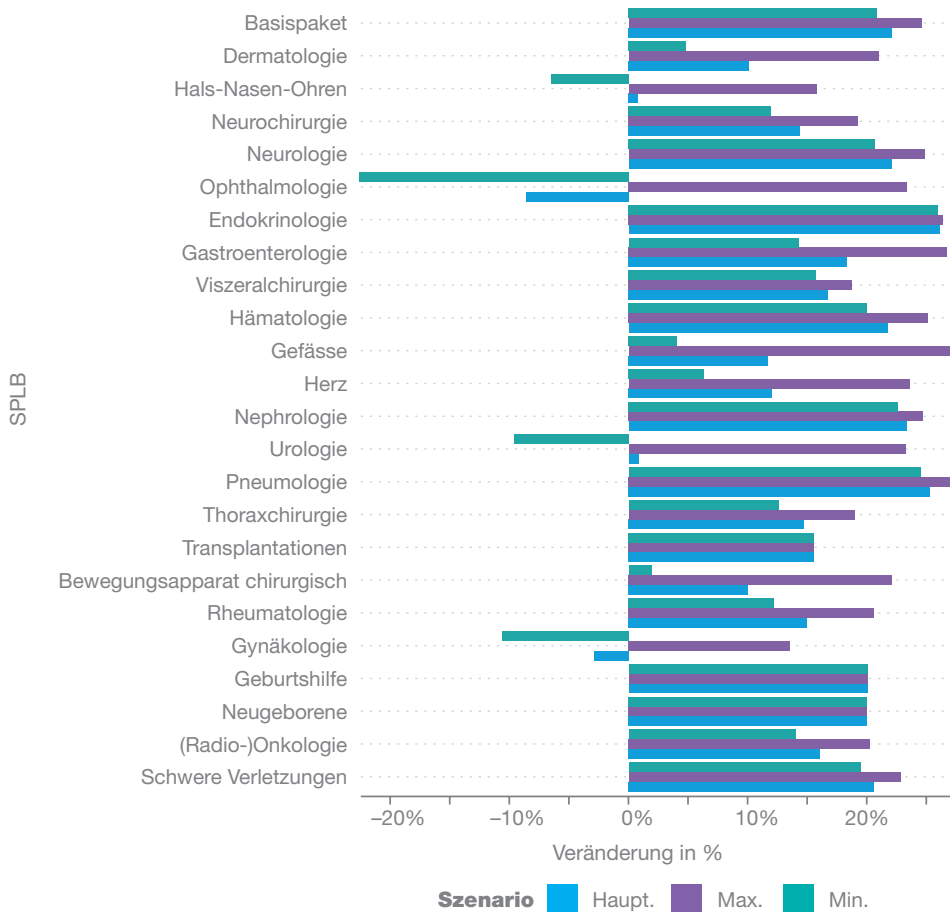
Abbildung C20: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Basispaket	77 704	94 338	21,4%	96 206	23,8%	93 404	20,2%
Dermatologie	781	857	9,7%	940	20,4%	817	4,6%
Hals-Nasen-Ohren	7 455	7 511	0,8%	8 593	15,3%	6 985	-6,3%
Neurochirurgie	1 329	1 514	13,9%	1 577	18,7%	1 483	11,6%
Neurologie	4 681	5 681	21,4%	5 806	24,0%	5 618	20,0%
Ophthalmologie	2 369	2 171	-8,4%	2 905	22,6%	1 850	-21,9%
Endokrinologie	1 104	1 383	25,3%	1 386	25,5%	1 381	25,1%
Gastroenterologie	6 088	7 169	17,8%	7 663	25,9%	6 928	13,8%
Viszeralchirurgie	4 204	4 885	16,2%	4 966	18,1%	4 845	15,2%
Hämatologie	2 347	2 841	21,0%	2 918	24,3%	2 802	19,4%
Gefässe	3 430	3 818	11,3%	4 346	26,7%	3 564	3,9%
Herz	8 939	9 983	11,7%	10 980	22,8%	9 488	6,1%
Nephrologie	666	816	22,5%	826	24,0%	812	21,9%
Urologie	11 441	11 533	0,8%	14 016	22,5%	10 374	-9,3%
Pneumologie	3 707	4 616	24,5%	4 675	26,1%	4 586	23,7%
Thoraxchirurgie	567	648	14,3%	671	18,3%	636	12,2%
Transplantationen	84	97	15,5%	97	15,5%	97	15,5%
Bewegungsapparat chirurgisch	28 703	31 487	9,7%	34 838	21,4%	29 233	1,8%
Rheumatologie	848	971	14,5%	1 017	19,9%	948	11,8%
Gynäkologie	6 873	6 681	-2,8%	7 775	13,1%	6 164	-10,3%
Geburtshilfe	18 540	22 141	19,4%	22 141	19,4%	22 141	19,4%
Neugeborene	16 898	20 173	19,4%	20 173	19,4%	20 173	19,4%
(Radio-)Onkologie	1 610	1 861	15,6%	1 926	19,6%	1 828	13,5%
Schwere Verletzungen	493	591	19,9%	602	22,1%	586	18,9%
Total Kanton Zürich	210 861	243 766	15,6%	257 043	21,9%	236 743	12,3%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung C21 zeigt die Entwicklung in den einzelnen SPLB, aufgeteilt auf drei Szenarien. Das Hauptszenario erwartet nur in zwei SPLB einen Rückgang der Fallzahlen: In der Ophthalmologie nehmen die stationären Fälle bis 2032 um rund 8 Prozent ab, in der Gynäkologie um 3 Prozent. Diese SPLB weisen höhere Hospitalisierungsraten auf als der schweizerische Durchschnitt und enthalten relativ viele Leistungen, die bis ins Jahr 2032 ambulant erbracht werden können. Sechs SPLB weisen ein Fallwachstum von über 20 Prozent auf: Endokrinologie, Pneumologie, Nephrologie, Basispaket, Neurologie und Hämatologie. Das sind Bereiche, bei denen die Korrektur der kantonalen Überversorgung nur schwach wirkt. Ebenfalls enthalten diese SPLB verhältnismässig wenige Eingriffe, die bis ins Jahr 2032 ambulant erbracht werden können. Schliesslich ist für die Höhe der Zunahme auch das Zusammenspiel zwischen Bevölkerungsstruktur und Hospitalisierungsrate wichtig: In SPLB, in denen die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter stark zunimmt, erwartet die Gesundheitsdirektion aufgrund der demografischen Veränderung eine stärkere Zunahme der Fallzahlen als in SPLB, in denen die Hospitalisierungsrate mit zunehmendem Alter weniger stark steigt.

Abbildung C21: Prognoseergebnis nach SPLB und Szenario



Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.3 Prognose nach Altersgruppen

Die Abbildung C22 enthält die Prognoseergebnisse für fünf Altersgruppen. Im Jahr 2019 sind 39,6 Prozent der stationär behandelten Patientinnen und Patienten 65 oder älter. Aufgrund des demografischen Wandels steigt dieser Anteil bis ins Jahr 2032 auf 43,3 Prozent. Bei den über 80-Jährigen wird eine starke Zunahme der Fallzahlen um 42 Prozent erwartet. Um rund 15 Prozent nimmt die Zahl der Fälle der Kinder (0–15) und der 65- bis 79-Jährigen zu. Die Zahl der Kinder steigt vor allem deshalb deutlich, weil die Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes von einer Zunahme der Geburtenrate in den kommenden Jahren ausgeht. Den schwächsten Anstieg der Fallzahlen gibt es bei den Personen zwischen 16 und 64 Jahren. Zusammen mit der generell abnehmenden Aufenthaltsdauer führt das dazu, dass für diese Altersgruppe ein Rückgang der Pfl egetage erwartet wird. Die Zunahme der Pfl egetage um 6,6 Prozent geht fast vollständig auf die Entwicklung bei den über 80-Jährigen zurück. In dieser Altersgruppe steigt die Zahl der Pfl egetage um 28 Prozent.

Abbildung C22: Prognoseergebnis nach Altersgruppe

Altersgruppe	Austritte			MAHD			Pfl egetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
0–15 Jahre	28 859	33 054	14,5%	3,9	3,4	-12,1%	112 115	112 800	0,6%
16–39 Jahre	43 048	47 148	9,5%	3,6	3,2	-11,6%	155 380	150 354	-3,2%
40–64 Jahre	55 362	58 006	4,8%	4,6	4,2	-8,8%	252 789	241 783	-4,4%
65–79 Jahre	48 979	56 405	15,2%	6,1	5,6	-9,5%	300 445	313 171	4,2%
80+ Jahre	34 613	49 152	42,0%	7,6	6,9	-9,8%	264 070	338 105	28,0%
Total Kanton Zürich	210 861	243 765	15,6%	5,1	4,7	-7,8%	1 084 799	1 156 213	6,6%

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.4 Prognose nach Wohnregionen

Die Abbildung C23 enthält die Ergebnisse der Prognose nach Wohnregion. Die Zunahme der Fallzahlen ist mit 11 Prozent am schwächsten in der Region Zürich und mit 19,4 Prozent am stärksten in der Region Oberes Glattal. Die Unterschiede zwischen den Wohnregionen erklären sich durch die unterschiedliche demografische Entwicklung. Wie im Kapitel C 2.1.2.2 dargelegt, wächst die Bevölkerung nicht in allen Wohnregionen gleich stark. Daneben ist aber auch die zunehmende Alterung der Bevölkerung nicht in allen Wohnregionen gleich. So beträgt der Anteil der über 65-Jährigen in der Region Zürich 2019 18,4 Prozent. Dieser steigt bis ins Jahr 2032 auf 19,3 Prozent. Hingegen beträgt der Anteil derselben Altersgruppe in der Region Oberland 22,7 Prozent im Jahr 2019 und 29,8 Prozent im Jahr 2032.

Abbildung C23: Prognoseergebnis nach Wohnregion

Wohnregion	Austritte			MAHD			Pflegetage		
	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung	2019	2032	Veränderung
Limmattal	26 441	31 523	19,2%	5,1	4,7	-6,5%	134 039	149 290	11,4%
Linkes Seeufer	11 902	13 700	15,1%	5,3	4,9	-6,3%	62 657	67 515	7,8%
Oberes Glattal	23 903	28 530	19,4%	5,3	5,0	-6,9%	127 758	141 856	11,0%
Oberland	16 814	19 928	18,5%	4,6	4,3	-7,2%	77 462	85 221	10,0%
Rechtes Seeufer	12 440	14 276	14,8%	5,2	4,8	-7,3%	64 680	68 852	6,5%
Unterland	23 605	27 792	17,7%	5,0	4,7	-5,2%	117 026	130 493	11,5%
Winterthur	30 130	35 141	16,6%	4,9	4,5	-7,4%	147 060	158 894	8,0%
Zürich	65 626	72 876	11,0%	5,4	4,9	-10,0%	354 117	354 094	0,0%
Total Kanton Zürich	210 861	243 766	15,6%	5,1	4,7	-7,8%	1 084 799	1 156 215	6,6%

Quelle: Eigene Darstellung

Das Wachstum der Bevölkerung in allen Wohnregionen bedeutet jedoch nicht, dass dieser Bedarf zwingend in den jeweiligen Wohnregionen gedeckt werden muss (vgl. Kapitel C 2.2.2.3).

2.4 Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich

Die Spitalplanung muss neben dem innerkantonalen Bedarf auch der Nachfrage nach stationären akutsomatischen Leistungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten Rechnung tragen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten nicht im Kanton Zürich behandelt wird. Das Kapitel C 2.3 enthält die Ergebnisse der Bedarfsprognose für die Zürcher Bevölkerung. Ein Teil der Zürcher Patientinnen und Patienten wird auch in Zukunft nicht im Kanton Zürich behandelt werden, z.B. bei Unfällen, die sich ausserhalb des Kantons Zürich ereignen. Die Bevölkerung an den Kantonsgrenzen wird ausserdem aus geografischen Gründen teilweise in nahegelegenen Spitälern in anderen Kantonen behandelt.

Die Abbildung C24 enthält die Zahlen zur Patientenmigration 2019. Die Gesundheitsdirektion erhebt von den Zürcher Spitälern die Angabe zum Wohnkanton in einer eigenen Variablen. Für die ausserkantonalen Fälle wird die Variable «Wohnort» der Medizinischen Statistik verwendet. 2019 wurden rund 11 700 Zürcher Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen behandelt. Demgegenüber stehen 37 100 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Spitälern behandelt wurden. Dazu kommen knapp 3500 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo ist für alle SPLB positiv, das heisst, es kommen mehr ausserkantonale und ausländische Personen für eine Behandlung in den Kanton Zürich, als dass Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonale behandelt werden. Der Wanderungssaldo beträgt total plus 28 884 Austritte.

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

Abbildung C24: Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019

SPLB	Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Zürich	Internationale Patientinnen und Patienten in Zürich	Saldo
Basispaket	5 011	8 089	1 118	4 196
Dermatologie	20	274	11	265
Hals-Nasen-Ohren	628	1 867	97	1 336
Neurochirurgie	51	674	105	728
Neurologie	196	1 152	168	1 124
Ophthalmologie	196	853	41	698
Endokrinologie	49	136	12	99
Gastroenterologie	172	806	82	716
Viszeralchirurgie	316	971	72	727
Hämatologie	77	702	40	665
Gefässe	158	1 002	83	927
Herz	245	4 313	416	4 484
Nephrologie	27	64	15	52
Urologie	518	1 756	128	1 366
Pneumologie	143	946	57	860
Thoraxchirurgie	11	191	10	190
Transplantationen	3	95	1	93
Bewegungsapparat chirurgisch	1 926	8 066	624	6 764
Rheumatologie	24	142	13	131
Gynäkologie	468	932	76	540
Geburtshilfe	707	1 810	131	1 234
Neugeborene	619	1 689	82	1 152
(Radio-)Onkologie	51	418	48	415
Schwere Verletzungen	59	157	24	122
Total Kanton Zürich	11 675	37 105	3 454	28 884

Quelle: Eigene Darstellung

Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2019 in einem Zürcher Spital behandelt werden, stammen mehrheitlich aus den Nachbarkantonen. Rund 28 400 der 37 100 ausserkantonalen Patientinnen und Patienten haben den Wohnsitz in einem der sechs Nachbarkantone (vgl. Abbildung C25). Am stärksten war die Zuwanderung aus dem Kanton Aargau (8866 Austritte), gefolgt von den Kantonen Schwyz (5400 Austritte) und St. Gallen (5260 Austritte). Auch aus den Kantonen Thurgau (3622 Austritte), Schaffhausen (3149 Austritte) und Zug (2125 Austritte) liessen sich viele Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandeln. Aus allen anderen Kantonen kamen im Jahr 2019 8683 Patientinnen und Patienten für eine Behandlung in den Kanton Zürich.

Abbildung C25: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkantonl	ZH
Basispaket	2 162	454	1 144	1 264	792	674	1 599	8 089	72 726
Dermatologie	74	32	41	18	23	15	71	274	764
Hals-Nasen-Ohren	517	98	247	203	238	140	424	1 867	6 841
Neurochirurgie	97	27	91	79	76	81	223	674	1 291
Neurologie	223	56	164	162	106	92	349	1 152	4 496
Ophthalmologie	216	22	115	83	88	152	177	853	2 927
Endokrinologie	45	7	8	10	16	15	35	136	1 056
Gastroenterologie	185	31	141	110	69	73	197	806	5 926
Viszeralchirurgie	221	41	156	119	107	102	225	971	3 893
Hämatologie	142	60	104	72	68	63	193	702	2 270
Gefässe	160	55	173	128	121	140	225	1 002	3 278
Herz	554	461	630	692	443	497	1 036	4 313	8 707
Nephrologie	17	4	4	10	9	6	14	64	639
Urologie	435	95	290	247	137	183	369	1 756	10 931
Pneumologie	222	19	77	111	70	75	372	946	3 570
Thoraxchirurgie	36	10	25	27	18	34	41	191	557
Transplantationen	17	3	9	14	10	0	42	95	81
Bewegungsapparat chirurgisch	2 159	397	988	898	755	455	2 414	8 066	26 806
Rheumatologie	34	7	13	12	16	13	47	142	826
Gynäkologie	215	56	208	150	69	51	183	932	6 415
Geburtshilfe	547	75	317	419	174	102	176	1 810	17 841
Neugeborene	504	68	321	388	167	101	140	1 689	16 284
(Radio-)Onkologie	49	33	109	27	37	73	90	418	1 563
Schwere Verletzungen	35	14	25	17	13	12	41	157	437
Total	8 866	2 125	5 400	5 260	3 622	3 149	8 683	37 105	200 125

Quelle: Eigene Darstellung

3. Evaluationskriterien

3.1 Anforderungen im Allgemeinen

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.2). In der Akutsomatik verzichtet die Gesundheitsdirektion aktuell noch auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da das Risiko allokativer Fehlentscheide besteht. Ergebnisqualitätsindikatoren wie beispielsweise Mortalitätsraten geben lediglich einen eingeschränkten und je nach Fachbereich sogar verzerrten Eindruck der effektiven Qualität wieder.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Der Regierungsrat und die Gesundheitsdirektion stellen somit in den generellen, leistungsspezifischen und weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen einzelne Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer.¹² Zusammen mit Expertinnen und Experten wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Diese umfassen generelle und leistungsspezifische Anforderungen. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben gemäss Selbstdeklaration durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft. Längerfristig strebt die Gesundheitsdirektion Zürich jedoch eine Evaluation via Ergebnisqualitätsindikatoren an. Durch den Aufbau und die Nutzung spezifischer, auf die jeweiligen Fachbereiche zugeschnittener Indikatoren wird eine Lenkung via Mindestfallzahlen potentiell an Relevanz verlieren.

¹² Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

3.2 Evaluationskriterium Qualität

Die generellen und weitergehenden Anforderungen stellen ein zentrales Element der Zürcher Spitalplanung 2023 dar. Die generellen Anforderungen regeln die Grundvoraussetzungen bzw. -anforderungen, die jeder Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Spitalistenplatz qualifizieren zu können. Sie schaffen somit eine erste Eintrittshürde für die Zürcher Spitalliste. Die generellen Anforderungen enthalten einen allgemeingültigen Teil, in dem unter anderem Vorgaben zum Versorgungsauftrag, zur Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zur Datenlieferung gemacht werden. Diese Anforderungen sind unabhängig vom Leistungsspektrum zu erfüllen. Wichtige Neuerungen betreffen vor allem Vorgaben im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement (z. B. Qualitäts- und Risikomanagement, Qualitätsmessungen, Hygiene, Heilmittel) und der Optimierung von Schnittstellen (z. B. Ein- und Austrittsmanagement einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung; integrierte Versorgung).

Ergänzend ist der fachspezifische Teil zur Akutsomatik enthalten, der zusätzliche Qualitätsanforderungen im Bereich Akutsomatik festhält (z. B. Hygienemanagement oder Qualitätscontrolling). Dieser fachspezifische Teil ist von den leistungsspezifischen Anforderungen (vgl. Kapitel C 3.5) abzugrenzen, da die Vorgaben unabhängig vom Leistungsauftrag für alle Leistungserbringer eines Fachbereichs gelten. Die weitergehenden generellen Anforderungen enthalten Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung wie auch zu Mindestfallzahlen pro Spital bzw. Operateurin und Operateur sowie zu Mindestpflegetagen.

3.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV schreibt den Kantonen vor, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Gemäss Rechtsprechung müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden (Bundesverwaltungsgericht Verfahren C-6088 / 2011 E. 6.4). Des Weiteren bestehen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18. Mai 2018 bzw. vom 27. Juni 2019. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt. Auch § 5 Abs. 1 lit. h SPFG verlangt neu, dass die wirtschaftliche Stabilität des Spitals und Geburtshauses für die Dauer des Leistungsauftrags sichergestellt ist.

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

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerberinnen und Bewerbern evaluiert. Hierfür werden die gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeit ermittelten Kosten ins Verhältnis zur Fallzahl gesetzt und um den durchschnittlichen Schweregrad bereinigt. Die so ermittelten schweregradbereinigten Fallkosten werden neben der etablierten Evaluation der Fallkosten auf Betriebsebene auch auf den tieferen Ebenen Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) analysiert.

Durchgeführt werden nicht nur jahresspezifische Vergleiche. Ein jahresübergreifender Kostenvergleich ist sinnvoll, weil damit der Beurteilung der jeweiligen Kostenentwicklung und allfälligen Kostenausreissern in einem spezifischen Jahr Rechnung getragen werden kann. Die Analyse findet zum einen basierend auf dem Durchschnitt der jahresspezifischen Kosten statt. Zum anderen wird die Entwicklung der Kosten beurteilt. Der Mehrjahresvergleich wird ausschliesslich auf Ebene Gesamtbetrieb und nicht auf tieferer Ebene (SPLG oder SPLB) ausgeführt.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinischen Statistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Der Inhalt und das Format der KTR entspricht den Vorgaben von SwissDRG. Anstelle der KTR-Daten werden bei ausserkantonalen Bewerberinnen und Bewerbern die Kostendaten auf Betriebsebene gemäss ITAR_K herangezogen. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Im Rahmen des Mehrjahresvergleichs werden die Daten 2019 mit Vorjahresdaten verglichen, um die Kostendaten in einen mehrjährigen Kontext zu bringen. Es werden ausschliesslich Datenjahre berücksichtigt, welche anhand des REKOLE Kostenträgerausweises erhoben worden sind. Es wird in erster Linie auf

bereits erhobene Daten abgestützt. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden, sofern notwendig, auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet, in dem die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke zur Verfügung gestellt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist die finanzielle Stabilität der potenziellen Leistungserbringer essentiell. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität während der Geltungsdauer der neuen Spitalliste werden drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBITDAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Langfristige Liquiditätsplanung

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

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

Neubewerbungen

Bisherige Kliniken, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag beworben haben, und Neubewerbende ohne Spital werden anhand von Plandaten evaluiert. Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, stationäre Austritte und Pflegetage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen auf einer Plankostenrechnung (Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur) für den stationären Bereich sowie einer Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Prüfung wird im Sinne einer Plausibilisierung der Daten vorgenommen.

3.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit von medizinischen Leistungen ist laut Bundesrecht neben dem Bedarf sowie der Qualität und Wirtschaftlichkeit eines der zentralen Kriterien der Spitalplanung. Gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV gewährleisten die Kantone allen Patientinnen und Patienten den Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist. Hilfsbedürftige Personen sollen demnach in angemessener Zeit Zugang zur richtigen Leistung am richtigen Ort haben. Dadurch wird Versorgungssicherheit gewährt. Stationäre Leistungen sollen für alle Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Kantonsgebiet innert nützlicher Frist erreichbar sein. Im Fachbereich Akutsomatik definiert sich die Erreichbarkeit der Leistungen in erster Linie durch eine zeitgerecht zugängliche Grundversorgung. Sie stellt sicher, dass sich Personen rasch in Behandlung begeben können. Der Fokus bei der Ermittlung der Erreichbarkeit liegt daher auf Spitälern mit Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin». Berücksichtigt werden alle inner- und ausserkantonalen Spitäler, die sich um einen Platz auf der kantonalen Spitalliste bewerben und als qualitativ und wirtschaftlich genügend betrachtet werden.

Für den Nachweis der angemessenen Zugänglichkeit zur Grundversorgung wurden für die vorliegenden Analysen in Zusammenarbeit mit ewp AG Effretikon die mittleren Fahrzeiten vom Wohn- bzw. Arbeitsort der Zürcherinnen und Zürcher bis zum Spitalstandort berechnet. Dabei kommt ein für den Kanton Zürich spezifiziertes Verkehrsmodell zur Anwendung. Das Modell stützt sich auf Angaben zum motorisierten Individualverkehr unter der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes. Als Datengrundlage dient die postleitzahlspezifische Verteilung der Wohnbevölkerung des Jahres 2017 und der Arbeitsorte des Jahres 2016 sowie das im Jahr 2018 bestehende kantonale Verkehrsnetz. Konkret gestaltet sich das Vorgehen wie folgt: Das kantonale Strassennetz wird im Verkehrsmodell als Knotennetz abgebildet. Je nach Strassentyp werden den einzelnen Netzabschnitten unterschiedliche durchschnittliche Fahrgeschwindigkeiten zugewiesen. Anschliessend wird für jeden Spitalstandort und jede Postleitzahl die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsorte auf Postleitzahlebene zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. In einem weiteren Schritt werden die Fahrzeiten in sechs Zeitintervalle (bis 5 Minuten, 5 bis 10 Minuten, 10 bis 15 Minuten, 15 bis 20 Minuten, 20 bis 30 Minuten und mehr als 30 Minuten) eingeteilt. Abschliessend werden die postleitzahlspezifischen Einwohner- und Arbeitsplatzzahlen aufgrund der ermittelten kürzesten gewichteten Fahrzeit den berechneten Fahrzeitintervallen zugewiesen.

3.5 Leistungsspezifische Anforderungen im Überblick

Je nach Leistungsgruppe, die ein Leistungserbringer anbieten möchte, müssen bestimmte leistungsspezifische Anforderungen erfüllt werden. Die entsprechenden Anforderungen sind ausführlich im Anhang zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik «Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen – Akutsomatik» Version 2023 beschrieben und dort zu entnehmen.

In der Abbildung «Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik» sind alle Leistungsgruppen und deren Anforderungen überblicksmässig dargestellt. Aus dieser geht hervor, mit welchem Basispaket die einzelnen Leistungsgruppen verknüpft sind, welche Fachärztinnen und -ärzte erforderlich sind und welche Anforderungen an deren zeitliche Verfügbarkeit gestellt werden. Weiter sind die Anforderungen an die Notfall- und Intensivstationen, die erforderlichen Verknüpfungen mit anderen Fachbereichen, sowohl in derselben Einrichtung als auch im Rahmen einer Kooperation, und die eventuelle Notwendigkeit eines Tumorboards ersichtlich. Aufgeführt sind zudem die zu erbringenden Mindestfallzahlen, jeweils für das Spital (MFZ-S) und für die einzelnen Operateure (MFZ-O).¹³

¹³ Das Dokument ist abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

4. Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen

4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Im Februar 2021 wurden die Leistungserbringer im Rahmen der Dialog-Veranstaltung¹⁴ über die Inhalte des Versorgungsberichtes zur Spitalplanung 2023 informiert. An dieser Veranstaltung wurde der Ablauf des Bewerbungsverfahrens, die Evaluationskriterien sowie die Bewerbungsplattform erläutert. Sämtliche Fristen zum Bewerbungsverfahren wurden zudem mit Publikation vom 24. Februar 2021 im Amtsblatt des Kantons Zürichs festgehalten. Das Bewerbungsverfahren dauerte vom 1. Juli 2021 bis zum 14. September 2021. Da die Vergabe eines Leistungsauftrages je Standort erfolgt und die Anforderungen der Gesundheitsdirektion ebenfalls je Standort formuliert sind, musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig von allfälligen Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstigen vertraglichen Verpflichtungen.

Im Fachbereich Akutsomatik haben sich insgesamt 22 Akutspitäler und zwei Geburtshäuser mit bisherigem Listenplatz beworben. Neben diesen Bewerbern hat sich ein Geburtshaus beworben, das bisher nicht auf der Zürcher Spitalliste figurierte.

Die Gesundheitsdirektion unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Einige Bewerbungen enthielten noch Unstimmigkeiten oder Unvollständigkeits, weshalb die Gesundheitsdirektion mit allen Bewerberinnen und Bewerbern eine persönliche Besprechung durchführte, um ihnen die Bereinigung ihrer Bewerbung zu ermöglichen. Alle Bewerber haben diese Möglichkeit genutzt. Die Besprechungen fanden in den Monaten November und Dezember 2021 statt. Als Vorbereitung und als Diskussionsgrundlage für die Gespräche wurde den Bewerbern jeweils vorab ein strukturierter Fragenkatalog zur jeweiligen Bewerbung zugestellt. In den Gesprächen wurde von der Gesundheitsdirektion insbesondere die Plausibilität der in der Bewerbung gemachten Angaben überprüft und die Leistungserbringer wurden darauf sensibilisiert, dass ein zukünftiger Leistungsauftrag auch eine Leistungspflicht gegenüber allen Patientinnen und Patienten in Bezug auf das gesamte Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe fordere. Ziel war, dass sich die Leistungserbringer nur für diejenigen Leistungsgruppen bewerben, welche sie auch nachhaltig anbieten können. Die Bewerberinnen und Bewerber erhielten die Gelegenheit, ihre Bewerbung ganz oder in einzelnen Bereichen zu überdenken, bei Bedarf anzupassen und/oder zurückzuziehen.

4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen

Der Bewerbungsprozess lief für die sich bewerbenden Spitäler in der Akutsomatik ohne grössere Schwierigkeiten ab. Es gab vereinzelte Rückfragen seitens der Spitäler. Die überwiegende Mehrheit der Bewerbungen war inhaltlich vollständig und die Auswahl der Leistungsaufträge liess die zukünftige strategische Ausrichtung der Spitäler erkennen. Durch die etablierte Leistungsgruppensystematik und die mit dem Versorgungsbericht im Frühjahr 2021 transparent kommunizierten Anforderungen konnte ein Grossteil der fachlichen Fragen schon im Vorfeld geklärt werden. Dieses Vorgehen und die direkten Gespräche wurden seitens der Leistungserbringer positiv gewürdigt. Die Gespräche mit den Bewerberinnen und Bewerbern erlebte die Gesundheitsdirektion als konstruktiv; die Bewerberinnen und Bewerber brachten zudem einige wertvolle Anregungen ein.

In der ausfaltbaren Abbildung C26 ist eine Übersicht über alle definitiven Bewerbungen ersichtlich.¹⁵

¹⁴ Die Unterlagen der Dialog-Veranstaltung sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#1883820548>

¹⁵ Einen umfassenden Überblick über die Zürcher Spitallandschaft der Akutsomatik geben die Kenndaten 2019. Nebst den Tabellen zum Personal und zur Finanzbuchhaltung beinhalten sie Informationen zu den Fallzahlen, Pflegeetagen und den Merkmalen der Patientinnen und Patienten sowie Angaben zur Aufenthaltsdauer und Bettenbelegung. Zudem ist ersichtlich, wo Zürcher Patientinnen und Patienten stationär versorgt werden. Die Kenndaten sind abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/daten-statistiken-spitaeler.html#-783795183>

Abbildung C26: Übersicht definitive Bewerbungen Akutsomatik

Leistungsbereich	Leistungsgroupen (SP-C)	Akutspitäler													Elektrospitäler													Geburtskliniken			
		Universitätskinderhospital Zürich (Kanton Zürich)	Kantonsspital Winterthur (Kanton Zürich)	Städt. Spital Zürich (Städt. Zürich)	Städt. Spital Zürich Standort Waid (Städt. Zürich)	Klinik Hirslinden (Hirslanden AG)	See-Spital Horgen (Stiftung See-Spital)	Spital Uster (Zweckverband Spital Uster)	CZO AG Spital Wetzikon (ZVO AG)	Spital Limmat (Zweckverband Spital Limmat)	Spital Bülach (Spital Bülach AG)	Spital Zollikofen (Stiftung Dikonowerg Neumünster)	Spital Mönchdorf (Spital Mönchdorf AG)	Spital Airoten (Spital Airoten AG)	Unterwieschwil Biopark (Schweizerischer Verein Biopark)	Wittmann-Klinik (Wittmann-Schulthess - Stiftung)	Urovas Klinik für Urologie (Urovas Klinik AG)	Adus-Medica (Adus-Medica AG)	Limmatklinik (Limmatklinik AG)	Klinik Lengg (Klinik Lengg AG)	Klinik Suesberg (Stiftung Klinik Suesberg)	Sune-Egge (Stiftung Sozialwerke Flarer E. Sieber)	Geburtshaus Zürcher Oberland (Geburtshaus Zürcher Oberland AG)	Geburtshaus Delpy's (Veren Geburtshaus Delpy's)	Geburtshaus Winterthur (Geburtshaus Winterthur AG)						
Basispaket	BPE	Beispiel für elektive Leistungserbringer																													
	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)																													
	DER2	Schwere Hauterkrankungen																													
	DER3	Wundheilung																													
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals- und Gesichtschirurgie																													
	HNO1.1	Komplexe Halsengriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)																													
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie, Nasenhöhlen mit Daueröffnung, Interdisziplinäre																													
	HNO1.3	Mittelschwere (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Otolaryngologie, Stapesplastik)																													
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Intra- und/oder Daueröffnung																													
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (MHSM)																													
	HNO2	Schilddrüse und Nebenschilddrüsenchirurgie																													
	KET	Kieferchirurgie																													
	Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie																												
		NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie																												
NCH1.1.1		Spezialisierte Neurochirurgie zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (MHSM)																													
NCH1.1.2		Spezialisierte Neurochirurgie zentralen Nervensystems mit komplexen vaskulären Anomalien (MHSM)																													
NCH1.2		Stereotaktische Chirurgie der abnormen / ungewöhnlichen Bewegungen und Epile																													
NCH1.3		Chirurgische Behandlung der epileptischen Epilepsie beim Erwachsenen (MHSM)																													
NCH2		Spinalneurochirurgie																													
NCH2.1		Seltene Rückenmarkstumoren (MHSM)																													
NCH3		Periphere Neurochirurgie																													
Neurologie		NEU2	Skandiale idiopathische Neubildung des Nervensystems																												
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen																													
	NEU3.1	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (MHSM)																													
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik																													
	NEU4.1	Epileptologie: Komplexe-Behandlung																													
	NEU4.2	Epileptologie: Intraduktuelle Epilepsiediagnostik (MHSM)																													
	AUG1	Ophthalmologie																													
	AUG1.1	Strabologie																													
	AUG1.2	Otitis, Lidier, Tränenwege																													
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersehnenchirurgie																													
AUG1.4	Katarakt																														
AUG1.5	Glaskörper-/Netzhautprobleme																														
Endokrinologie	END1	Endokrinologie																													
	GAET	Gastroenterologie																													
	GAET.1	Spezialisierte Gastroenterologie																													
	VIS1	Visus- und Augenheilkunde																													
	VIS1.1	Pankreasresektion (MHSM)																													
	VIS1.2	Leberresektion (MHSM)																													
	VIS1.3	Onkologische Chirurgie (MHSM)																													
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie																													
	VIS1.4.1	Komplexe bariatrische Chirurgie (MHSM)																													
	VIS1.5	Tiefe Rektumresektion (MHSM)																													
Hämato-onkologie	HAET	Aggressive Lymphome und akute Leukämien																													
	HAET.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie																													
	HAET.2	Idiopathische Lymphome und chronische Leukämien																													
	HAET.3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome																													
	HAET.4	Autologe Blutstammzelltransplantation																													
	HAET.5	Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation beim Erwachsenen (MHSM)																													
	GEF1	Gefässchirurgie peripherer Gefässe (strukt.)																													
	ANG1	Interventionen peripherer Gefässe (strukt.)																													
	GEF2	Interventionen und Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe																													
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis																													
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe																														
RAO1	Interventionelle Radiologie																														
RAO2	Komplexe interventionelle Radiologie																														
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie																													
	HER1.1	Koronarchirurgie (CABG)																													
	HER1.2	Komplexe koronare Herzchirurgie																													
	HER1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta																													
	HER1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe																													
	HER1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe																													
	HER1.6	Herzstützsysteme beim Erwachsenen (MHSM)																													
	KAR1	Kardiologie und Devices																													
	KAR2	Elektrophysiologie und CRT																													
	KAR3	Interventionelle Kardiologie (Koronarengriefe)																													
KAR3.1	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)																														
KAR3.1.1	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)																														
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminale Nieren-)																														
URO1	Urologie mit Schwerpunkt 'operative Urologie'																														
URO1.1	Urologie mit Schwerpunkt 'operative Urologie'																														
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie																														
URO1.1.2	Radikale Zystektomie (MHSM)																														
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere																														
URO1.1.4	Isolierte Adrenaektomie																														
URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblaseepithels																														
URO1.1.8	Pelvische Nierentumoren mit Desintegration von Steinmaterial																														
URO1.1.9	Rekonstruktive Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (MHSM)																														
Pneumologie	PNE1	Pneumologie																													
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie																													
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation																													
	PNE1.3	Cystische Fibrose																													
	PNE2	Polysomnographie																													
	THO1	Thoraxchirurgie																													
	THO1.1	Lobektomie, Pneumektomie, Mediastinaltumoren, Mediastinaltumoren mit Phrenektomie																													
	THO1.2	Mediastinalengriffe																													
	TPL1	Herztransplantation (MHSM)																													
	TPL2	Lungentransplantation (MHSM)																													
TPL3	Lebertransplantation (MHSM)																														
TPL4	Pankreas- und Inseltransplantation (MHSM)																														
TPL5	Nierentransplantation (MHSM)																														
TPL6	Darmtransplantation																														
TPL7	Milztransplantation																														
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat																													
	BEW2	Orthopädie																													
	BEW3	Handchirurgie																													
	BEW4	Arthrologie der Schulter und des Ellbogens																													
	BEW5	Arthrologie des Knies																													
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität																													
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität																													
	BEW7.1	Endoprothese Hüfte																													
	BEW7.1.1	Wechseloperationen Hüftprothesen																													
	BEW7.2	Endoprothese Knie																													
BEW7.2.1	Wechseloperationen Knieprothesen																														
BEW8	Wirbelsäulenchirurgie																														
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie																														
BEW9	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie																														
BEW9	Maligne Knochtumoren																														
BEW10	Plexuschirurgie																														
BEW11	Rekonstruktive																														
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie																													
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie																													
	OYN1	Gynäkologie																													
	OYN2	Gynäkologische Tumore																													
	OYN3	Anfallsartig verlaufende Brustschmerzen																													
	PCL1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität																													
	GERH	Geburtskliniken (3-36.07.SSW)																													
	GERB	Hochmolekulare Geburtshilfe am/ in Scheit																													
	GERI	Gastroenterologie (3-36.07.SSW und GG 2009)																													
	GERI.1.1	Saurstoff (3-32.07.SSW und GG 1909)																													
GERI.1.1.1	Spezialisierte Gastroenterologie (3-32.07.SSW und GG 1909)																														
Neugeborene	NEOG	Gastroenterologie/Neurologie/Chirurgie (3-36.07.SSW und GG 2009)																													
	NEO1	Neonatalchirurgie (3-36.07.SSW und GG 2009)																													
	NEO1.1	Neonatalchirurgie (3-36.07.SSW und GG 2009)																													
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalchirurgie (3-28.07.SSW und GG 1009)																													
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatalchirurgie (3-28.07.SSW und GG 1009)																													
	ONK1	Onkologie																													
	RAO1	Radio-Onkologie																													
	NUK1	Nuklearmedizin																													
	UNF1	Urologische (Polytrauma)																													
	UNF1.1	Behandlung von Schwereverletzungen (MHSM)																													
UNF2	Schwere Verwundungen (MHSM)																														
Querschnitts-bereiche	KINM	Kindermedizin																													
	KINCC	Kinderchirurgie																													
	KINCB	Basal-Kinderchirurgie																													
	KAA	Kinderanästhesie -A-																													
	KAB	Kinderanästhesie -B-																													
	KAC	Kinderanästhesie -C-																													
	KAD	Kinderanästhesie -D-																													
	GERI	Akkreditierte Kompetenzzentrum																													
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum																													
	AVA	Automatisierte Versorgung/Abhängigkeitstrainer																													
ISO	Sonnieeinweisung (GDK-Beschluss)																														

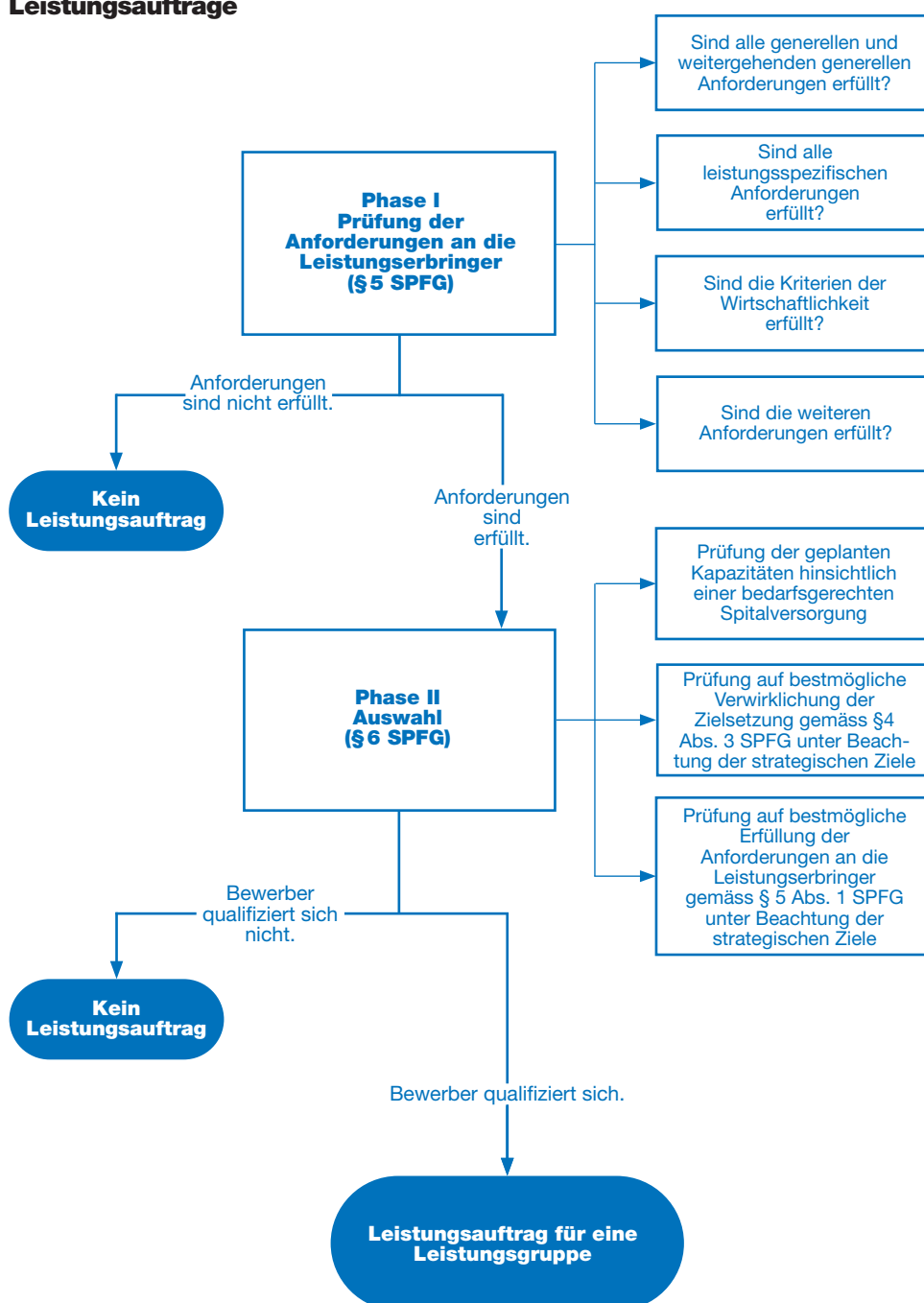
5. Evaluationsverfahren

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

5.1 Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Bewerberinnen und Bewerber gemäss den in Kapitel C 3 thematisierten Kriterien evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren bzw. das prozessuale Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge ist in Abbildung C27 dargestellt.

Abbildung C27: Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge



Quelle: Eigene Darstellung

Die Leistungsaufträge sind im Grundsatz auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet, können aber in bestimmten Fällen auf eine kürzere Geltungsdauer befristet erteilt werden (§ 8 SPFG).

Grundsätzlich erteilt der Regierungsrat definitive Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden, wenn ein Spital die qualitativen Anforderungen nicht mehr erfüllt. In bestimmten Fällen werden jedoch provisorische Leistungsaufträge erteilt (vgl. Box).

Bedingungen für provisorische Leistungsaufträge

Mindestfallzahlen

Die festgelegten Mindestfallzahlen sollten von den Spitälern grundsätzlich ab 1. Januar 2023 kontinuierlich erreicht werden. Wenn die Mindestfallzahlen aktuell trotz eines bereits bestehenden Leistungsauftrags nicht erreicht werden oder sich ein Spital neu für einen Leistungsauftrag bewirbt, kann ein provisorischer Leistungsauftrag für längstens vier Jahre bis 31. Dezember 2026 erteilt werden. Dabei gilt das erste Jahr der Tätigkeit unter der neuen Spitalliste, also das Jahr 2023, als «Aufbaujahr». Ein definitiver Leistungsauftrag kann nur erteilt werden, wenn das Spital die verlangten Fallzahlen in der Summe der beiden darauffolgenden Kalenderjahre 2024 und 2025 erreicht. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, wird im Jahr 2026 mit Blick auf die Aktualisierung der Spitalliste auf den 1. Januar 2027 beurteilt.

Für die Berechnung der Fallzahlen pro Spital werden die ambulanten Fallzahlen den stationären Fallzahlen angerechnet. Ein Mechanismus, welcher die ambulanten Daten automatisiert erfasst und addiert, besteht noch nicht und ist durch die Gesundheitsdirektion zu erarbeiten. Dabei ist sicherzustellen, dass die ambulanten Daten standardisiert, einheitlich und verlässlich vorliegen.

Zertifikate

Gewisse Leistungsaufträge setzen die Teilnahme an Qualitätsprogrammen mit erfolgreicher Zertifizierung oder eine Zertifizierung durch Fachgesellschaften voraus. Spitälern, welche aktuell noch kein gültiges Zertifikat vorlegen können oder welche sich noch aktiv im Zertifizierungsprozess befinden, kann ein provisorischer Leistungsauftrag für längstens ein Jahr bis 31. Dezember 2023 erteilt werden, damit der Zertifizierungsprozess erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Qualitätscontrolling

Die Leistungserbringer müssen ab 1. Januar 2023 für den Leistungsauftrag VIS1 Viszeralchirurgie verpflichtend am Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» teilnehmen. Das Programm konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht endgültig implementiert und umgesetzt werden. Die entsprechenden Leistungsaufträge werden vorerst für ein Jahr bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Für die Leistungsaufträge URO 1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte und BEW7.2 Erstprothese Knie wurde neu verpflichtend ein umfangreiches Qualitätscontrolling mit Erfassung prä- und postoperativer Leistungsdaten definiert. Für URO 1.1.1 Radikale Prostatektomie gelten diese Regelungen seit Januar 2020. Da die geforderte Dokumentation der Spitäler bis Ende 2021 noch nicht ausreichend genau ist und dementsprechend noch nicht alle Anforderungen erfüllt sind, werden die entsprechenden Leistungsaufträge vorerst für ein Jahr bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Für BEW7.1 Erstprothese Hüfte und BEW7.2 Erstprothese Knie sind seit Mitte 2019 PROM-Messungen (Patient Reported Outcome Measures) vorgeschrieben. Die Messbeteiligung der Spitäler ist Ende 2021 noch nicht zufriedenstellend. Da die geforderte Dokumentationsqualität der Spitäler nicht erreicht ist und dementsprechend noch nicht alle Anforderungen erfüllt sind, werden die entsprechenden Leistungsaufträge vorerst für ein Jahr bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

IVHSM

Leistungen der Leistungsgruppen GYNT Gynäkologische Tumore und HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie sind im Jahr 2021 der hochspezialisierten Medizin (Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin [IVHSM]) zugeordnet worden. Entsprechende Leistungsaufträge werden künftig über die IVHSM-Spitalliste auf interkantonalen Eben vergeben. Leistungsaufträge für diese beiden Leistungsgruppen werden daher nur noch provisorisch für ein Jahr bis 31. Dezember 2023 bzw. bis zur früheren Vergabe der entsprechenden Leistungsaufträge durch das IVHSM-Beschlussorgan erteilt.

Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell

Die Leistungsgruppen in den Bereichen Kardiologie (KAR1 Kardiologie und Devices, KAR2 Elektrophysiologie und CRT, KAR3 Interventionelle Kardiologie [Koronareingriffe], KAR3.1 Interventionelle Kardiologie [strukturelle Eingriffe], KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie [strukturelle Eingriffe]) wurden grundlegend überarbeitet, weshalb sich Verschiebungen bei den Fallzahlen der Spitäler ergeben. Bei den neuen Leistungsgruppen wurden zudem Mindestfallzahlen eingeführt. Um die tatsächlichen Fallzahlen korrekt berücksichtigen zu können, werden alle Leistungsaufträge im Bereich Kardiologie für längstens vier Jahre bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt (s. vorstehend zu den Mindestfallzahlen). Die Leistungsgruppe BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie wurde neu auf die Spitalliste aufgenommen. Um den Spitalern zu ermöglichen, die vorgesehenen Mindestfallzahlen zu erreichen, wird der entsprechende Leistungsauftrag für längstens vier Jahre bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt (s. vorstehend zu den Mindestfallzahlen).

Neue Leistungserbringer auf der Spitalliste

Wird ein neuer Leistungserbringer auf die Spitalliste aufgenommen, der bisher noch nicht tätig war, werden die Leistungsaufträge aufgrund der eingereichten Plandaten vergeben. Damit der Leistungserbringer seinen Betrieb aufbauen und eine Überprüfung der dann vorliegenden IST-Daten erfolgen kann, werden die entsprechenden Leistungsaufträge vorerst für vier Jahre bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Wirtschaftlichkeit

Die Erteilung eines Leistungsauftrags setzt grundsätzlich voraus, dass ein Spital das Wirtschaftlichkeitskriterium erfüllt. Wird ein Spital infolge ungenügender Kosteneffizienz nur als teilweise wirtschaftlich eingestuft und/oder lassen die selbst deklarierten Prognosen keine hinreichend sichere Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität des Spitals zu, können ihm ausnahmsweise für längstens drei Jahre bis 31. Dezember 2025 provisorische Leistungsaufträge erteilt werden. Das Spital erhält damit die Gelegenheit, die Prognosen zu bestätigen und allenfalls nötige Anpassung zur Erreichung einer langfristigen wirtschaftlichen Stabilität vorzunehmen und/oder nachzuweisen, dass seine Fallkosten während dieses Zeitraums nachhaltig in den Bereich der Fallkosten anderer, vergleichbarer Spitäler gesunken sind.

Zusammengefasst werden folgende Leistungsgruppen allen grundsätzlich qualifizierten Leistungserbringern nur provisorisch erteilt:

Leistungsgruppe	Grund für prov. Erteilung	Dauer der prov. Erteilung
GYNT	Ausstehende Regelung durch IVHSM	Bis 31. Dezember 2023
VIS1	Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» noch nicht fertig erstellt	Bis 31. Dezember 2023
HER1.1.1	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
HER1.1.2	Ausstehende Regelung durch IVHSM	Bis 31. Dezember 2023
HER1.1.3	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
HER1.1.4	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
HER1.1.5	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
URO1.1.1	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
BEW7.1	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
BEW7.2	Ungenügende Teilnahme am Qualitätsprogramm	Bis 31. Dezember 2023
BEW8.1.1	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026
KAR1	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026
KAR2	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026
KAR3	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026
KAR3.1	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026
KAR3.1.1	Neue Leistungsgruppe mit Mindestfallzahl	Bis 31. Dezember 2026

5.2 Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer

In Phase I wird geprüft, ob die Leistungserbringer die Anforderungen an die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit sowie die weiteren in § 5 Abs. 1 SPFG genannten Voraussetzungen auf Betriebsebene und Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten. Erfüllt eine Bewerberin oder ein Bewerber die Anforderungen nur teilweise oder gar nicht, qualifiziert er sich nicht für einen definitiven Leistungsauftrag für die betreffende SPLG. Unter gewissen Voraussetzungen können jedoch befristete oder provisorische Leistungsaufträge erteilt werden (vgl. Kapitel C 5.1 und C 5.3).

5.2.1 Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen

Die Überprüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen hat ergeben, dass die meisten Bewerberinnen und Bewerber der Akutsomatik bereits heute den Grossteil der entsprechenden Vorgaben an ein Listenspital erfüllen.

Einzelne Spitäler müssen beispielsweise noch den Arzneimittelabgleich an Schnittstellen strukturiert organisieren oder die Interessen des Gesundheitssystems als Ganzes in ihrer Unternehmensführung berücksichtigen und dies im jährlichen Qualitäts- oder Geschäftsbericht darlegen.

Allerdings haben die Bewerberinnen und Bewerber zugesichert, die von der Gesundheitsdirektion geforderten, generellen und weitergehenden generellen Anforderungen spätestens ab 1. Januar 2023 erfüllen zu können.

Die Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des Konzeptes der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen für Listenspitäler war zwischenzeitlich sistiert. Die Gesundheitsdirektion hat die Weiterentwicklung des Konzepts wieder aufgenommen. Die Arbeiten sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Ein definitives Konzept wird bis zum Sommer 2022 erwartet. Die Erfüllung der Anforderung wird entsprechend zu diesem späteren Zeitpunkt überprüft.¹⁶

5.2.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen

Die Erteilung eines Leistungsauftrags setzt in der Regel voraus, dass nebst den generellen (Kapitel C 5.2.1) auch alle leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Bewerberinnen und Bewerber, die den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nicht genügen, scheidet grundsätzlich aus und werden in den nachfolgenden Verfahrensschritten nicht mehr einbezogen. Die wenigen Ausnahmen ergeben sich aus vorstehendem Kapitel C 5.1 (Box); bis die Anforderungen erfüllt sind, wird der Leistungsauftrag provisorisch erteilt.

Die Prüfung der eingegangenen Bewerbungen hat ergeben, dass die Spitäler die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen der von ihnen beantragten Leistungsgruppen mehrheitlich erfüllen.

Vereinzelte werden die Anforderungen nicht bzw. noch nicht erfüllt. Dies betrifft hauptsächlich nicht erreichte Mindestfallzahlen für die beantragte Leistungsgruppe, nicht vorhandene Zertifikate oder nicht vollständig erfüllte Anforderungen im Bereich des Qualitätscontrollings. In den meisten Fällen wird ein provisorischer Leistungsauftrag vergeben und den Spitälern so ermöglicht, die fehlende Anforderung innert einer vorgegebenen Frist zu erfüllen.

Im Rahmen der Auswahl der Leistungserbringer (Kapitel C 5.3) wird für jede Bewerberin und jeden Bewerber einzeln dargelegt, ob und welche Anforderungen nicht oder noch nicht erfüllt sind und ob ein provisorischer Leistungsauftrag erteilt wird.

5.2.3 Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerberinnen und Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, wurden die im Kapitel C 3.3 erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität identifiziert die für einen Leistungsauftrag aus finanzieller Sicht langfristig geeigneten Leistungserbringer. Zusammen mit der Evaluation der Kosteneffizienz bildet dies die Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Dargestellt werden zum einen die drei betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, welche die Eignung aus finanzieller Sicht veranschaulichen und zum anderen die spitalspezifischen schweregradbereinigten Fallkosten, welche die Kosteneffizienz abbilden. Auf die Ergebnisse der weiteren in Kapitel C 3.3 beschriebenen Analysen der retrospektiven Fallkostenentwicklung und der Fallkosten auf den tieferen Ebenen wird in der Beurteilung punktuell eingegangen. Grafisch dargestellt werden diese nicht.

¹⁶ Siehe dazu «Anhang zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen» und «Konzept zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufe» abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

Wirtschaftliche Stabilität

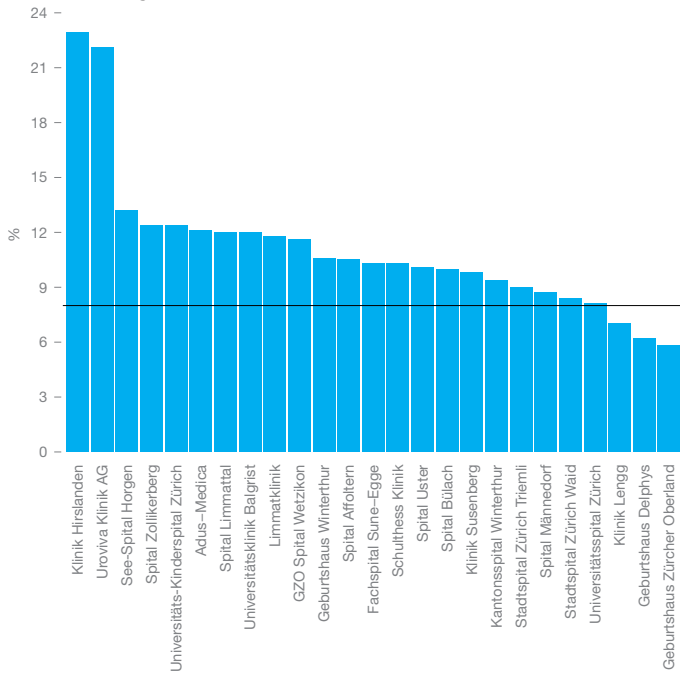
Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass die Spitäler auf der kantonalen Spitalliste bzw. die dahinterstehenden Körperschaften finanziell gut aufgestellte Unternehmen sind. Die wirtschaftliche Stabilität wurde anhand der EBITDAR-Marge, der Eigenkapital- und Reservequote evaluiert. Für die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität sind Richtwerte definiert worden. Die EBITDAR-Marge sollte nicht unter 8 Prozent liegen, der Richtwert für die Eigenkapitalquote liegt bei 30 Prozent und derjenige für die Reservequote bei drei Monaten.

Die Abbildung C28 zeigt die drei genannten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen. Gemäss Abbildung C28 sind die Spitäler relativ zu den Richtgrössen mehrheitlich wirtschaftlich stabile Unternehmen und damit für einen Leistungsauftrag grundsätzlich geeignet. Das Stadtspital Zürich mit den Standorten Triemli und Waid weist keine Eigenkapital- und Reservequote aus, weil es als Dienstabteilungen der Stadt Zürich über kein Eigenkapital verfügt. Als Teil der städtischen Verwaltung wurden die Standorte des Stadtspitals Zürich dennoch als wirtschaftlich stabil eingestuft und eignen sich damit für einen kantonalen Leistungsauftrag.

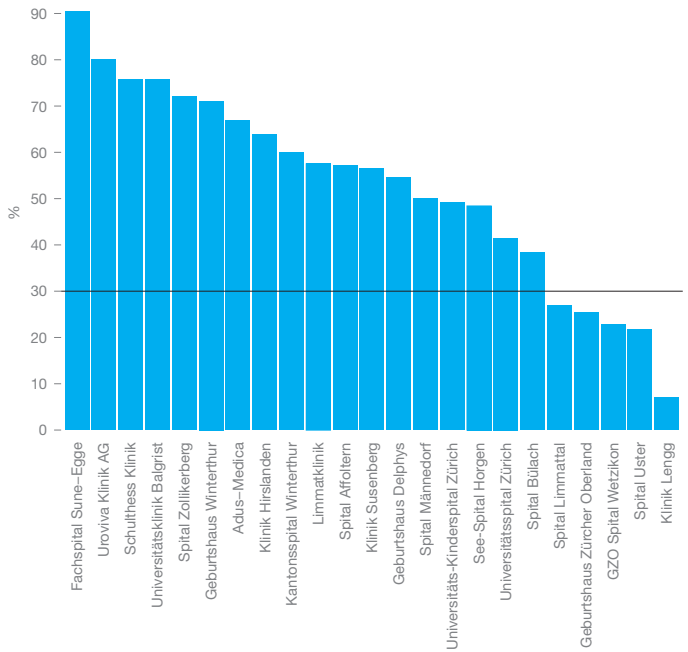
Spitäler mit allen drei Kennzahlen über dem Richtwert wurden als geeignete Leistungserbringer hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Stabilität eingestuft. Spitäler mit mindestens einer Kennzahl unter dem Richtwert wurden mit Vorbehalt als geeignet eingestuft. Bei diesen Spitälern wurden die Entwicklung der Kennzahlen, die Liquiditätsplanung und die zugrundeliegenden Annahmen geprüft. Allfällige Rückfragen wurden im Rahmen der Bewerbungsgespräche thematisiert. Sämtliche Spitäler konnten plausible Gründe nennen, weshalb die ausgewählten Indikatoren unter den Richtwerten liegen, wobei beim Spital Uster gewisse Unklarheiten bestehen bleiben. So ist das Spital Uster gestützt auf die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen für die Planungsperiode 2023 bis 2032 und die langfristige Liquiditätsplanung trotz zu tiefer Eigenkapitalquote zwar grundsätzlich als wirtschaftlich stabil einzustufen, weil die durchschnittliche EBITDAR-Marge von 10.1 Prozent und die Reservequote von knapp 15 Monaten über dem Richtwert liegen und damit die tiefe Eigenkapitalquote relativieren. Bei den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen des Spitals Uster zeigt sich jedoch eine deutliche Diskrepanz zwischen den selbstdeklarierten prospektiven Kennzahlen und den in den letzten Jahren erzielten Werten gemäss den vorliegenden Revisionsberichten. Aufgrund der risikobehafteten Annahmen (Abstimmung Rechtsformänderung und Inbetriebnahme Neubau), welche der Prognose zugrunde liegen, bestehen Zweifel hinsichtlich der vom Spital Uster prognostizierten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen und damit hinsichtlich seiner mittel- und langfristigen wirtschaftlichen Stabilität. Nach abgeschlossenem Bewerbungs- und Evaluationsverfahren können somit alle Spitäler als wirtschaftlich stabil eingestuft werden, mit Ausnahme des Spitals Uster, bei dem die mittel- und langfristige wirtschaftliche Stabilität zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar ist.

**Abbildung C28: Betriebswirtschaftliche Kennzahlen
(Durchschnitt 2023–2032)**

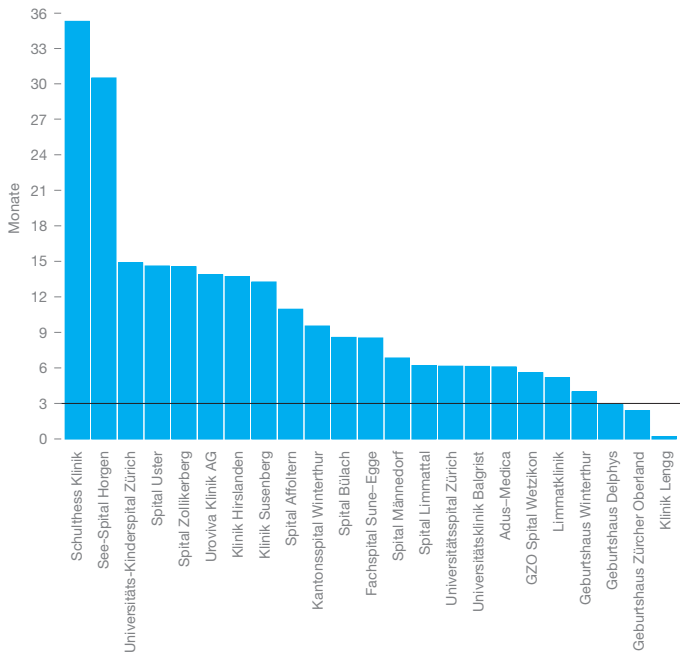
EBITDAR-Marge



Eigenkapitalquote



Reservequote



Quelle: Eigene Darstellung

Kosteneffizienz

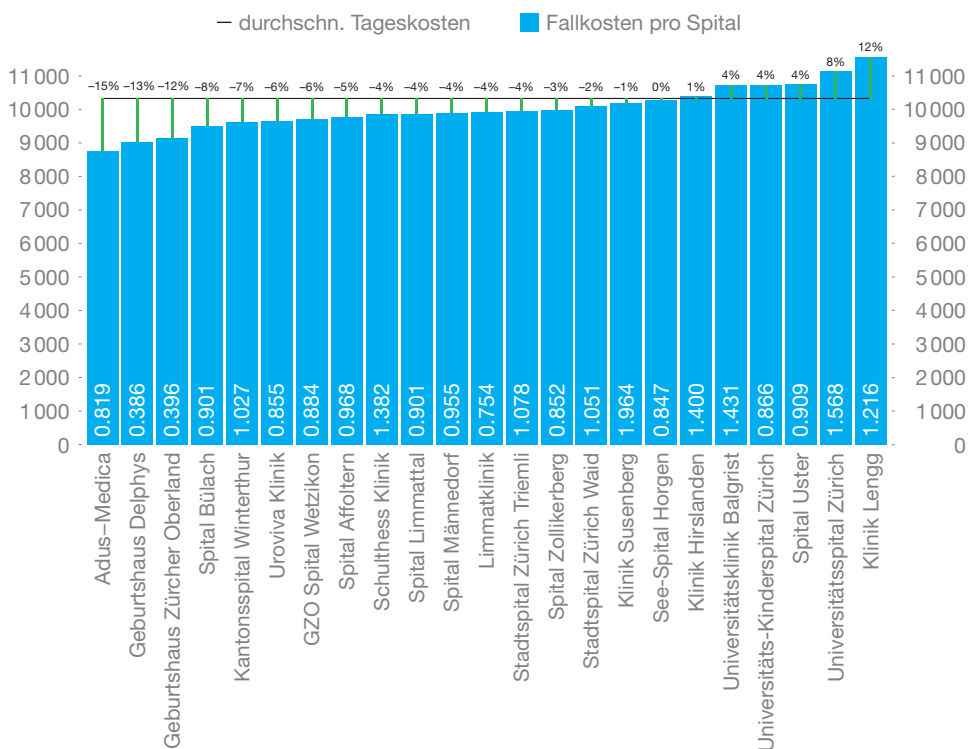
Es wurden in erster Linie die schweregradbereinigten Fallkosten auf Spitalebene beurteilt und verglichen. Zusätzlich wurden die schweregradbereinigten Fallkosten der letzten sechs Jahre (2013–2019) auf Spitalebene und die schweregradbereinigten Fallkosten 2019 pro Spitalleistungsbereich (SPLB) und Spitalleistungsgruppe (SPLG) analysiert und für die Gesamtbeurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen. Die Fallkosten sind um den Schweregrad, den sogenannten Case Mix Index (CMI) gemäss SwissDRG Abrechnungsversion 2019 bereinigt worden.

In Abbildung C29 werden die schweregradbereinigten Fallkosten 2019 der Bewerberinnen und Bewerber auf Spitalenebene dargestellt. Auf der X-Achse werden die Spitäler ausgewiesen und auf der Y-Achse die entsprechenden Frankenbeträge der Fallkosten abgebildet. Zudem sind in den Balken die spitalspezifischen durchschnittlichen Schweregrade notiert. Der CMI entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht des Spitals. Er lässt sich aus der Summe der Kostengewichte aller akutsomatischen Fälle dividiert durch die Anzahl Fälle des Spitals berechnen.

Die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler und Geburtshäuser beträgt 10327 CHF. Die Klinik Lengg, die universitären Leistungserbringer und das Spital Uster liegen mit 4 bis 12 Prozent über diesem Durchschnitt. Im Rahmen einer vertieften Analyse konnten die überdurchschnittlichen Fallkosten der Klinik Lengg mit ihrem speziellen und damit kostenintensiven Angebot sowie jene der universitären Leistungserbringer mit ihrer grossen und komplexen Leistungsmenge nachvollzogen werden. Bei diesen Spitalern sind keine Indizien für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festgestellt worden.

Einzig beim Spital Uster, das mit schweregradbereinigten Fallkosten von 10 771 CHF an dritter Stelle nach der Klinik Lengg und dem USZ steht, weisen die überdurchschnittlichen Fallkosten auf eine ineffizientere Leistungserbringung hin. Über die letzten sechs Jahre betrachtet, ist eine steigende Tendenz zu beobachten, mit Ausnahme des Jahres 2018, in dem die Fallkosten leicht zurückgegangen sind. Das Spital Uster hat sich für insgesamt 21 SPLB beworben, davon liegt die Mehrheit der SPLB jeweils über den bereichsspezifischen durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten. Aufgrund der hohen und in der Vergangenheit tendenziell steigenden Fallkosten auf Spitalenebene und den mehrheitlich überdurchschnittlich kostenintensiven SPLB wird die Leistungserbringung des Spitals Uster als ineffizient eingestuft.

Abbildung C29: Schweregradbereinigte Fallkosten 2019



Quelle: Eigene Darstellung

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen erfüllen damit alle Spitäler das Evaluationskriterium der Wirtschaftlichkeit, mit Ausnahme des Spitals Uster, dessen mittel- und langfristige wirtschaftliche Stabilität unklar und das zudem als kostenineffizient einzustufen ist.

Neubewerbungen

Das Geburtshaus Winterthur ist ein Neubewerber ohne vorhandene Ist-Kosten und hat deshalb Plandaten eingereicht: Es wurde separat basierend auf den eingereichten Plandaten evaluiert und ist deshalb nicht Teil des Kostenvergleichs der Bewerberinnen und Bewerber mit Ist-Daten. Die Plandaten wurden auf Ihre Plausibilität hin geprüft. Basierend auf diesen Plandaten wurde das Geburtshaus Winterthur nicht als unwirtschaftlich identifiziert.

5.2.4 Prüfung der weiteren Anforderungen

Neben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit müssen die Leistungserbringer weitere Anforderungen erfüllen. Diese ergeben sich teils aus dem Bundesrecht (Aufnahmepflicht, Zugänglichkeit), teils aus dem kantonalen Recht (§ 5 Abs. 1 SPFG).

Aufnahmepflicht

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Im Rahmen der Bewerbungsgespräche wurden insbesondere auch Neubewerberinnen und Neubewerber auf die Aufnahmepflicht aufmerksam gemacht. Die Bewerberinnen und Bewerber haben der Gesundheitsdirektion zugesichert, dass sie alle Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufnehmen werden.

Zugänglichkeit

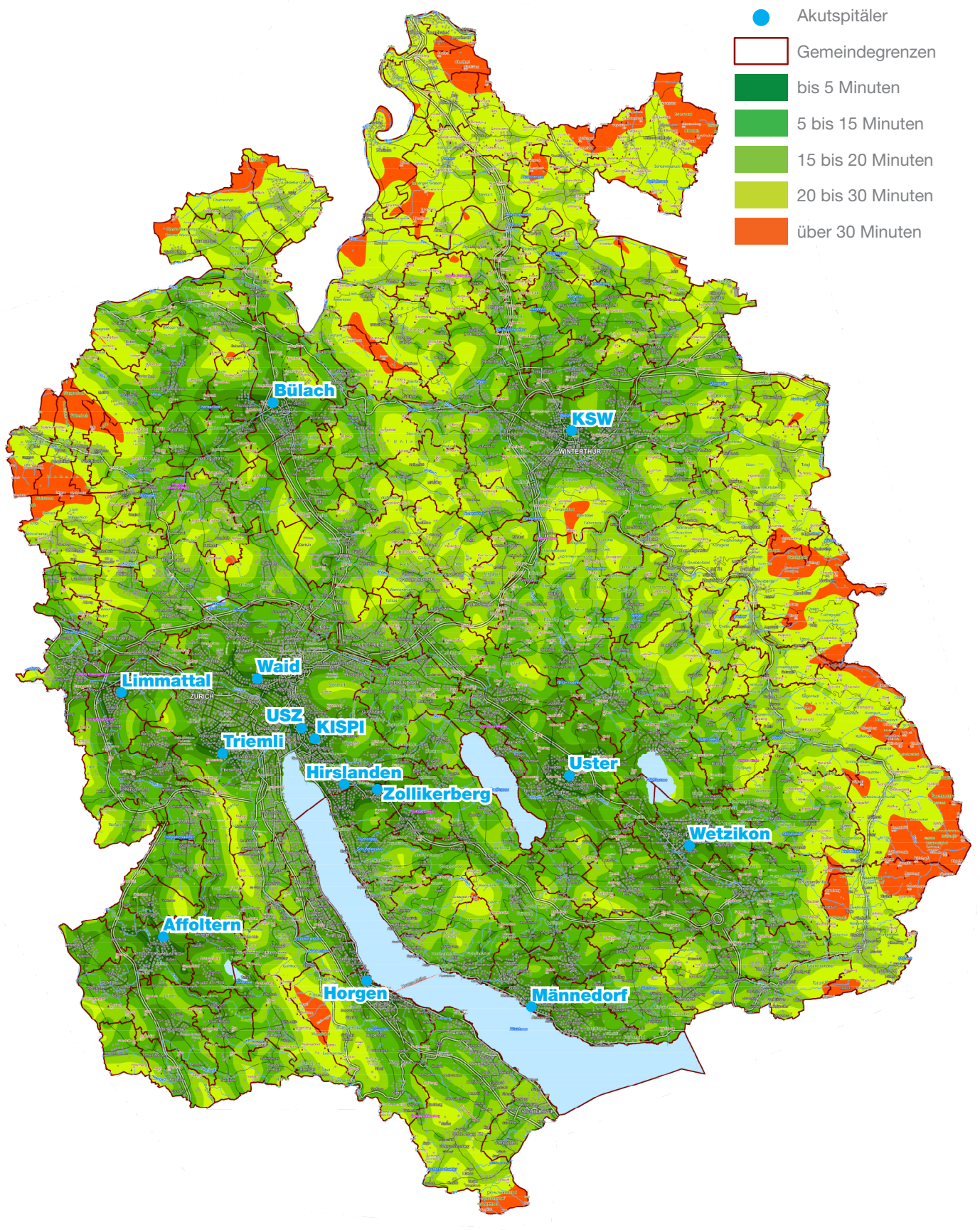
Unter Berücksichtigung der Bewerberinnen und Bewerber mit Grundversorgung (Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin» [ausgenommen das Universitäts-Kinderspital Zürich]) wurden 13 Leistungserbringer in die Analysen miteinbezogen. Ein wichtiges Merkmal dieser Leistungserbringer ist die an 365 Tagen gegebene 24-Stunden-Notfallversorgung. Die Analyse der Erreichbarkeit der Zürcher Spitalversorgung ergeben folgende Ergebnisse (vgl. Abbildung C30 und C 31): Der Zugang der Wohnbevölkerung zur Spitalversorgung kann auf hohem Niveau gewährleistet werden. Die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital beträgt für über 99 Prozent der Wohnbevölkerung und über 99 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze weniger als 20 Minuten. Rund 96 Prozent der Zürcherinnen und Zürcher erreichen das nächstgelegene Spital innerhalb von 15 Minuten, rund 33 Prozent gar in weniger als 5 Minuten. Von den Arbeitsorten aus ist die Erreichbarkeit noch besser (für rund 98 Prozent beträgt die Fahrzeit weniger als 15 Minuten bzw. für rund 33 Prozent weniger als 5 Minuten). In Gebieten, in denen die Fahrzeit bei über 30 Minuten liegt, wohnen zum Analysezeitpunkt keine Personen.

Abbildung C30: Erreichbarkeit der akutsomatischen Grundversorgung

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	Anzahl	Prozent %	Anzahl	Prozent %
Bis 5 Minuten	508 396	33,66	345 923	33,22
Bis 10 Minuten	1 211 432	79,16	899 225	87,50
Bis 15 Minuten	1 473 885	96,31	1 008 563	98,13
Bis 20 Minuten	1 518 585	99,23	1 023 762	99,61
Bis 30 Minuten	1 530 322	100	1 027 734	100

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung C31: Erreichbarkeit von allen Akutspitälern mit Grundversorgung im Kanton Zürich 2023



Vergütungssystem

Kantone und Versicherer haben Leistungen eines Spitals zu vergüten, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG; sog. WZW-Kriterien). Gemäss Rechtsprechung ist eine Leistung wirksam, wenn sie geeignet ist, den angestrebten medizinischen Nutzen zu fördern. Eine Leistung gilt als zweckmässig, wenn der medizinische Nutzen die medizinischen Risiken überwiegt. Wirtschaftlich ist eine Leistung dann, wenn der medizinische Nutzen die Kosten überwiegt. Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind gradueller Natur: Unter allen zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt es solche die zweckmässiger bzw. wirtschaftlicher sind als andere. Die beiden Kriterien hängen nicht voneinander ab: Es gibt Behandlungen, die sehr zweckmässig, aber unwirtschaftlich sind, und umgekehrt. Die Wahl der optimalen Behandlung beruht deshalb auf einer Gesamtbeurteilung. Der Kanton ist berechtigt und verpflichtet, mit planerischen Vorkehrungen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sicherzustellen. Er hat nicht nur die Möglichkeit, Spitälern, die diese Vorgabe nicht erfüllen, keinen Leistungsauftrag zu erteilen, sondern er kann die Einhaltung dieser Vorgaben auch durch Regelungen sicherstellen.

Gemäss § 5 Abs. 1 lit. i SPFG soll das Vergütungssystem eines Spitals für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für eine unwirksame, unzureichende oder unwirtschaftliche Leistungserbringung aufweisen. Insbesondere sollen sich die Menge und die Art der von einer Ärztin oder einem Arzt veranlassten, durchgeführten oder begleiteten Behandlung wie auch der mit den Behandlungen erzeugte Umsatz nicht in wesentlicher Weise auf ihre oder seine Vergütung auswirken. Eine allfällige Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Spitals oder einer Klinik darf nicht so hoch sein, dass daraus spürbare Fehlanreize für die Vornahme nicht oder nicht klar indizierter Eingriffe entstehen. Der Anreiz darf nicht so stark sein, dass damit gerechnet werden muss, dass die Ärztin oder der Arzt eine Behandlung allein deshalb vornimmt, um die eigene Vergütung zu erhöhen.

Anders als die von einem Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte beziehen die an einem Spital tätigen Belegärztinnen und -ärzte kein festes Salär des Spitals. Vielmehr fliessen ihnen die Vergütungen der Versicherer für die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten und von Selbstzahlerinnen und -zahlern direkt zu, wobei sie dem Spital eine Abgeltung für die Nutzung der Infrastruktur und für medizinische und pflegerische Supportleistungen zu entrichten haben. Die Höhe der Vergütung von Belegärztinnen und -ärzten hängt deshalb unmittelbar und in erheblichem Mass von dem von ihnen erzielten Umsatz ab. Es besteht ein Anreiz zur Durchführung von medizinisch nicht oder nur schwach indizierten Behandlungen. Die Listenspitäler sollen deshalb mit geeigneten Massnahmen sicherstellen, dass die Belegärztinnen und -ärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen vornehmen (§ 5 Abs. 1 lit. j SPFG).

Die Umsetzungen dieser genannten Anforderungen und damit die Einführung entsprechender Vergütungssysteme werden für jene Spitäler und Kliniken, welche die Anforderungen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht erfüllen, etwas Zeit in Anspruch nehmen und schergewichtig in drei Bereichen zu einem administrativen Mehraufwand führen:

1. Wechsel zu einem Lohnsystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte, das frei von allfälligen Fehlanreizen zur Durchführung medizinisch nicht klar indizierter Behandlungen ist, sofern das Spital nicht bereits über ein solches System verfügt;
 2. Einführung von Kontrollmechanismen, die sicherstellen, dass Belegärztinnen und -ärzte nur medizinisch klar indizierte Behandlungen vornehmen, soweit solche Kontrollsysteme nicht bereits heute bestehen;
 3. Verbesserung des Datenschutzes und der Informationssicherheit, soweit das Spital den in den Anhängen zur Spitalliste zu konkretisierenden Anforderungen noch nicht genügt.
- Diese Vorgaben gelten für die Listenspitäler ab 1. Januar 2023.

5.2.5 Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Von den insgesamt 25 Bewerberinnen und Bewerber erfüllen alle Bewerbenden die einzelnen Anforderungen an die Leistungserbringer zumindest teilweise. Bewerberinnen und Bewerber, welche die Anforderungen nur teilweise erfüllen, qualifizieren sich nicht für einen definitiven Leistungsauftrag (vgl. Kapitel C 5.3).

Abbildung C32: Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Leistungserbringer	Qualität		Wirtschaftlichkeit		Zugänglichkeit
	Generelle Anforderungen	Leistungsspezifische Anforderungen	Wirtschaftliche Stabilität	Kosteneffizienz	
Universitätsspital Zürich (Kanton Zürich)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Kantonsspital Winterthur (Kanton Zürich)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Stadsspital Zürich – Standort Triemli (Stadt Zürich)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Hirslanden (Hirslanden AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
See-Spital Horgen (Stiftung See-Spital)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Uster (Zweckverband Spital Uster)	ja	teilweise	unklar	nein	ja
GZO AG Spital Wetzikon (GZO AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Limmattal (Zweckverband Spital Limmattal)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Bülach AG (Spital Bülach AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Stadsspital Zürich – Standort Waid (Stadt Zürich)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Schluthess Klinik (Wilhelm Schluthess-Stiftung)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Männedorf AG (Spital Männedorf AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Universitäts-Kinderspital Zürich (Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung)	ja	ja	ja	ja	ja
Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Spital Affoltern (Spital Affoltern AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Lengg AG (Klinik Lengg AG, Zürich)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Uroviva Klinik für Urologie (Uroviva Klinik AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Adus-Medica (Adus Medica AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Susenberg (Stiftung Klinik Susenberg)	ja	ja	ja	ja	ja
Limmatklinik (Limmatklinik AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Fachspital Sonne-Egge (Stiftung Sozialwerke Pfarrer E. Sieber)	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Winterthur (Geburtshaus Winterthur AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Delphys (Verein Geburtshaus Delphys)	ja	ja	ja	ja	ja
Geburtshaus Zürcher Oberland (Geburtshaus Zürcher Oberland AG)	ja	ja	ja	ja	ja

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Ergebnis

In Phase II wird geprüft, welche Leistungserbringer für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und die Zielvorgaben sowie die Anforderungen bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Auswahl der bestmöglichen Bewerberinnen und Bewerber liegt, sofern mehrere potenzielle Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen, im Ermessen der Behörden. Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen.

Unter Anwendung der vorab dargestellten Evaluationskriterien erläutert Kapitel C 5.3 die konkrete Vergabe der Leistungsaufträge. Nachfolgend wird pro Bewerberin und Bewerber ausgeführt, für welche Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt wird, weil die jeweiligen Anforderungen nicht erfüllt sind oder das Angebot mit Blick auf eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nicht erforderlich ist und/oder den strategischen Zielen der Zürcher Spitalplanung 2023 nicht entspricht. Thematisiert werden diejenigen Leistungsgruppen, für die sich ein Spital zwar definitiv beworben hat (vgl. Kapitel C 4.2; zu den definitiven Bewerbungen s. Abbildung C26), für welche es jedoch keinen Leistungsauftrag erhält. Unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere wenn noch nicht alle Anforderungen erfüllt sind, werden provisorische Leistungsaufträge erteilt (Kapitel C 5.1, Box). Diese Fälle werden ebenfalls pro Spital erläutert. Ausnahmsweise werden Leistungsaufträge zudem trotz Erfüllung der qualitativen Anforderungen befristet für eine kürzere Dauer als die Geltungsdauer der Spitalliste vergeben (s. Kapitel C 5.1). Auch diese Fälle werden pro Spital erläutert.

In der erweiterten Grundversorgung entspricht das Angebot der Leistungserbringer ungefähr dem prognostizierten Bedarf, weshalb die Mehrheit der Spitäler mit Grundversorgungsangebot die entsprechenden Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung erhält. Für die meisten spezialisierten Leistungsgruppen haben sich mehr Leistungserbringer beworben, als zur Bedarfsdeckung erforderlich sind. Aus den grundsätzlich geeigneten Spitalern werden die am besten geeigneten ausgewählt, um in diesen Leistungsgruppen eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Mit den ausgewählten Spitalern kann im Bereich Akutsomatik auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2032 prognostizierten Bedarfsentwicklung eine dem Bedarf entsprechende Grund- und spezialisierte Versorgung der Zürcher Bevölkerung erreicht werden.

Universitäts-Kinderspital Zürich

Das Universitäts-Kinderspital als kindermedizinischer Vollversorger hat im Kanton Zürich eine besondere Stellung. Um die umfassende Behandlung aller Kinder sicherzustellen, wird auf die Anwendung der Vorgaben betreffend Mindestfallzahlen beim Universitäts-Kinderspital verzichtet, da bei vielen Leistungsaufträgen die vorgesehenen Mindestfallzahlen bei Kindern nicht erreichbar sind. Die übrigen leistungsspezifischen Anforderungen müssen aber erfüllt sein, damit ein Leistungsauftrag definitiv erteilt wird.

Die Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie und GYNT Gynäkologische Tumore werden im Sinne von Kapitel C 5.1 (Box [IVHSM]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Universitätsspital Zürich

Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore ist aufgrund der Komplexität der Leistungen und der sehr geringen Fallzahl weiterhin stark zu konzentrieren. In den letzten Jahren hat sich zwischen dem USZ und der Universitätsklinik Balgrist in diesem Bereich eine gute Zusammenarbeit etabliert. Die Spitäler können sämtliche Fälle abdecken und hätten nötigenfalls Kapazitäten für die Behandlung weiterer Patientinnen und Patienten. Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore wird daher definitiv erteilt. Die Erfüllung des Leistungsauftrags erfolgt in Kooperation mit der Universitätsklinik Balgrist. Die Gesundheitsdirektion ist über die konkrete Aufteilung der Leistungen auf die beiden Standorte zu informieren.

Die Leistungsaufträge für NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik und NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung werden definitiv erteilt. Die Erfüllung der Leistungsaufträge erfolgt in Kooperation mit der Klinik Lengg.

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, HER1.1.1 Koronarchirurgie, HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta, HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe, HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und die Leistungsaufträge für KAR1 Kardiologie und Devices, KAR2 Elektrophysiologie und CRT, KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe), KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe), KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe) und BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie wird im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [IVHSM]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt. Die Erfüllung des Leistungsauftrags erfolgt in Kooperation mit dem Universitäts-Kinderspital Zürich.

Der Leistungsauftrag für KINC Kinderchirurgie wird nicht erteilt, da keine Kinderchirurgin bzw. kein Kinderchirurg angestellt ist und kein umfassendes Spektrum an Kinderchirurgie angeboten wird. Eingriffe bei Kindern können unverändert innerhalb der Leistungsgruppe KINB Basis-Kinderchirurgie für in der Erwachsenenmedizin gewährte Leistungsaufträge erbracht werden.

Kantonsspital Winterthur

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C.5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und die Leistungsaufträge für KAR1 Kardiologie und Devices, KAR2 Elektrophysiologie und CRT, KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe), KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (Strukturelle Eingriffe) und BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie wird im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) provisorisch bis 31. Dezember 2026 erteilt, da im relevanten Beobachtungszeitraum 2019 die Mindestfallzahlen nicht erreicht wurden.

Der Leistungsauftrag für VIS1.4 Bariatrische Chirurgie wird bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt, da noch kein SMOB-Zertifikat vorliegt.

Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore ist aufgrund der Komplexität der Leistungen und der sehr geringen Fallzahl weiterhin stark zu konzentrieren. Die Zusammenarbeit zwischen dem USZ und der Universitätsklinik Balgrist in diesem Bereich hat sich in den letzten Jahren gut etabliert. Die Spitäler können sämtliche Fälle abdecken und hätten nötigenfalls Kapazitäten für die Behandlung weiterer Patientinnen und Patienten. Ein Bedarf für einen zusätzlichen Leistungserbringer in dieser Leistungsgruppe besteht nicht. Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore wird daher nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie) wird im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das KSW bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, wird der Leistungsauftrag für HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie) nicht erteilt.

Stadtspital Zürich

Die Bewerbung des Stadtspitals Zürich erfolgte für die beiden Standorte Triemli und Waid gemeinsam. Dies spiegelt unter anderem die erfolgte strategische Neuausrichtung wieder, in der es auch zwischen den beiden Standorten zu einer Konsolidierung der Leistungsaufträge kommt. In dem vorgelegten umfangreichen und detailliert ausgearbeiteten Konzept sticht besonders die Spezialisierung des Standorts Waid zum Zentrum für Altersmedizin hervor. Im Rahmen dieses Konzeptes wird zwar eine Ausweitung der Leistungsaufträge für den Standort Waid beantragt, jedoch konnte im Rahmen der Bewerbung nachvollziehbar dargestellt werden, dass es eine Aufgabenteilung zwischen den Standorten geben wird. Alle altersmedizinischen Eingriffe sollen schwerpunktmässig am Standort Waid erbracht werden, alle komplexen und spezialisierten Eingriffe werden schwerpunktmässig am Standort Triemli erbracht.

Stadtspital Zürich – Standort Triemli

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, HER1.1.1 Koronarchirurgie, HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta, HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe, HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und die Leistungsaufträge für KAR1 Kardiologie und Devices, KAR2 Elektrophysiologie und CRT, KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe), KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (Strukturelle Eingriffe) und KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie wird aufgrund der noch nicht erreichten Mindestfallzahlen im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie wird im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Stadtspital Zürich, Standort Triemli, bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, wird der Leistungsauftrag für PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie nicht erteilt.

Stadtspital Zürich – Standort Waid

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) wird der Leistungsauftrag für VIS1 Viszeralchirurgie bis 31. Dezember 2023 und der Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt. Das Stadtspital Waid hat im Rahmen seines Konzeptes für die Etablierung einer Gerontotraumatologie die Leistungsaufträge für BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen sowie für BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen beantragt. Zusätzlich wurde der Leistungsauftrag GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) beantragt. Mit Blick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung und den zu erwartenden wachsenden Anteil an geriatrischen Patientinnen und Patienten im gesamten Kantonsgebiet und insbesondere auch im Versorgungsgebiet des Stadtspitals Zürich, Standort Waid, ist die Spezialisierung auf Altersmedizin sinnvoll und bedarfsgerecht. Die verschiedenen Leistungen können so besser aufeinander abgestimmt und die entsprechende Altersgruppe mittels Nutzung der Synergien an einem Standort umfassend versorgt werden. Die Leistungsaufträge für BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen sowie für GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) werden aufgrund noch nicht erreichter Mindestfallzahlen im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Ein Leistungsauftrag für RAD2 Komplexe Interventionelle Radiologie wird nicht erteilt, da im Sinne der Qualitätssteigerung eine Konzentration komplexer radiologischer Eingriffe an wenigen Standorten angestrebt wird und der entsprechende Bedarf durch andere, besser geeignete Leistungserbringer mit höheren Fallzahlen und mehr Erfahrung gedeckt werden kann.

Der Leistungsauftrag für DER2 Wundpatienten wird im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Stadtspital Zürich, Standort Waid, bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, wird der Leistungsauftrag für DER2 Wundpatienten nicht erteilt.

Klinik Hirslanden

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, HER1.1.1 Koronarchirurgie, HER1.1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta, HER1.1.4 Offene Eingriffe an der Aortenklappe, HER1.1.5 Offene Eingriffe an der Mitralklappe, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und die Leistungsaufträge für KAR1 Kardiologie und Devices, KAR2 Elektrophysiologie und CRT, KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe), KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (Strukturelle Eingriffe), KAR3.1.1 Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe) und BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie) und NCH3 Periphere Neurochirurgie werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da die Klinik Hirslanden in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

See-Spital Horgen

Die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen werden im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt. Der Leistungsauftrag BEW8.1 spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie wird aufgrund noch nicht erreichter Mindestfallzahlen im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt. Die Leistungsaufträge für PNE2 Polysomnographie und GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum werden aufgrund des noch fehlenden SGSSC-Zertifikats bzw. der noch fehlenden anerkannten Zertifizierung als Brustzentrum im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Zertifikate]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie setzt eine Inhouse-Verknüpfung mit KAR1 Kardiologie und Devices voraus. Da das See-Spital Horgen keinen Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices beantragt hat, kann diese Anforderung nicht erfüllt werden. Der Leistungsauftrag für RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie wird daher nicht erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, HNO1.1.1 Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie), NCH3 Periphere Neurochirurgie, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie) und THO1 Thoraxchirurgie werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das See-Spital Horgen in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Leistungsaufträge für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen werden im Sinne des Stroke Konzepts (s. Kapitel C 1.2) nur noch an zertifizierte Stroke Center und Units vergeben. Da das See-Spital Horgen nicht entsprechend zertifiziert ist und kein Bedarf an einer Stroke Unit an diesem Standort besteht, wird der Leistungsauftrag für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für VIS1.4 Bariatrische Chirurgie wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bereits hohen Fallzahlen und mehr Erfahrung gedeckt werden kann und der Aufbau eines neuen Zentrums für Bariatrische Chirurgie an diesem Standort für die Versorgung der Zürcher Bevölkerung nicht erforderlich ist.

Der Leistungsauftrag für KAC Kinderanästhesie «C» wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Spital Uster

Im Zuge der Evaluation der Wirtschaftlichkeit (Kapitel C 5.2.3) hat sich gezeigt, dass gewisse Zweifel hinsichtlich der mittel- und längerfristigen wirtschaftlichen Stabilität des Spitals Uster bestehen. Die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit zeigen zudem auf, dass das Spital Uster hinsichtlich Kosteneffizienz wesentlich schlechter abschneidet als andere, vergleichbare Spitäler, ohne dass erkennbare Ursachen, wie eine hohe Spezialisierung, die überdurchschnittlich hohen Fallkosten erklären könnten. Mit dem bestehenden Konzept des Spitals besteht auch langfristig keine solide Grundlage für einen kosteneffizienten Betrieb, dies insbesondere aus folgenden Gründen: Mit den Spitälern Uster und GZO AG Spital Wetzikon existieren zwei Regional-Akutspitäler mit sehr ähnlichem Rundumleistungsangebot in unmittelbarer Nachbarschaft. Eine geplante Fusion ist 2020 gescheitert und die im Anschluss vorgesehene und gegenüber dem Kanton kommunizierten Kooperationen wurden nur zu einem sehr kleinen Teil umgesetzt. Mittel- und langfristig besteht allerdings in solch geringer räumlicher Distanz zueinander kein Bedarf an zwei kleineren Listenspitälern mit Grundversorgungsangebot. Die Vorhaltekosten für zwei kleinere Spitäler sind ausserdem unverhältnismässig höher als für ein grösseres Akutspital und der effiziente und effektive Einsatz von Personal und Infrastruktur kann in einem grösseren Spital durch Skaleneffekte besser sichergestellt werden als in einem kleineren Spital. Das Spital Uster hat sich mit der eingereichten Bewerbung wiederum hauptsächlich für die erweiterte Grundversorgung betreffende Leistungsgruppen und für einige wenige spezialisierte Leistungsgruppen beworben. Für die meisten der beantragten Leistungsgruppen ist das Spital Uster auf der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit einem Leistungsauftrag aufgeführt. Eine Anpassung des Leistungsangebots bzw. des Gesamtkonzepts hat das Spital somit trotz gescheiterter Fusion mit dem zweiten Grundversorgerspital der Region und trotz seit längerem bestehender finanzieller Schwierigkeiten nicht vorgenommen.

Da unklar ist, ob das Spital Uster die Anforderungen an die wirtschaftliche Stabilität mittel- und langfristig erfüllt, und vor dem Hintergrund, dass die eingereichte Bewerbung für die Spitalliste Akutsomatik 2023 nicht erkennen lässt, wie sich das Spital künftig positionieren will, um eine deutlich bessere Kosteneffizienz zu erreichen, sind dem Spital Uster im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box) zur Wirtschaftlichkeit sämtliche Leistungsaufträge nur provisorisch zu erteilen. Das Spital Uster erhält damit Gelegenheit, innerhalb von zwei Jahren, also in den Jahren 2023–2024, seine Wirtschaftlichkeit anhaltend zu verbessern und nachzuweisen, dass die Fallkosten bis 2024 dauerhaft in den Bereich der Fallkosten anderer, vergleichbarer Spitäler gesunken sind. Das Spital hat zudem in einem umfassenden Konzept aufzuzeigen, wie die Versorgungsstrukturen nachhaltig und wirtschaftlich gestaltet werden können und dass das geplante Bauprojekt (Neubau für Akutbereich und Rehabilitation) diesen Anforderungen gerecht wird und langfristig tragbar ist. Der Kanton unterstützt das Spital bei Bedarf bei der Ausarbeitung eines entsprechenden Konzepts. Die Beurteilung durch die Gesundheitsdirektion erfolgt im Jahr 2025.

In diesem Sinne werden dem Spital Uster die folgenden Leistungsaufträge bis 31. Dezember 2025 provisorisch erteilt: BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin, DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten), HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie), HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie, HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen, HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperation), HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie, NEU1 Neurologie, NEU2 Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems, END1 Endokrinologie, GAE1 Gastroenterologie, GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie, HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien, HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien, HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome, ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell), RAD1 Interventionelle Radiologie, NEP1 Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen), URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitle «operative Urologie», URO1.1 Urologie mit Schwerpunkttitle «operative Urologie», URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere, URO1.1.4 Isolierte Adrenalektomie, URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial, PNE1 Pneumologie, BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat, BEW2 Orthopädie, BEW3 Handchirurgie, BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens, BEW5 Arthroskopie des Knies, BEW6 Rekonstruktion obere Extremität, BEW7 Rekonstruktion untere Extremität, RHE1 Rheumatologie, GYN1 Gynäkologie, GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital, GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g), NEO1 Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g), ONK1 Onkologie, KINB Basis-Kinderchirurgie, KAD Kinderanästhesie «D», GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum und PAL Palliative Care Kompetenzzentrum.

Der Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices wird im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) provisorisch erteilt, jedoch mit Blick auf den ausstehenden Wirtschaftlichkeitsnachweis und das noch einzureichende Konzept (Versorgungsstrukturen und Wirtschaftlichkeit) vorerst nur bis 31. Dezember 2025.

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 Box ([Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungs-therapie, THO1 Thoraxchirurgie und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichen Fallzahlen vergeben. Da das Spital Uster in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Leistungsaufträge für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen werden im Sinne des Stroke Konzepts (s. Kapitel C 1.2) nur noch an zertifizierte Stroke Center und Units vergeben. Da das Spital Uster nicht entsprechend zertifiziert ist und kein Bedarf an einer Stroke Unit an diesem Standort besteht, wird der Leistungsauftrag für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen nicht erteilt. Der Leistungsauftrag für PNE2 Polysomnographie wird nicht erteilt, da kein SGSSC-Zertifikat vorliegt und ein Bedarf für ein weiteres Angebot an diesem Standort nicht besteht.

Der Leistungsauftrag für BEW8 Wirbelsäulenchirurgie wird nicht erteilt, da der entsprechende Bedarf durch andere, besser geeignete Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen und Erfahrung gedeckt werden kann. Die Leistungsaufträge für GYNT Gynäkologische Tumore und GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum werden nicht erteilt, da der entsprechende Bedarf durch andere, besser geeignete Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen und Erfahrung gedeckt werden kann und sich der Neuaufbau entsprechender Kompetenzen auch mit Blick auf die bevorstehende IVHSM-Vergabe der Leistungsaufträge für GYNT nicht rechtfertigen liesse.

Der Leistungsauftrag für UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma) setzt eine Inhouse-Verknüpfung mit UNF1.1 Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM) voraus. Da das Spital Uster über keinen entsprechenden IVHSM-Leistungsauftrag verfügt, wird der Leistungsauftrag für UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma) nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für KAC Kinderanästhesie «C» wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

GZO AG Spital Wetzikon

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und die Leistungsaufträge für KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen und GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum werden im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Zertifikate]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt, da die Stroke Unit noch nicht zertifiziert ist bzw. das Zertifikat für ein anerkanntes Brustzentrum noch nicht vorliegt. Der Leistungsauftrag für GEB1.1 Geburtshilfe (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g) und NEO1.1 Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g) wird aufgrund noch nicht erreichter Mindestfallzahlen im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungs-therapie), THO1 Thoraxchirurgie und NUK1 Nuklearmedizin werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das GZO Spital Wetzikon in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Die Leistungsaufträge für KAR3 Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) und KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (Strukturelle Eingriffe) werden nicht erteilt, da das GZO Spital Wetzikon in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Spital Limmattal

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und der Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik wird aufgrund der noch nicht erreichten Mindestfallzahlen im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt. Die Erfüllung des Leistungsauftrags erfolgt in Kooperation mit der Klinik Lengg.

Der Leistungsauftrag GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum wird aufgrund der noch fehlenden anerkannten Zertifizierung als Brustzentrum im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Zertifikate]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, NCH3 Periphere Neurochirurgie und THO1 Thoraxchirurgie werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Spital Limmattal in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Ein Leistungsauftrag für RAD2 Komplexe Interventionelle Radiologie und DER1.1 Dermatologische Onkologie wird nicht erteilt, da im Sinne der Qualitätssteigerung eine Konzentration komplexer radiologischer sowie komplexer dermatologischer Eingriffe an wenigen Standorten angestrebt wird und der entsprechende Bedarf durch andere, besser geeignete Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen und Erfahrung gedeckt werden kann.

Der Leistungsauftrag für UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma) setzt eine Inhouse-Verknüpfung mit UNF1.1 Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM) voraus. Da das Spital Limmattal über keinen entsprechenden IVHSM-Leistungsauftrag verfügt, wird der Leistungsauftrag für UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma) nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für KAC Kinderanästhesie «C» wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Spital Bülach AG

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und der Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für VIS1.4 Bariatriche Chirurgie und GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum werden aufgrund des noch fehlenden SMOB-Zertifikats bzw. der noch fehlenden anerkannten Zertifizierung als Brustzentrum im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Zertifikate]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungs-therapie), THO1 Thoraxchirurgie und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Spital Bülach in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für KAC Kinderanästhesie «C» wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Spital Zollikerberg

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen und GYNT Gynäkologische Tumore bis 31. Dezember 2023 und der Leistungsauftrag für KAR1 Kardiologie und Devices bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungs-therapie) und THO1 Thoraxchirurgie werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Spital Zollikerberg in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Leistungsaufträge für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen werden im Sinne des Stroke Konzepts (s. Kapitel C 1.2) nur noch an zertifizierte Stroke Center und Units vergeben. Da das Spital Zollikerberg nicht entsprechend zertifiziert ist und kein Bedarf an einer Stroke Unit an diesem Standort besteht, wird der Leistungsauftrag für NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen nicht erteilt.

Spital Männedorf AG

Die Leistungsaufträge für VIS1 Viszeralchirurgie, URO1.1.1 Radikale Prostatektomie, BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen werden im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum wird aufgrund der noch fehlenden anerkannten Zertifizierung als Brustzentrum im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C.5.1 (Box [Zertifikate]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungs-therapie), THO1 Thoraxchirurgie und URO1.1.7 Implantation künstlicher Harnblasensphinkter werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Spital Männedorf in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für KAC Kinderanästhesie «C» wird nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Spital Affoltern

Das Spital Affoltern ist unter allen Bewerbern das kleinste Akutspital und hat sich – entsprechend den bisher bestehenden Leistungsaufträgen – für die Grundversorgung abdeckende Leistungsgruppen beworben. Ein spezifisches Profil, aufgrund dessen sich das Spital künftig in einem bestimmten Leistungsbereich im Vergleich mit anderen Spitalern hervorheben oder spezialisieren würde, ergibt sich aus der Bewerbung nicht. Die bisherigen Fallzahlen in den beantragten Leistungsgruppen zeigen, dass das Spital Affoltern aktuell keinen relevanten Anteil des Versorgungsbedarfs der Zürcher Bevölkerung abdeckt. Mit Blick auf das geografisch begrenzte Einzugsgebiet und die bisher geringen Fallzahlen ist eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung der Fallzahlen nicht zu erwarten. Dauerhaft geringe Fallzahlen stehen einer langfristig qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung entgegen. Mit dem bestehenden Konzept des Spitals und den zu erwartenden Fallzahlen besteht zudem langfristig keine solide Grundlage für einen wirtschaftlichen Betrieb. Insbesondere der effektive und effiziente Einsatz von Personal und Infrastruktur wird aufgrund der Vorhalteleistungen in einem Akutspital und wegen Skaleneffekten mit abnehmender Grösse eines Spitals schwieriger.

Die dem Spital Affoltern erteilten Leistungsaufträge sind daher für eine Übergangsphase von drei Jahren zu befristen, wobei eine Verlängerungsmöglichkeit nicht vorgesehen ist. Diese Übergangsphase ermöglicht es dem Spital Affoltern bzw. dessen Trägerschaft, eine umfas-

sende Neubeurteilung betreffend alternative und bedarfsgerechte Versorgungsformen vorzunehmen. Bei Bedarf steht der Kanton begleitend zur Seite.

In diesem Sinne werden dem Spital Affoltern die folgenden Leistungsaufträge bis 31. Dezember 2025 befristet erteilt: BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin, DER1 Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten), HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie), HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie, HNO1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen, HNO1.3 Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperation), KIE1 Kieferchirurgie, NEU1 Neurologie, NEU2 Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems, END1 Endokrinologie, GAE1 Gastroenterologie, HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien, HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome, URO1 Urologie ohne Schwerpunkttitle «operative Urologie», PNE1 Pneumologie, BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat, BEW2 Orthopädie, BEW3 Handchirurgie, BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens, BEW5 Arthroskopie des Knies, BEW6 Rekonstruktion obere Extremität, BEW7 Rekonstruktion untere Extremität, RHE1 Rheumatologie, GYN1 Gynäkologie, ONK1 Onkologie, KINB Basis-Kinderchirurgie, KAD Kinderanästhesie «D», GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum und PAL Palliative Care Kompetenzzentrum.

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling]) wird der Leistungsauftrag für VIS1 Viszeralchirurgie bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt. Der Leistungsauftrag kann danach bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen befristet bis längstens 31. Dezember 2025 verlängert werden.

Der Leistungsauftrag für DER2 Wundpatienten wird im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da das Spital Affoltern in dieser Leistungsgruppe bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, wird der entsprechende Leistungsauftrag nicht erteilt.

Die Leistungsaufträge für BEW7.1 Erstprothese Hüfte und BEW7.2 Erstprothese Knie werden nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Universitätsklinik Balgrist

Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore ist aufgrund der Komplexität der Leistungen und der sehr geringen Fallzahl weiterhin stark zu konzentrieren. In den letzten Jahren hat sich zwischen der Universitätsklinik Balgrist und dem USZ in diesem Bereich eine gute Zusammenarbeit etabliert. Die Spitäler können sämtliche Fälle abdecken und hätten nötigenfalls Kapazitäten für die Behandlung weiterer Patientinnen und Patienten. Der Leistungsauftrag für BEW9 Maligne Knochentumore wird daher definitiv erteilt. Die Erfüllung des Leistungsauftrags erfolgt in Kooperation mit dem USZ. Die Gesundheitsdirektion ist über die konkrete Aufteilung der Leistungen auf die beiden Standorte zu informieren.

Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling; Neue Leistungsaufträge/-gruppen im Modell]) werden die Leistungsaufträge für BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen bis 31. Dezember 2023 und der Leistungsauftrag für BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Der Leistungsauftrag für NCH3 Periphere Neurochirurgie wird im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da die Universitätsklinik Balgrist in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, wird der entsprechenden Leistungsauftrag nicht erteilt.

Schulthess Klinik

Die Leistungsaufträge für BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen werden im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Die Schulthess Klinik verfügt über keine zertifizierte Intensivpflegestation. Aufgrund der besonderen örtlichen Gegebenheiten ist es allerdings möglich, Patientinnen und Patienten unterirdisch barrierefrei von der Schulthess Klinik in die Universitätsklinik Balgrist und zurück zu verlegen. Es ist geplant, dass Patientinnen und Patienten der Schulthess Klinik mit Bedarf nach postoperativer Überwachung auf einer Intensivpflegestation künftig nach der Operation in der Schulthess Klinik in der Universitätsklinik Balgrist intensivmedizinisch weiterbehandelt werden. Damit ist eine umfassende medizinische Versorgung ohne Nachteile für die Patientinnen und Patienten sichergestellt. Im Rahmen ihrer Bewerbung hat die Schulthess Klinik für den Bereich der Intensivmedizin den Abschluss eines diesbezüglichen Kooperationsvertrags mit der Universitätsklinik Balgrist in Aussicht gestellt. Unter der Bedingung, dass ein entsprechender Kooperationsvertrag zwischen der Schulthess Klinik und der Universitätsklinik Balgrist vorliegt, wird der Leistungsauftrag für BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie definitiv und der Leistungsauftrag für BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie im Sinne der Ausführungen

gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Mindestfallzahlen]) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt. Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten und NCH3 Periphere Neurochirurgie werden im Sinne der horizontalen Konzentration (s. Kapitel C 1.2) nur an wenige Spitäler mit ausreichend Fallzahlen vergeben. Da die Schulthess Klinik in diesen Leistungsgruppen bisher nur sehr geringe Fallzahlen erreicht hat und eine für die Bedarfsdeckung relevante Steigerung mit Blick auf die Zahlen der anderen Spitäler nicht zu erwarten ist, werden die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt.

Der Leistungsauftrag für KINC Kinderchirurgie wird nicht erteilt, da keine Kinderchirurgin bzw. kein Kinderchirurg angestellt ist und kein umfassendes Spektrum an Kinderchirurgie angeboten wird. Eingriffe bei Kindern können unverändert innerhalb der Leistungsgruppe KINB Basis-Kinderchirurgie für in der Erwachsenenmedizin gewährte Leistungsaufträge erbracht werden.

Die Leistungsaufträge für KAB Kinderanästhesie «B» und KAC Kinderanästhesie «C» werden nicht erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen mit anderen, besser geeigneten Leistungserbringern mit bisher wesentlich höheren Fallzahlen gedeckt werden kann.

Uroviva Klinik AG

Der Leistungsauftrag für URO1.1.1 Radikale Prostatektomie wird im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Qualitätscontrolling]) bis 31. Dezember 2023 provisorisch erteilt.

Adus Medica AG

Adus Medica ist ein rein elektiv tätiges Spital ohne Vorhalteleistungen für die Grundversorgung der Zürcher Bevölkerung und ohne umfangmässig bedeutsame Ausbildungsleistungen für medizinisches Personal. Das Spital hatte bisher trotz seiner sehr selektiven Leistungsauswahl im Kanton Zürich in keinem der angebotenen Leistungsbereiche eine versorgungsrelevante Rolle. In den beantragten und in den schon bestehenden Leistungsgruppen weist Adus Medica bereits heute nur geringe Fallzahlen aus. Die beantragten Leistungsaufträge betreffen zudem Bereiche, in denen mit Blick auf die Bedarfsplanung (s. Kapitel C 2) ein unterdurchschnittliches Wachstum zu erwarten ist.

Der Bedarf in den von Adus Medica beantragten Leistungsgruppen kann ohne weiteres durch andere, besser geeignete Leistungserbringer abgedeckt werden, die überwiegend bereits heute höhere Fallzahlen aufweisen und zudem weitere, die entsprechenden Leistungsgruppen ergänzende Leistungen anbieten. Die stärkere Konzentration spezialisierter Leistungen bringt längerfristig eine Qualitätssteigerung in diesen Bereichen mit sich und führt zu einem effizienteren und effektiveren Einsatz von Personal im Gesundheitswesen und damit zu einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten. Adus Medica wird daher kein Leistungsauftrag erteilt.

Limmatklinik AG

Die Limmatklinik erhält alle Leistungsaufträge gemäss ihrer Bewerbung definitiv.

Klinik Lengg

Der Leistungsauftrag für KINC Kinderchirurgie wird nicht erteilt, da keine Kinderchirurgin bzw. kein Kinderchirurg angestellt ist und kein umfassendes Spektrum an Kinderchirurgie angeboten wird bzw. überhaupt keine chirurgischen Leistungen in der Klinik Lengg erbracht werden. Da die Klinik Lengg keine chirurgischen Leistungen erbringt, wird auch der Leistungsauftrag für KINB Basis-Kinderchirurgie nicht erteilt.

Die Leistungen, die von der Klinik Lengg nicht vollständig selbst erbracht werden können, wie z.B. operative Eingriffe, werden bei Erwachsenen in Kooperation mit dem USZ und bei Kindern ab 0 Jahren in Kooperation mit dem Universitäts-Kinderspital Zürich erbracht.

Klinik Susenberg

Die Klinik Susenberg erhält die Leistungsaufträge für GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum und PAL Palliative Care Kompetenzzentrum definitiv.

Fachspital für Sozialmedizin und Abhängigkeitserkrankungen Sune-Egge

Das Fachspital Sune-Egge erhält den Leistungsauftrag für AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker definitiv.

Geburtshaus Delphys

Das Geburtshaus Delphys erhält die Leistungsaufträge für GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW) und NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g) definitiv.

Geburtshaus Zürcher Oberland

Das Geburtshaus Zürcher Oberland erhält die Leistungsaufträge für GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW) und NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g) definitiv.

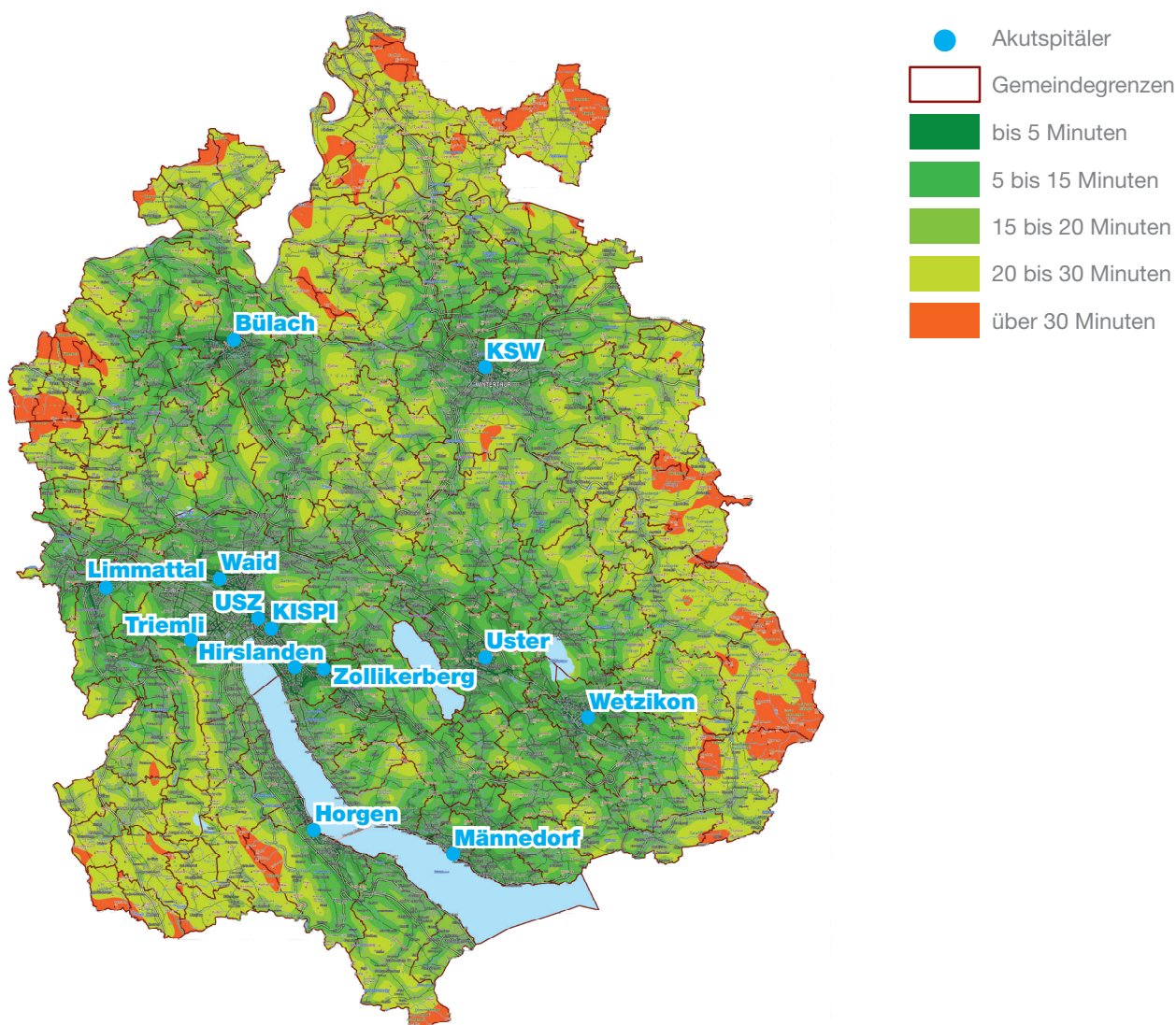
Geburtshaus Winterthur

Das neu entstehende Geburtshaus Winterthur bewirbt sich erstmals um einen Leistungsauftrag der Zürcher Spitalliste. Im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel C 5.1 (Box [Neue Leistungserbringer auf der Spitalliste]) werden dem Geburtshaus Winterthur die Leistungsaufträge für GEBH Geburtshäuser (≥ 36 0/7 SSW) und NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Provisorische Spitalliste 2023 Akutsomatik – Erreichbarkeit der akutsomatischen Grundversorgung

Da die Leistungsaufträge «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin» für das Spital Affoltern befristet bis zum 31. Dezember 2025 erteilt wird, wird sich die Erreichbarkeit der Spitäler entsprechend verändern. Ab 1. Januar 2026 werden voraussichtlich 12 statt 13 Leistungserbringer einen Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin» [ausgenommen das Kinderspital Zürich] haben. Auch hier ist ein entscheidendes Merkmal dieser Leistungserbringer wieder die an 365 Tagen gegebene 24-Stunden-Notfallversorgung. Der Zugang der Wohnbevölkerung zur Spitalversorgung bleibt auch ohne Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin» für das Spital Affoltern auf hohem Niveau gewährleistet (vgl. Abbildung unten): Die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital beträgt für über 99 Prozent der Wohnbevölkerung und über 99 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze weniger als 20 Minuten. Rund 93 Prozent der Zürcherinnen und Zürcher erreichen das nächstgelegene Spital innerhalb von 15 Minuten, rund 30 Prozent gar in weniger als 5 Minuten. Von den Arbeitsorten aus ist die Erreichbarkeit noch besser (für rund 96 Prozent beträgt die Fahrzeit weniger als 15 Minuten bzw. für rund 31 Prozent weniger als 5 Minuten). In Gebieten, in denen die Fahrzeit bei über 30 Minuten liegt, wohnen zum Analysezeitpunkt keine Personen.

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	Anzahl	Prozent %	Anzahl	Prozent %
Bis 5 Minuten	490 928	32,08	337 541	32,84
Bis 10 Minuten	1 161 892	75,92	882 895	85,91
Bis 15 Minuten	1 439 248	94,05	995 916	96,60
Bis 20 Minuten	1 515 291	99,02	1 022 915	99,53
Bis 30 Minuten	1 530 322	100	1 027 734	100



6. Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik

Die Abbildung C33 zeigt die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik.

D

Psychiatrie

- 1 Leistungsgruppensystematik
- 2 Bedarfsprognose
- 3 Evaluationskriterien
- 4 Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen
- 5 Evaluationsverfahren
- 6 Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie

1. Leistungssystematik

1.1 Anforderungen an die Leistungssystematik

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

- Sie müssen medizinisch sinnvolle Einheiten bilden: Patientinnen und Patienten mit ähnlichem Behandlungsbedarf sollen in der gleichen Leistungsgruppe zusammengefasst sein.
- Sie müssen klar und eindeutig definiert sein: Klar definierte Leistungsgruppen sind eine Voraussetzung für kontrollierbare und justiziable Leistungsaufträge. Die medizinischen Leistungen jeder Leistungsgruppe müssen deshalb mit den in der Medizinstatistik verwendeten Klassifizierungen eindeutig bestimmt sein.

1.2 Weiterentwicklung der Leistungssystematik

Die seit 2012 verwendete Leistungssystematik Psychiatrie wurde im Rahmen eines Teilprojektes der Spitalplanung 2023 gemeinsam mit medizinischen Vertreterinnen und Vertretern der psychiatrischen Kliniken sowie deren Geschäftsführung und unter Einbezug von externen Expertinnen und Experten überarbeitet und weiterentwickelt. Konkret werden neu zwei Auftragsstypen, 17 Leistungsbereiche, 23 Leistungsgruppen und – wie bisher – vier Altersbereiche unterschieden.

Mit der neuen Systematik kann eine patientengerechtere Versorgung sichergestellt werden, da die leistungsspezifischen Anforderungen genauer auf den Behandlungsbedarf der jeweiligen 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. Dem für die Spitalplanung zuständigen Kanton 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 Leistungssystematik somit die Qualität der psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten verbessert.

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

1.3 Leistungssystematik im Überblick

Das Leistungsgruppenmodell Psychiatrie besteht wie erwähnt aus zwei Auftragsstypen, 23 Leistungsgruppen, die wiederum 17 Leistungsbereichen zugeteilt sind, und vier Altersbereichen (vgl. Abbildung D1).

Abbildung D1: Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

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

Quelle: Eigene Darstellung

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

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

Die Altersbereiche wiederum gliedern sich in Kinderpsychiatrie (0–13 Jahre), Jugendpsychiatrie (14–17 Jahre), Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) und Gerontopsychiatrie (ab 65 Jahre sowie Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen oder anderweitigen hirnorganischen Erkrankung unabhängig vom Alter). In der Regel umfasst der Leistungsauftrag den zugeteilten Altersbereich des Patientenkollektivs. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere bzw. ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Ein Leistungsauftrag für eine Psychiatrieklinik der zukünftigen Spitalliste Psychiatrie umfasst pro Standort der Leistungserbringung immer nur einen Auftragstyp (AVV oder SPV) und in der Regel mehrere Leistungsgruppen in Kombination mit einem oder mehreren Altersbereichen. Nachfolgend werden die einzelnen Leistungsbereiche und die dazugehörigen Leistungsgruppen beschrieben. Zu den einzelnen Leistungsgruppen sind die häufigsten Hauptdiagnosen/Indikationen aufgelistet. Das ICD-10- und bereits ICD-11-Diagnosespektrum ist vollständig abgebildet, auch wenn manche Störungsbilder unter Umständen häufiger im ambulanten Bereich als im stationären Bereich behandelt werden. Hierdurch lässt sich die Leistungsgruppensystematik auch im ambulanten, tagesklinischen oder aufsuchenden Setting anwenden. Die genaue Operationalisierung der einzelnen Leistungsgruppen ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektion ersichtlich.¹

¹ Abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1865399059>

Leistungsbereich «Demenzen und Delire»

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

Leistungsbereich «Abhängigkeitserkrankungen»

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

Leistungsbereich «Psychotische und bipolare Störungen»

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

Leistungsbereich «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen»

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

Leistungsbereich «Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen»

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

Leistungsbereich «Persönlichkeitsstörungen»

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

Leistungsbereich «Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen»

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

Leistungsbereich «Essstörungen»

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

Leistungsbereich «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen»

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

Leistungsbereich «Autismus-Spektrum-Störungen»

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

Leistungsbereich «Störungen des Sozialverhaltens»

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

Leistungsbereich «Störungen in Verbindung mit Sexualität»

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

Leistungsbereich «Mutter-Kind-Behandlungen»

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

Leistungsbereich «Nichtorganische Schlafstörungen»

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

Leistungsbereich «Säuglings- und kinderspezifische Störungen»

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

Leistungsbereich «Intellektuelle Beeinträchtigungen»

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

Leistungsbereich «Forensische Psychiatrie»

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

2. Bedarfsprognose

Im vorliegenden Strukturbericht werden das Vorgehen zur Berechnung der Bedarfsprognose sowie die Prognoseergebnisse zusammenfassend dargestellt. Detaillierte Informationen zum Prognosemodell und zu den einzelnen Einflussfaktoren finden sich im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023.

2.1 Datengrundlagen und allgemeines Vorgehen

Die folgenden Seiten fassen Informationen zur Datenbasis der Bedarfsprognose und die wichtigsten Grundsätze zusammen.

2.1.1 Datenbasis

Dieses Kapitel beschreibt die verwendeten Daten, ihre Quellen sowie die Darstellungsebenen der Resultate. Anschliessend wird die Datenqualität kurz beschrieben.

2.1.1.1 Datenquellen

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

Die Medizinische Statistik des BFS wird jährlich durch die Kantone erhoben. Sie enthält soziodemografische und medizinische Informationen zu den stationären Fällen eines Datenjahres. Ein Fall entspricht dabei einem stationären Aufenthalt in einem Spital, wobei bei Wiedereintritten die Fallzusammenführungsregeln des geltenden Tarfsystems (TARPSY) angewendet werden. Betrachtet werden nur die Austritte, weil die Fälle erst nach dem Austritt fertig codiert werden können.

Für die Zuteilung der Fälle zu einem Versorgungsbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) zieht die Gesundheitsdirektion ausserdem die Krankenhausstatistik des BFS hinzu (vgl. Kapitel D 2.1.1.2).

Das Statistische Amt des Kantons Zürich berechnet jedes Jahr eine Bevölkerungsprognose für den Kanton Zürich. Der aktuelle Prognoselauf 2021 reicht bis ins Jahr 2050.² Für die Berechnung der schweizweiten Hospitalisierungsraten wird zudem die Bevölkerungsstatistik STATPOP des BFS verwendet.³

2.1.1.2 Generierung der Datensätze

Zur Berechnung der Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion grundsätzlich die neuesten verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik. Das Abstützen auf die aktuellsten Daten entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.⁴ Abweichend von diesem Grundsatz werden jedoch die bereits vorliegenden Daten des Jahres 2020 nicht verwendet. Die spezielle Situation aufgrund der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 führt dazu, dass die Daten dieses Jahres als Grundlage für eine langfristige Prognose nicht geeignet sind. Grundlage zur Berechnung der Prognose sind deshalb die stationären Fälle des Jahres 2019.

Die Zuteilung der Fälle zu den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation erfolgt für die Fälle der Zürcher Spitäler mittels der Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung der Medizinischen Statistik. Für die nicht eindeutigen Ausprägungen kommt eine subsidiäre Fallzuteilung zur Anwendung. Abbildung D2 enthält die Zuteilungslogik:

Abbildung D2: Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

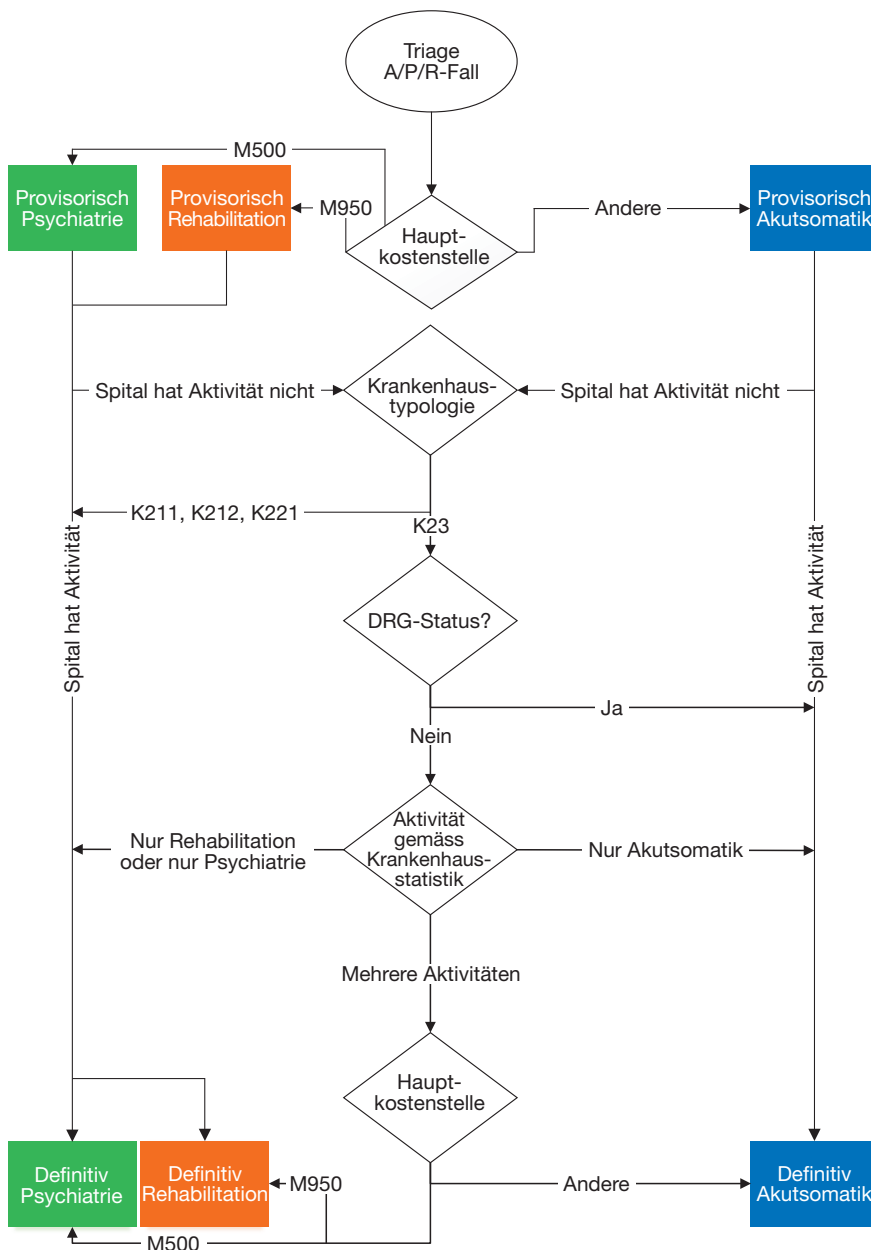
² https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige_entwicklung.html

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

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

Für Fälle der ausserkantonalen Spitäler sowie Fälle, die anhand der Variable «Tarif für die Abrechnung» nicht zuteilbar sind (Ausprägungen 7 Pflgetaxe und 0 unbekannt), wird die nachfolgend abgebildete Fallzuteilungslogik verwendet (vgl. Abbildung D3).

Abbildung D3: Subsidiäre Fallzuteilungslogik



Quelle: Eigene Darstellung

Für die Prognose werden alle Austritte (Medizinische Statistik Variable 0.2.V02 = A) mit Wohnkanton Zürich betrachtet.

2.1.1.3 Darstellungsebenen

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

Leistungsbereiche: Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) bilden die Basis für die Darstellung der medizinischen Leistungen. Alle Berechnungen erfolgen auf Ebene der SPLG. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Prognoseergebnisse aber nur auf Ebene der SPLB dargestellt.

Altersgruppen: Die Prognose wird pro Altersjahr (1-Jahres-Gruppen) berechnet. Die Resultate der Prognose werden aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nur pro Altersgruppe ausgewiesen, wobei für jeden Versorgungsbereich eine dem Leistungsgruppenmodell entsprechende Altersgruppierung verwendet wird.

Wohnregionen: Zur Darstellung werden die einzelnen Zürcher Gemeinden in Wohnregionen zusammengefasst. In der Psychiatrie werden vier Wohnregionen unterschieden: Horgen-Affoltern, Winterthur - Zürcher Unterland, Zürich und Zürcher Oberland (vgl. Abbildung D4). Diese Regionen haben sich für regionspezifische Analysen bewährt.

Abbildung D4: Wohnregionen Psychiatrie



Quelle: Eigene Darstellung

2.1.1.4 Datenqualität und -konsistenz

Die Daten der Medizinischen Statistik werden von den Spitälern erhoben. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Daten der Zürcher Spitäler werden von der Gesundheitsdirektion jedoch intensiv plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, das weitere Prüfungen durchführt. Zudem überprüft die Gesundheitsdirektion regelmässig stichprobenartig die Codierpraxis der meisten Listenspitäler im Kanton Zürich.

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

- Einführung von TARPSY per 1. Januar 2018

Durch die Einführung von TARPSY gilt in der Psychiatrie seit 1. Januar 2018 die schweizweit einheitliche neue Falldefinition gemäss TARPSY. Die Fallzahlen und Aufenthaltsdauern der psychiatrischen Fälle vor und ab 2018 sind deshalb ohne eine entsprechende Korrektur nicht vergleichbar.

- Codierung und Entwicklung der Leistungsgruppen

Das Bundesamt für Statistik gibt den Spitälern jedes Jahr unter anderem die Katalogsversion für die Codierung der Diagnosen (ICD) und der Behandlungen (CHOP) vor. Insbesondere die Codes der Behandlungen (CHOP) werden regelmässig angepasst. Die zur Gruppierung der Psychiatrie mehrheitlich verwendeten Diagnosecodes (ICD) werden weniger häufig angepasst. In der Psychiatrie werden für die Spitalplanung 2023 komplett überarbeitete Leistungsgruppen verwendet. Eine Überführung der bisherigen Leistungsgruppen in die neuen Leistungsgruppen ist nicht möglich. Zudem ist auch die Gruppierung vergangener Jahre mit den neuen Leistungsgruppen problematisch, da unter Umständen für die Gruppierung benötigte Variablen oder Codes noch nicht existierten.

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

2.1.2 Grundsätze der Bedarfsprognose

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

2.1.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

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

Zum Prognosemodell der Akutsomatik fand am 10. April 2019 ein Workshop mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) statt. Im entsprechenden Bericht kommen die teilnehmenden Mitarbeitenden des WIG zum Schluss, dass das Modell die wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt und dazu geeignet ist, die Fallzahlen zu prognostizieren. Der Bericht enthält darüber hinaus eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Modells. Die Gesundheitsdirektion hat diese wo möglich berücksichtigt. Insbesondere weisen die Autorin und die Autoren auf weitere spitalexterne Faktoren wie das Patientenverhalten hin, die einen grossen Effekt auf die Entwicklung der stationären Fallzahlen haben. Wie die Teilnehmenden des WIG selber schreiben, gibt es dazu jedoch keine Datengrundlage, die eine Berücksichtigung im Modell erlauben würde. Das Prognosemodell in der Psychiatrie ist abgesehen von einzelnen Einflussfaktoren identisch, so dass die Erkenntnisse übertragbar sind.

Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2032 und damit ein Prognosezeitraum von etwas mehr als zehn Jahren gewählt. Damit deckt die Bedarfsprognose die gesamte Laufzeit der Spitalplanung 2023 ab. Da mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Ausgangsjahr die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung zunimmt, wird ebenso die Unsicherheit der Prognose grösser. Um diese transparent zu machen, werden drei Szenarien berechnet. Das Hauptszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung bis ins Jahr 2032 dar. Im Maximalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und dennoch plausibel ist. Im Minimalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist. Der Bereich zwischen Minimal- und Maximalszenario ist als wahrscheinlich zu betrachten, wobei das Hauptszenario die wahrscheinlichste Entwicklung abbildet.

2.1.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

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

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

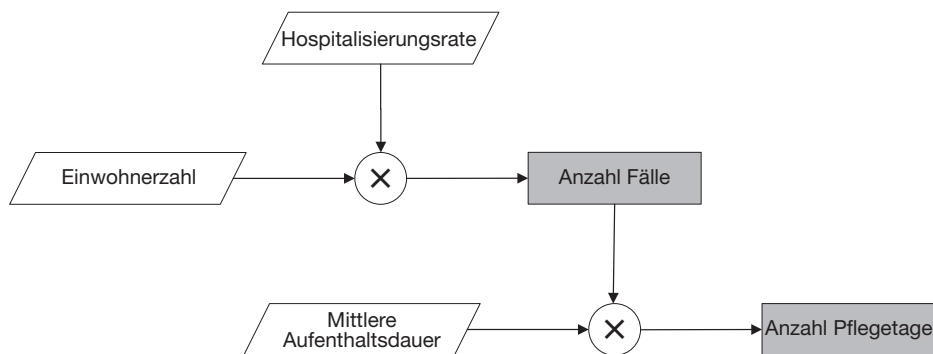
Als primäres Resultat berechnet die Prognose die Zahl der Austritte im Jahr 2032. Zusätzlich werden die Pflagestage prognostiziert. Zur Berechnung der Pflagestage werden die Aufenthaltsdauern der Austritte addiert. Die Pflagestage sind als sekundärer Output der Prognose zu verstehen, der hilft, die Angaben der Spitäler im Bewerbungsverfahren zu plausibilisieren. Die Vergabe der Leistungsaufträge wird aber in allen drei Bereichen basierend auf den Leistungen (Fälle) und nicht basierend auf den Kapazitäten (Pflagestage) vorgenommen.

Das Prognosemodell geht von den folgenden zentralen Annahmen aus:

- Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern hängen neben dem Alter und der Leistungsgruppe auch von der Wohnregion und dem Geschlecht ab. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden deshalb alters-, wohnregions-, geschlechts- und leistungsgruppen-spezifisch berechnet.
- In der Psychiatrie gilt grundsätzlich die Annahme, dass die aktuelle Nachfrage dem Bedarf entspricht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht gegenwärtig allerdings eine Unterversorgung. In der Berechnung der Prognose werden deshalb die entsprechenden Hospitalisierungsraten nach oben korrigiert.

Die Fallzahlen im Jahr 2032 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2032 entwickelt und wie häufig die Zürcherinnen und Zürcher im Spital behandelt werden (Hospitalisierungsrate). Die Pflagestage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Anzahl Fälle im Jahr 2032 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisierungsrate im Jahr 2032 und für die Ermittlung der Pflagestage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung D5).

Abbildung D5: Herleitung der Fallzahlen und Pflegetage

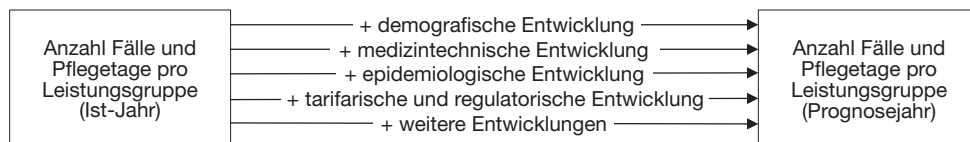


Quelle: Eigene Darstellung

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. In der vorliegenden Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion die Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst (vgl. Abbildung D6):

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

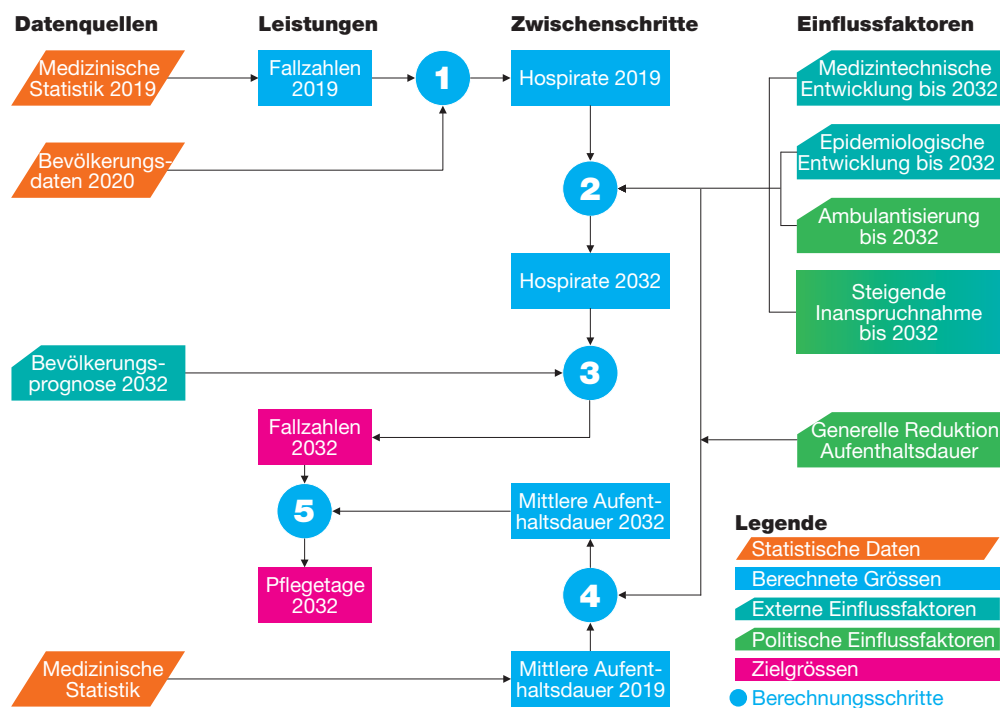
Abbildung D6: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell Psychiatrie folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung D7).

Abbildung D7: Prognosemodell der Psychiatrie



Quelle: Eigene Darstellung

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

1. Die Hospitalisierungsraten der Zürcher Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik pro SPLG, Alter, Geschlecht und Wohnregion berechnet.
2. Basierend auf diesen Hospitalisierungsraten 2019 werden die Hospitalisierungsraten 2032 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie weiterer Einflussfaktoren berechnet.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2032 werden die Hospitalisierungsraten 2032 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Wohnregionen des Kantons Zürich multipliziert.
4. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2019 werden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2032 unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren berechnet. Die Aufenthaltsdauern werden ebenfalls pro Alter, Geschlecht, Wohnregion sowie Leistungsgruppe differenziert berechnet.
5. Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2032 werden die Fallzahlen 2032 mit den entsprechenden erwarteten mittleren Aufenthaltsdauern multipliziert.

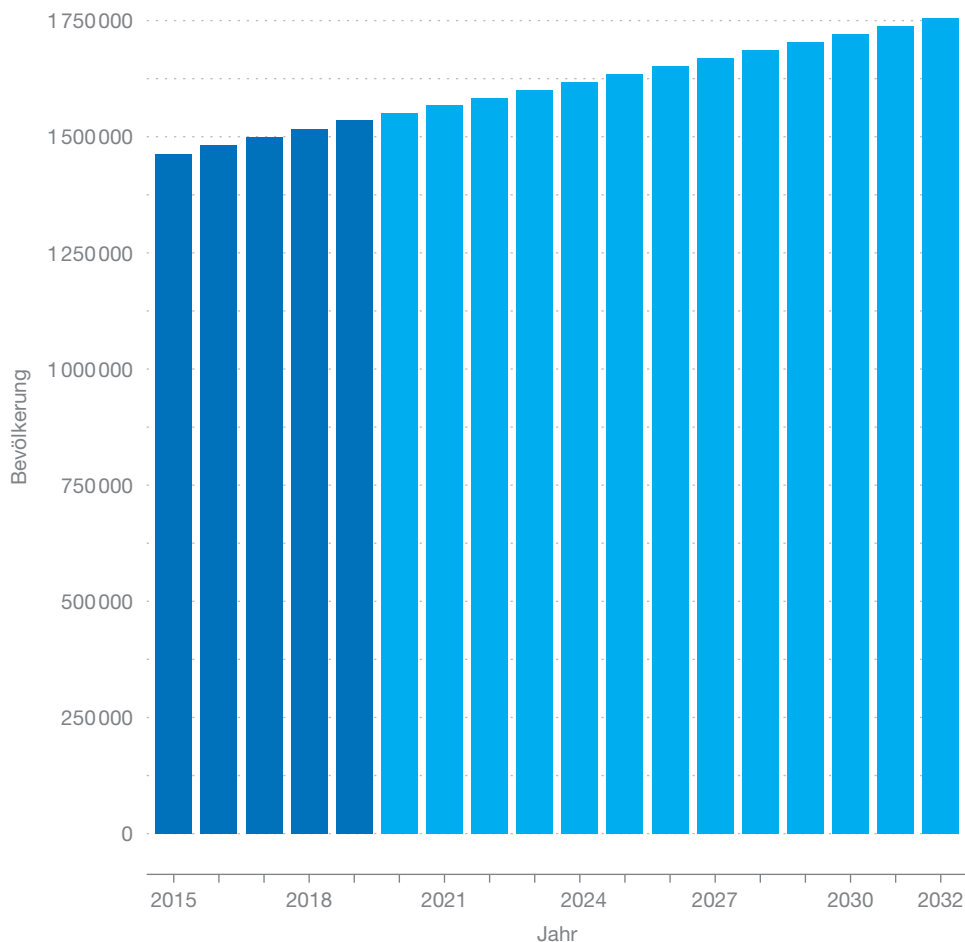
In der Folge werden die Einflussfaktoren beschrieben, die im Prognosemodell Psychiatrie berücksichtigt werden. Damit ein Einflussfaktor berücksichtigt werden kann, müssen die folgenden zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Entwicklung eines Faktors bis 2032 muss (möglichst genau) geschätzt werden können.
2. Der Effekt dieser Entwicklung auf die stationären Fallzahlen muss quantifizierbar sein.

Demografische Entwicklung

Zur Abbildung der demografischen Entwicklung wird die neuste Bevölkerungsprognose «Trend ZH 2021» des Statistischen Amtes verwendet. Die Bevölkerungsprognose 2021 basiert auf den Bevölkerungsdaten des Jahres 2020. Das Bevölkerungsprognosemodell des Statistischen Amtes ist ein Modell, das ausgehend von einem Anfangsbestand (Bevölkerungszahl Ende 2020) aufgrund der natürlichen Bewegungen (Geburten, Sterbefälle) und Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) Jahr für Jahr die Bevölkerung fortschreibt.

Die Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die Zürcher Bevölkerung weiterwächst. Da die Bedarfsprognose auf den Daten 2019 beruht, wird hier ebenfalls die Entwicklung 2019 bis 2032 beschrieben, auch wenn für die neuste Bevölkerungsprognose die Daten 2020 als Ausgangspunkt dienen. Ende 2019 umfasste die Zürcher Bevölkerung 1 536 406 Personen. Im Jahr 2032 werden gemäss Prognose 1 755 084 Personen im Kanton Zürich leben. Dies entspricht einem Wachstum von gut 14 Prozent (vgl. Abbildung D8).

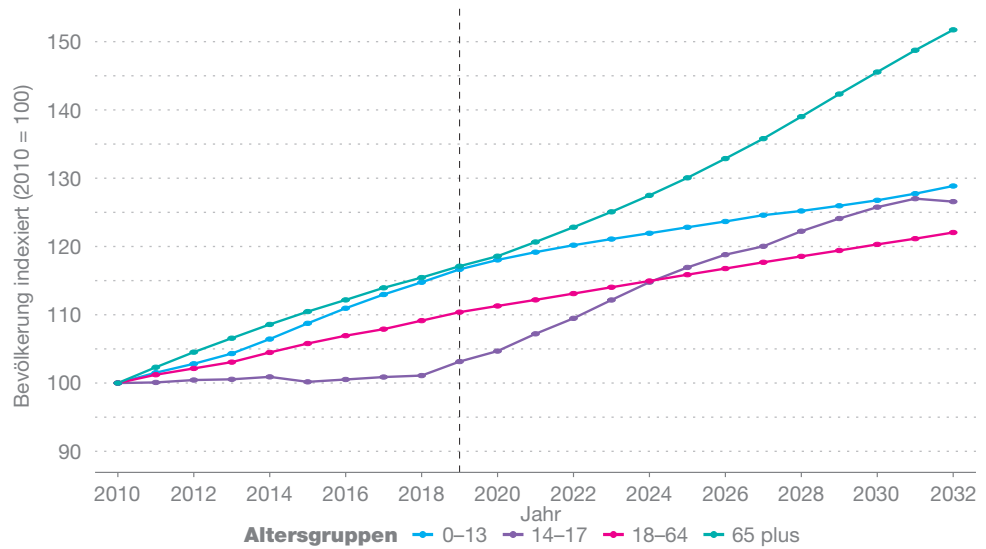
Abbildung D8: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032

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

Die Bevölkerung im Kanton Zürich wächst nicht nur, die Altersstruktur verändert sich ebenfalls. Die Alterung schreitet im Kanton Zürich fort, wird aber wegen der Zuwanderung von jüngeren Personen etwas abgeschwächt. Betrachtet man die Prognose der Zürcher Wohnbevölkerung gegliedert nach den einzelnen Altersgruppen der Psychiatrie, sieht man eine starke Zunahme von älteren Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Altersgruppe der über 65-Jährigen wird in den nächsten Jahren überdurchschnittlich wachsen. Bis 2032 wird diese um knapp 30 Prozent zunehmen. Ebenfalls relativ stark wächst die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen. Diese nimmt bis 2032 um 23 Prozent zu. Unterdurchschnittlich stark wachsen die Gruppe der 0- bis 13-Jährigen (+10%) sowie die 18- bis 64-Jährigen (+11%).

Das Wachstum der älteren Altersgruppen wird deutlich sichtbar, wenn die indexierte Entwicklung der Bevölkerung unterteilt in Altersgruppen betrachtet wird, wobei das Jahr 2010 dem Wert 100 entspricht (vgl. Abbildung D9). Von 2010 bis 2019 hat die Altersgruppe der über 65-Jährigen um rund 17 Prozent zugenommen. Bis ins Jahr 2032 wird diese Altersgruppe gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt um 52 Prozent zunehmen. Das stärkste Wachstum in dieser Altersgruppe wird in den nächsten Jahren erwartet. Die in der Öffentlichkeit viel diskutierte Alterung der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken.

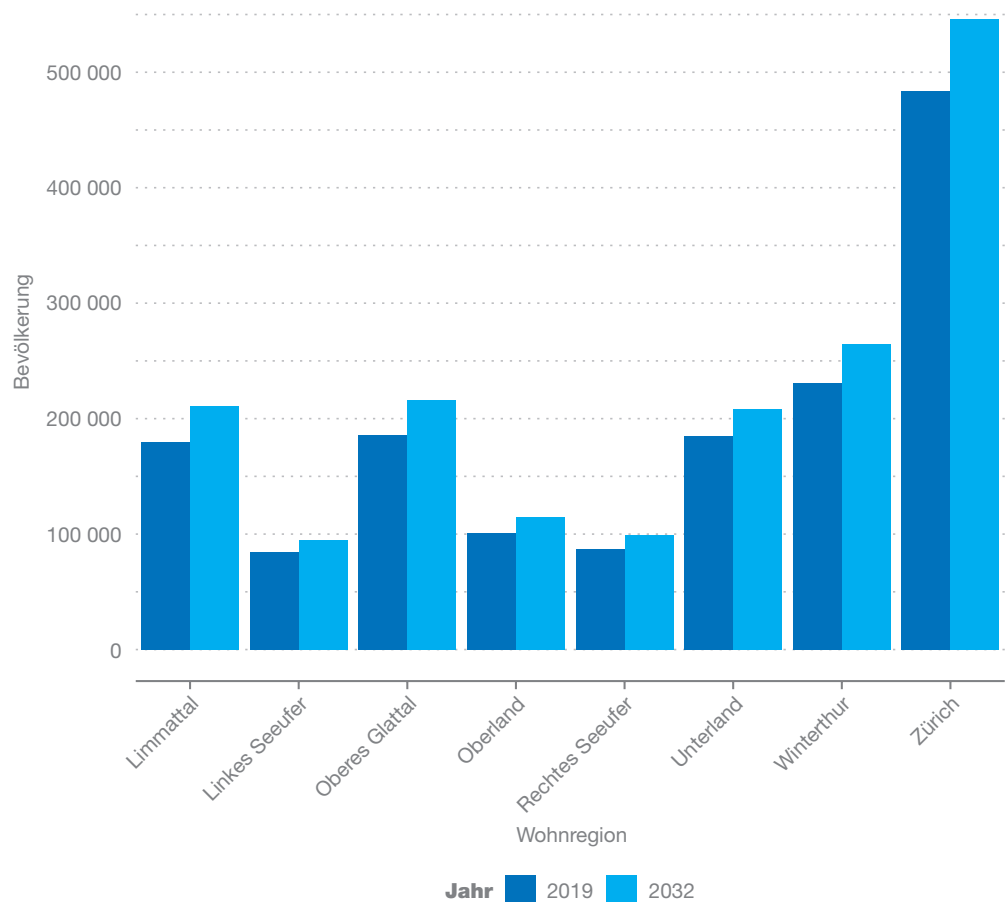
Abbildung D9: Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032



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

Die Bevölkerungsprognose kann auch auf Ebene der Wohnregionen betrachtet werden (vgl. Abbildung D10). Das Wachstum in den Wohnregionen liegt zwischen 13 und 18 Prozent. Am stärksten ist das relative Bevölkerungswachstum in den Regionen Limmattal (+18%) und Oberes Glattal (+16%). Am wenigsten stark wächst die Region Unterland mit einer Zunahme von knapp 13 Prozent.

Abbildung D10: Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 und 2032



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

Medizintechnische Entwicklung

Für die Psychiatrie und Rehabilitation hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) 2019 im Auftrag der Gesundheitsdirektion eine neue Studie zur medizintechnischen Entwicklung erstellt.⁵ Eine erste orientierende Befragung von Expertinnen und Experten durch das Projektteam der ZHAW hat gezeigt, dass in der Psychiatrie keine Entwicklungen mit Auswirkungen auf die stationären Fallzahlen absehbar sind. Deshalb wurden für die Psychiatrie keine weiteren Befragungen oder Literaturanalysen gemacht.

Die Gesundheitsdirektion geht deshalb in den Prognosen für die Psychiatrie davon aus, dass die medizintechnische Entwicklung keinen Effekt auf die stationären Fallzahlen hat.

Epidemiologische Entwicklung

Für die Spitalplanung 2012 wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen erstellt. Die berücksichtigten epidemiologischen Entwicklungen hatten allerdings nur schwache Effekte auf die prognostizierten Fallzahlen. Die Autorin und der Autor des Gutachtens erkennen keinen Bedarf für eine Aktualisierung des Gutachtens, da auch weiterhin keine relevanten und quantifizierbaren Entwicklungen vorhersehbar sind. Um sicherzustellen, dass keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen übersehen wurden, fand am 10. Juli 2019 ein Workshop mit vier Epidemiologen aus drei Instituten (ISPM Bern, STPH Basel und EBPI Zürich) statt. In diesem wurden zwei mögliche Entwicklungen in der Psychiatrie angesprochen, die im Anschluss daran anhand der Entwicklung in den vergangenen Jahren untersucht wurden. Es sind dies die folgenden:

- Entwicklung der Fallzahlen in der Leistungsgruppe Essstörungen
- Entwicklung der Fallzahlen in der Leistungsgruppe Depressionen

Es gab in den letzten Jahren eine Zunahme der Austritte, bei denen eine Essstörung codiert wurde. Allerdings ist diese Zunahme nur bei den Nebendiagnosen sichtbar. Da der Hauptgrund für die Behandlung in der Hauptdiagnose codiert wird, kann aus einer Zunahme von Essstörungen als Nebendiagnose nicht auf eine Zunahme der Fallzahlen in der Psychiatrie geschlossen werden. Diese Fälle wären aufgrund ihrer Hauptdiagnose mehrheitlich auch ohne die Nebendiagnose Essstörung behandelt worden.

Die zweite Entwicklung, welche die Gesundheitsdirektion näher analysiert hat, ist eine Zunahme der stationär behandelten Depressionen. Die Betrachtung der Daten zeigt eine stärkere Zunahme der stationären Behandlungen aufgrund einer Depression in den letzten Jahren verglichen mit dem Wachstum in der stationären Psychiatrie allgemein. Mit der Berücksichtigung der steigenden Inanspruchnahme als eigener Einflussfaktor hat die Gesundheitsdirektion diese Entwicklung zu einem Teil bereits abgedeckt, weshalb dafür kein eigener Einflussfaktor definiert wurde.

Substitution stationär durch ambulant (Ambulantisierung)

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

Im Gegensatz zur Akutsomatik ist es in der Psychiatrie nicht möglich, anhand der Daten der Medizinischen Statistik (z.B. Diagnosen, Behandlungen) abzuschätzen, ob ein Fall potenziell ambulant behandelt werden könnte. Deshalb wird über alle Leistungsgruppen die gleiche Reduktion der stationären Fallzahlen angenommen. Ebenso kann auch nicht von der Aufenthaltsdauer auf das Substitutionspotenzial geschlossen werden. Somit hat die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen keinen Effekt auf die mittlere Aufenthaltsdauer im Prognosemodell.

⁵ <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23035>

Steigende Inanspruchnahme

Die Fachliteratur⁶ wie auch die Expertinnen und Experten in den Kliniken gehen in Zukunft von einer zunehmenden Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen aus. Hauptgrund dafür sei nicht die Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung, sondern der Umstand, dass die Betroffenen künftig verstärkt Hilfe in Anspruch nehmen würden. Die Betrachtung der letzten Jahre zeigt einen stärkeren Anstieg der stationären Fallzahlen in der Psychiatrie, als dass dies aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre (vgl. Kapitel D 2.2.1).

Um die Stärke dieses Effektes zu berechnen, hat die Gesundheitsdirektion die Entwicklung der stationären Fallzahlen von 2012 bis 2018 betrachtet (vgl. Abbildung D11). Die stationären Fallzahlen sind von 2012 bis 2018 über alle Altersgruppen pro Jahr um knapp 2 Prozent stärker gewachsen, als das aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre. Bei den Kindern und Jugendlichen ist die Zunahme mit rund 4 bzw. rund 6 Prozent deutlich höher. Da es in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin eine Unterversorgung gibt, ist für die nächsten Jahre weiterhin eine überdurchschnittliche Zunahme der Austritte der Kinder und Jugendlichen zu erwarten. Bei den 18- bis 64-Jährigen beträgt die zusätzliche Zunahme knapp 2 Prozent, bei den über 65-Jährigen rund 1 Prozent.

Die letzten drei Spalten der Abbildung D11 enthalten die Höhe der Einflussfaktoren für die Prognose. Da in den nächsten Jahren das ambulante psychiatrische Angebot im Kanton Zürich gefördert werden soll und sich die zusätzliche Inanspruchnahme möglicherweise mit der Zeit abschwächt, hat die Gesundheitsdirektion für die Prognose Annahmen getroffen, die unter der beobachteten Entwicklung 2012 bis 2018 (ohne Demografie) liegen. Im Hauptszenario wird eine Zunahme der Austritte von 50 Prozent der beobachteten Entwicklung 2012 bis 2018 (ohne Demografie) erwartet. Im Minimalszenario sind es 33 Prozent und im Maximalszenario 66 Prozent.

Abbildung D11: Einflussfaktor Inanspruchnahme

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

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D12 zeigt alle Einflussfaktoren im Prognosemodell Psychiatrie:

Abbildung D12: Verwendung der Einflussfaktoren Psychiatrie je Szenario

Einflussfaktoren	Annahme	Berücksichtigung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes Kanton Zürich	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	–	–
Epidemiologie	–	–
Ambulantisierung	Basierend auf der Einschätzung des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte; nur für Altersklasse 18–64	Haupt.: –15% Min.: –20% Max.: –5%
Steigende Inanspruchnahme	Die Berechnung basiert auf der Entwicklung 2012–2018.	Haupt.: 50% Min.: 33% Max.: 66%

Quelle: Eigene Darstellung

Spezielle Leistungsbereiche

In der Bedarfsprognose Psychiatrie werden alle Bereiche mit dem oben beschriebenen Modell berechnet mit Ausnahme des SPLB «Forensische Psychiatrie». Die Zahl der Austritte in der Forensischen Psychiatrie hängt stark von der Anzahl vorhandener Plätze ab. Die Prognose geht deshalb davon aus, dass in der Forensik auch in Zukunft so viele Leistungen angeboten werden, wie Plätze dafür vorhanden sind.

⁶ Zum Beispiel:

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

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

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

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

Psychiatrische Fälle in Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 wurden 443 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F-Diagnose ohne F45, Z65 oder Z73) in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Diese Fälle gehören zum Bedarf an psychiatrischen Leistungen und werden nicht zum Bedarf in der Rehabilitation gezählt. Deshalb werden diese 443 Fälle zur Bestimmung des Bedarfs in der Psychiatrie hinzugezählt und bei der Rehabilitation abgezogen. Davon ausgenommen sind Fälle mit einer Hauptdiagnose der Gruppe F45 (somatoforme Störungen), für die es im Leistungsgruppenmodell der Rehabilitation eine entsprechende Spitalplanungsleistungsgruppe gibt. 311 dieser Fälle werden zum Leistungsbereich «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen» gezählt. Weitere 52 Fälle zum Leistungsbereich Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen», 23 Fälle zu «Demenzen und Delire» sowie 21 Fälle zu «Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen». Die restlichen 36 Fälle verteilen sich auf verschiedene Leistungsbereiche.

Nicht berücksichtigte Faktoren

Das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion nimmt die stationären Austritte als Ausgangspunkt, um die zukünftige Zahl der Austritte und Pflage tage zu berechnen. Die Zahl der Austritte ist durch weitere spitalexterne Faktoren beeinflusst. Dazu gehören z.B. das Patientenverhalten, das ambulante Angebot, Entwicklungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung und die Entwicklung und Zulassung neuer Medikamente. Idealerweise würden alle diese spitalexternen Faktoren auch im Prognosemodell mitberücksichtigt. In der Realität sind diese aber sehr schwer zu messen und noch schwieriger zu prognostizieren. Oft hängen sie auch von zukünftigen politischen Entscheidungen ab. Damit ein Faktor im Prognosemodell berücksichtigt werden kann, muss geschätzt werden können, wie sich dieser bis 2032 verändern wird, und der Effekt dieser Veränderung auf die stationären Fallzahlen je Leistungsgruppe quantifizierbar sein. Das ist bei vielen Einflussfaktoren herausfordernd. Ist eine datenbasierte Schätzung der zukünftigen Entwicklung nicht möglich, werden die Faktoren als konstant angenommen.

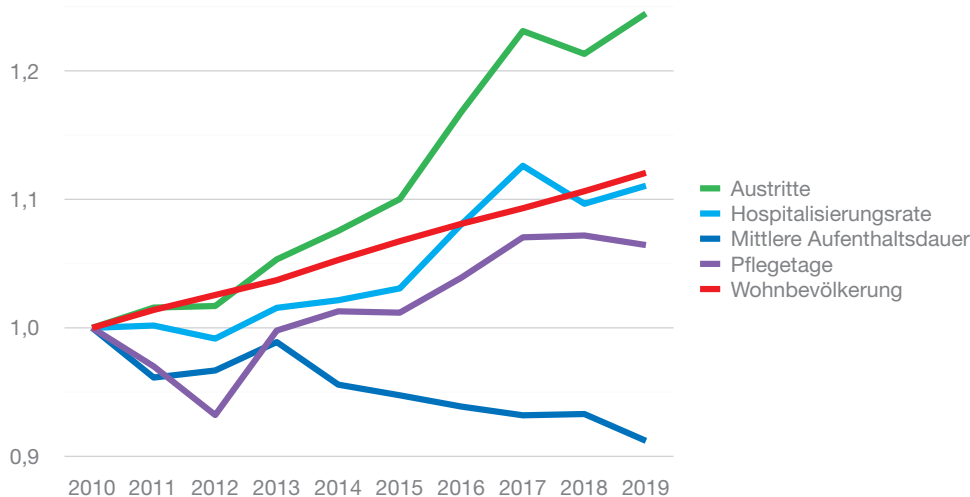
2.2 Bisherige Nachfrage

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten beschrieben. Datengrundlage für dieses Kapitel sind die erhobenen Fälle der Psychiatrie im Jahr 2019 ohne die Fälle mit F-Diagnosen in einer Rehabilitationsklinik.

2.2.1 Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019

Die Abbildung D13 zeigt die Entwicklung der Zürcher Bevölkerung sowie der stationären Leistungen, die von Zürcher Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der Austritte ist seit 2010 stark angestiegen. Im Jahr 2018 zeigt die Darstellung zwar einen Rückgang der Fallzahlen, dieser ist aber auf die Einführung des neuen Abrechnungssystems TARPSY zurückzuführen. Die Betrachtung der Jahre 2017 bis 2019 zeigt, dass sich die Zunahme der Austritte abgeschwächt hat, insbesondere im Vergleich zu den Jahren 2015 bis 2017. Seit 2010 hat die Zahl der Austritte um 24 Prozent zugenommen und liegt 2019 bei rund 15300. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 2,5 Prozent.

Abbildung D13: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung

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

Die Zahl der Pflgetage ist seit 2010 sichtbar weniger stark gestiegen. Die Zunahme beträgt gut 6 Prozent. Grund für die schwächere Zunahme im Vergleich zu den Austritten ist die Ver- ringerung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) seit 2010. Im Jahr 2010 betrug diese noch 36,2 Tage, bis 2019 sank sie auf 33 Tage.

2.2.2 Nachfragestruktur 2019

In diesem Kapitel wird die Nachfrage 2019 dargestellt. Die Gruppierung nach Leistungsberei- chen wird hier mit den Spitalplanungsleistungsgruppen 2023 gemacht und nicht mit der für das Jahr 2019 gültigen Version der SPLG. Detailliertere Zahlen zur Nachfrage von stationären Leistungen finden sich in den Kenndaten der Gesundheitsdirektion.⁷

2.2.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 15 302 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten. Die Abbildung D14 enthält die Austritte nach Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB). Gut ein Drittel der Aus- tritte sind im SPLB «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen». Je rund 20 Prozent werden den beiden SPLB «Abhängigkeitserkrankungen» und «Psychotische und bipolare Störungen» zugeteilt. Zusammen werden in diesen drei SPLB somit rund drei Viertel aller Patientinnen und Patienten behandelt.

Die 15 302 Austritte verzeichnen rund 505 000 Pflgetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflgetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflgetage im Kalenderjahr) ermittelt werden. Folglich entspricht die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Anzahl Pflge- tage dividiert durch die Austritte. Sie beträgt 33 Tage. Allerdings gibt es grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen.

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

Abbildung D14: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach SPLB 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflgetage 2019
Demenzen und Delire	910	30,4	27 706
Abhängigkeitserkrankungen	3 257	27,3	88 904
Psychotische und bipolare Störungen	3 051	34,4	105 078
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 434	30,8	167 632
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	801	36,2	29 012
Persönlichkeitsstörungen	970	31,5	30 543
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	171	35,5	6 070
Essstörungen	158	62,9	9 941
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	108	47,9	5 173
Autismus-Spektrum-Störungen	66	39,8	2 628
Störungen des Sozialverhaltens	61	54,0	3 295
Mutter-Kind-Behandlungen	50	43,8	2 190
Nichtorganische Schlafstörungen	21	26,2	551
Säuglings- und kinderspez. Störungen	70	44,8	3 137
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	23,1	1 315
Forensik	67	304,3	20 388
Nicht zuteilbar	50	33,5	1 677
Total Kanton Zürich	15 302	33,0	505 240

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung D15 zeigt die Nachfrage stationärer Leistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 80 Prozent aller Austritte entfallen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen. Diese Altersgruppe macht allerdings nur 65 Prozent der Bevölkerung aus. Die über 65-Jährigen verzeichnen rund 14 Prozent aller Austritte und 17 Prozent der Bevölkerung. Stationäre psychiatrische Leistungen werden somit hauptsächlich von Erwachsenen bean- sprucht, insbesondere von Erwachsenen im Erwerbsalter.

⁷ <https://www.zh.ch/kenndaten-spitaeler>

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Pflgeetagen. 76 Prozent aller Pflgeetage entfallen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen. Der Anteil ist etwas tiefer als bei den Austritten, weil diese Altersgruppe mit 31,3 Tagen die tiefste MAHD hat. Die MAHD der über 65-Jährigen liegt etwas höher bei 36,4 Tagen. Kinder und Jugendliche werden deutlich länger stationär behandelt, durchschnittlich 63 Tage bei den 0- bis 13-Jährigen bzw. 44,3 Tage bei den 14- bis 17-Jährigen.

Der Anteil der 18- bis 64-Jährigen an allen psychiatrischen Leistungen wird mit der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft sowie einer steigenden Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche bis 2032 leicht abnehmen (vgl. Kapitel D 2.3.3).

Abbildung D15: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Altersgruppe 2019

Altersgruppe	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflgeetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–13 Jahre	199	63,0	12 534	14,4%
14–17 Jahre	676	44,3	29 966	3,6%
18–64 Jahre	12 305	31,3	385 398	65,0%
65+ Jahre	2 122	36,4	77 342	17,1%
Total Kanton Zürich	15 302	33,0	505 240	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Spitalaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung thematisiert. Betrachtet wird hier die Zürcher Wohnbevölkerung und nicht der Standort der Spitäler. Wenn demnach Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen. 29 Austritte konnten keiner Wohnregion eindeutig zugeteilt werden. Dies erklärt den kleinen Unterschied im Total zwischen den Abbildungen D14 und D15 bzw. D16. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen ist in Kapitel D 2.1.1.3 ersichtlich.

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

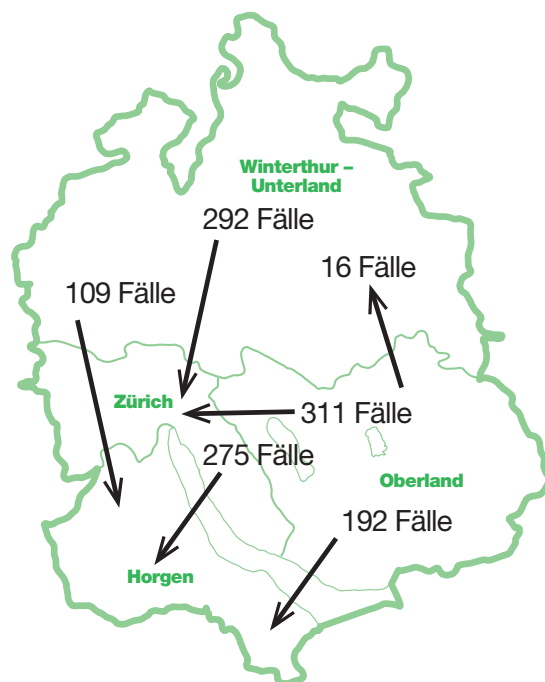
Abbildung D16: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Wohnregion 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

Im Gegensatz zur Akutsomatik gibt es in der Psychiatrie keine starke Patientenwanderung in die Region Zürich. Der Eigenversorgungsgrad aller vier Regionen liegt zwischen 51 und 61 Prozent. Somit ist das stationäre psychiatrische Angebot, zumindest was die Grundversorgung betrifft, über alle vier Regionen ähnlich ausgebaut. Die Abbildung D17 zeigt den Wanderungssaldo zwischen den vier Regionen.

Abbildung D17: Innerkantonale Nettomigration 2019



Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose dargestellt. In einem ersten Unterkapitel wird auf die drei Einflussfaktoren «Demografische Entwicklung», «Substitution stationär durch ambulant» und «Steigende Inanspruchnahme» eingegangen. Danach werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose aufgezeigt. Alle Angaben zum Jahr 2019 beinhalten die Fälle mit einer psychiatrischen Diagnose in Rehabilitationskliniken.

2.3.1 Auswirkungen der Einflussfaktoren

Im Prognosemodell der Psychiatrie gibt es drei ähnlich starke Einflussfaktoren: Die demografische Entwicklung, die Substitution stationär durch ambulant und die steigende Inanspruchnahme des Leistungsangebots. Die demografische Entwicklung führt zu einer Zunahme der Fallzahlen um 14 Prozent. Der Effekt der demografischen Entwicklung auf die Austritte der stationären Psychiatrie entspricht etwa dem erwarteten Bevölkerungswachstum bis ins Jahr 2032. Im Gegensatz zu den Prognosen in der Akutsomatik und der Rehabilitation spielt die Alterung für die Prognose in der Psychiatrie eine untergeordnete Rolle. Zurückzuführen ist dies auf die tieferen Hospitalisierungsraten der über 65-Jährigen in der Psychiatrie gegenüber jener der Zürcherinnen und Zürcher im Erwerbsalter.

Die steigende Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungsangeboten führt zu einem Anstieg der Austritte bis 2032 um 11,5 Prozent. Der Effekt ist damit ähnlich stark wie der Effekt der erwarteten Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich. Diese führt bis 2032 zu einer Abnahme der stationären Fälle um 12,1 Prozent, wobei die Verlagerung nur bei Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter erwartet wird.

Unter dem Strich erwartet die Prognose in der Psychiatrie folglich eine Zunahme der Austritte, die in etwa dem Bevölkerungswachstum entspricht. Die detaillierten Effekte dieser Einflussfaktoren auf die verschiedenen Spitalplanungsbereiche wurden im Versorgungsbericht abgebildet.

2.3.2 Bedarf 2032 – Psychiatrie

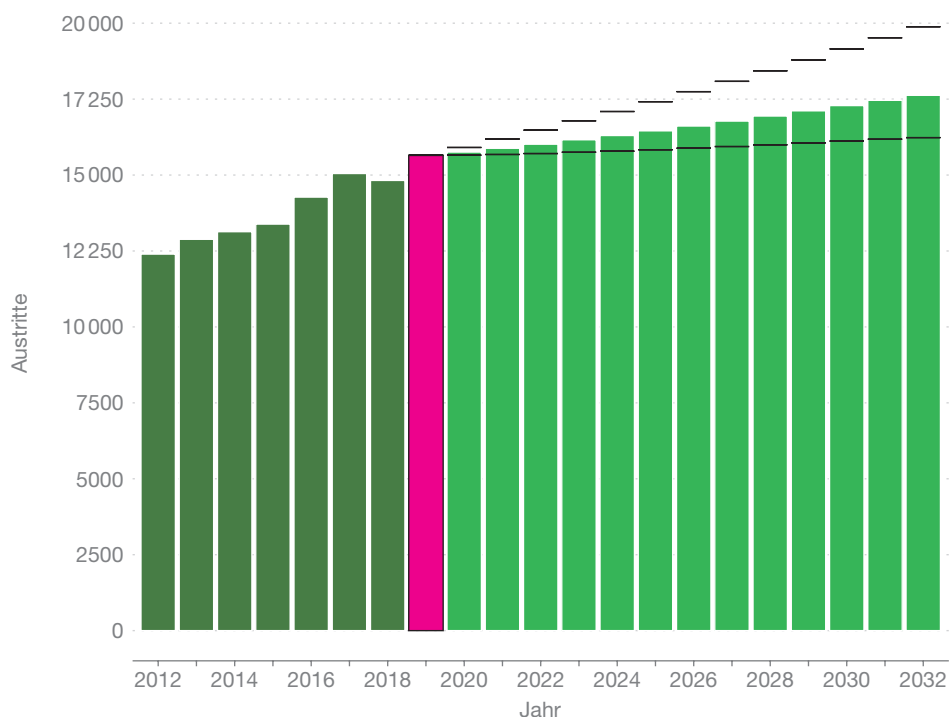
2.3.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2032

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der Fallzahlen bis 2032 gemäss Prognose zusammen mit der bisherigen Entwicklung seit 2012 dargestellt. Die Abbildung D18 zeigt die Entwicklung der Austritte von Zürcherinnen und Zürchern von 2012 bis 2032. Bei den Jahren 2012 bis 2018 handelt es sich um die tatsächlichen Austritte. 2019 werden zu den tatsächlichen Austritten die 443 Fälle mit einer psychiatrischen Diagnose dazugezählt, die in einer Rehabilitationsklinik behandelt wurden. Dies führt in der nachfolgenden Abbildung zu einer grösseren Zunahme von 2018 zu 2019, als dass sie tatsächlich vorlag (vgl. Kapitel D 2.2.1). Ab dem

Jahr 2020 werden die Ergebnisse der Prognose dargestellt, wobei die Balken das Hauptszenario abbilden und die schwarzen Striche das Minimal- und Maximalszenario darstellen. Der Bereich zwischen dem Minimal- und dem Maximalszenario, der als wahrscheinliche Entwicklung betrachtet wird, ist relativ gross. Das hängt damit zusammen, dass insbesondere die steigende Inanspruchnahme bis ins Jahr 2032 schwierig zu prognostizieren ist. Auch eine Prognose der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist mit grosser Unsicherheit behaftet. Deshalb wird bei beiden Einflussfaktoren eine relativ grosse Spannweite zwischen dem Minimal- und Maximalszenario angenommen, was sich schliesslich im Ergebnis der Prognose zeigt.

Die zukünftige Zunahme der stationären psychiatrischen Fälle wird weniger stark erwartet als in den Jahren 2012 bis 2018. Grund dafür ist die Förderung zusätzlicher ambulanter Angebote, die der Regierungsrat als Legislaturziel für die Legislatur 2019 – 2023 festgelegt hat. Das Maximalszenario geht einerseits von einer schwachen Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und andererseits von einem starken Anstieg der Inanspruchnahme aus. Deshalb resultiert eine Zunahme der Austritte, die ähnlich stark ist, wie die von 2012 bis 2018 beobachtete Entwicklung. Hingegen erwartet die Gesundheitsdirektion im Minimalszenario eine starke Verlagerung und gleichzeitig eine abgeschwächte Zunahme der Inanspruchnahme, weshalb die Zahl der stationären Austritte ab 2020 fast konstant bleibt.

Abbildung D18: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen

Die Abbildung D19 zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Zahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien aus (vgl. Kapitel D 2.1.2 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose). Die Prognose erwartet bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fallzahlen um 12,6 Prozent auf rund 17 600 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario steigt die Zahl der Fälle um 27 Prozent, im Minimalszenario um 4 Prozent. Die Betrachtung der Prognoseergebnisse nach SPLB zeigt, dass insbesondere in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine starke Zunahme erwartet wird. Beispiele dafür sind die SPLB «Störungen des Sozialverhaltens» oder «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen».

In der Erwachsenenpsychiatrie werden weniger starke Zunahmen erwartet. Aufgrund der höheren Fallzahlen fallen diese aber in absoluten Zahlen höher aus. Die stärkste absolute Zunahme ergibt sich im SPLB «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen», in der rund 700 zusätzliche Austritte erwartet werden. Aufgrund der Alterung wird auch in der SPLB «Demenzen und Delire» eine starke Zunahme um 45 Prozent erwartet.

Abbildung D19: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Demenzen und Delire	932	1 352	45,1%	1 402	50,4%	1 312	40,8%
Abhängigkeitserkrankungen	3 255	3 452	6,1%	3 946	21,2%	3 161	-2,9%
Psychotische und bipolare Störungen	3 057	3 297	7,9%	3 736	22,2%	3 035	-0,7%
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	5 740	6 415	11,8%	7 255	26,4%	5 894	2,7%
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	850	963	13,3%	1 098	29,2%	878	3,3%
Persönlichkeitsstörungen	966	1 065	10,2%	1 223	26,6%	970	0,4%
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	192	217	13,0%	245	27,6%	199	3,6%
Essstörungen	158	199	25,9%	227	43,7%	180	13,9%
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	109	157	44,0%	176	61,5%	142	30,3%
Autismus-Spektrum-Störungen	68	85	25,0%	97	42,6%	77	13,2%
Störungen des Sozialverhaltens	61	98	60,7%	109	78,7%	87	42,6%
Mutter-Kind-Behandlungen	50	51	2,0%	59	18,0%	46	-8,0%
Nichtorganische Schlafstörungen	22	25	13,6%	28	27,3%	23	4,5%
Säuglings- und kinderspez. Störungen	71	115	62,0%	129	81,7%	103	45,1%
Intellektuelle Beeinträchtigungen	57	64	12,3%	74	29,8%	58	1,8%
Nicht zuteilbar	61	71	16,4%	79	29,5%	66	8,2%
Total Kanton Zürich	15 649	17 626	12,6%	19 883	27,1%	16 231	3,7%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D20 enthält die Anzahl Pflegetage nach SPLB für das Jahr 2019 und zeigt die Entwicklung der Pflegetage in den drei Szenarien. Die Pflegetage nehmen im Hauptszenario bis 2032 um 14,7 Prozent zu. Das Maximalszenario erwartet eine Zunahme um 29 Prozent und das Minimalszenario eine Zunahme um 5,7 Prozent. Damit nehmen die Pflegetage etwas stärker zu als die Austritte. Grund dafür ist, dass die Zahl der Austritte in Bereichen mit langen mittleren Aufenthaltsdauern überdurchschnittlich stark zunimmt. Dies führt zu einem leichten Anstieg der mittleren Aufenthaltsdauer bis 2032.

Abbildung D20: Prognoseergebnis nach SPLB, Pflegetage 2019 und 2032

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.3 Prognose nach Altersgruppen

Die Abbildung D21 stellt die Entwicklung der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauern (MAHD) und Pflegetage nach Altersgruppen dar. In der Psychiatrie spielen die Altersgruppen für die Spitalplanung und für die Behandlung eine gewichtige Rolle. Die Prognose unterscheidet deshalb auch bei der Stärke dieses Faktors nach Altersgruppen. Entsprechend ist die Entwicklung der Austritte und Pflegetage in den Altersgruppen sehr unterschiedlich. Die Austritte der Kinder und Jugendlichen sowie der über 65-Jährigen nehmen bis ins Jahr 2032 deutlich zu. Hingegen gibt es bei den 18- bis 64-Jährigen nur eine schwache Zunahme der Austritte um knapp 4 Prozent. Bei dieser Altersgruppe kann ein Teil der bisher stationären Fälle neu ambulant behandelt werden.

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

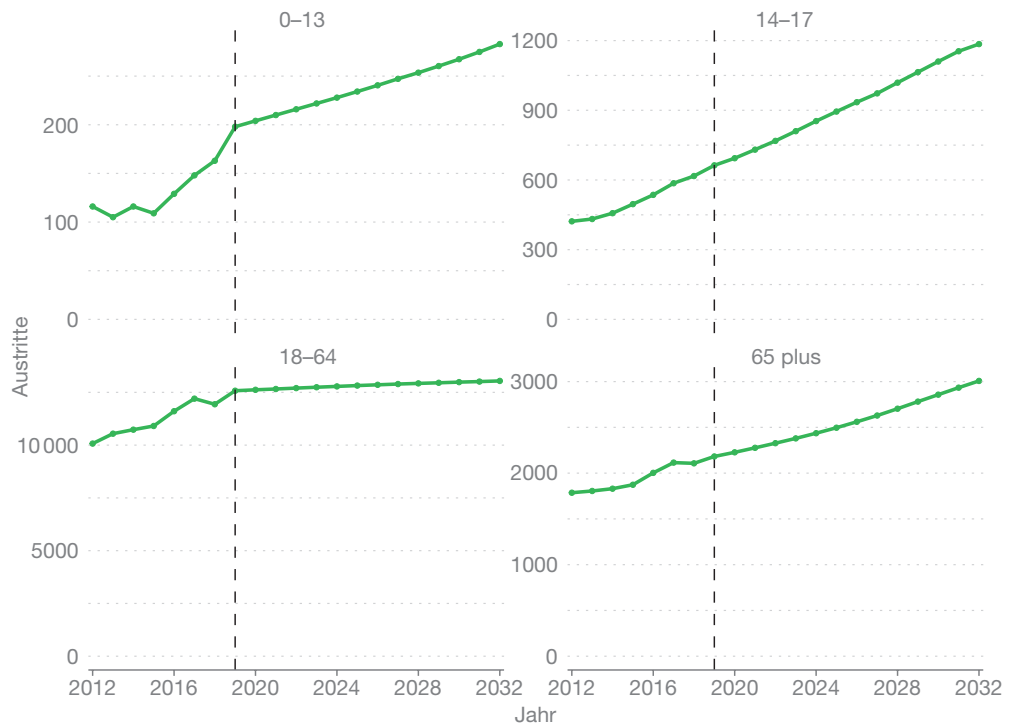
Abbildung D21: Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)

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

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D22 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen von 2012 bis 2032 nach Altersgruppen. Zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen. Die gestrichelte schwarze Linie kennzeichnet das Jahr 2019. Die Zahl der Austritte entwickelt sich bis 2032 in allen Altersgruppen ausser den 18- bis 64-Jährigen ähnlich wie in den Jahren 2012 bis 2019. Bei den 18- bis 64-Jährigen führt die erwartete Substitution stationärer durch ambulante Leistungen zu einer Abflachung der Kurve.

Abbildung D22: Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.4 Prognose nach Wohnregionen

Die Abbildung D23 enthält die Prognoseergebnisse nach Wohnregion. Die vier Wohnregionen sind im Kapitel D 2.1.1.3 dargestellt. Da die demografische Entwicklung in den Wohnregionen unterschiedlich ist, unterscheidet sich auch die Entwicklung der Austritte, MAHD und Pflegetage in den Wohnregionen leicht, jedoch sind keine grossen Differenzen festzustellen.

Abbildung D23: Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.4 Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich

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

Die Abbildung D24 enthält Angaben zur Patientenmigration 2019. Es wurden rund 1900 Zürcher Psychiatriepatientinnen und -patienten in anderen Kantonen behandelt. Demgegenüber stehen 1160 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Psychiatrien behandelt wurden. Dazu kommen 175 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo des Kantons Zürich ist für fast alle SPLB negativ. Mit Ausnahme der SPLB «Demenzen und Delire», «Abhängigkeitserkrankungen», «Mutter-Kind-Behandlung» und «Forensische Psychiatrie» lassen sich in allen SPLB mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonal behandeln, als dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt werden. Der Wanderungssaldo für den Kanton Zürich beträgt –538 Austritte.

Die interkantonalen Bewegungen sind bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Allerdings ist es sehr schwierig, für die zukünftige Patientenwanderung eine Prognose zu erstellen. Diese hängt nicht nur von der Entwicklung im Kanton Zürich ab, sondern ebenso von der Entwicklung in den Herkunftskantonen dieser Personen. Darum verwendet die Gesundheitsdirektion zur Einschätzung der Höhe der Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten den Stand 2019.

Abbildung D24: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung D25 zeigt die Zuwanderung aus den Nachbarkantonen nach SPLB. Rund zwei Drittel der im Kanton Zürich behandelten Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton stammen aus den Nachbarkantonen. Am meisten ausserkantonale Patientinnen und Patienten kamen aus dem Kanton Aargau nach Zürich (256 Austritte). Jeweils über 100 Austritte sind den Kantonen St. Gallen (120 Austritte), Thurgau (118 Austritte) und Schwyz (102 Austritte) zuzuteilen. Aus den Kantonen, die nicht an den Kanton Zürich angrenzen, liessen sich im Jahr 2019 total 410 Patientinnen und Patienten stationär im Kanton Zürich behandeln. Basis zur Bestimmung des Wohnkantons ist für die Zürcher Spitäler die erhobene Variable «Wohnkanton». Für die ausserkantonalen Spitäler wird der Wohnkanton aus der Variable «Wohnort» der Medizinischen Statistik abgeleitet.

Abbildung D25: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

SPLB	AG	ZG	SZ	SG	TG	SH	Andere Kantone	Total ausserkanton	ZH
Demenzen und Delire	4	1	6	5	4	1	8	29	887
Abhängigkeitserkrankungen	29	11	14	23	56	33	91	257	2994
Psychotische und bipolare Störungen	15	8	11	16	3	8	41	102	2831
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	138	31	54	54	31	25	172	505	4591
Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen	23	3	7	5	4	9	33	84	628
Persönlichkeitsstörungen	10	4	2	4	12	4	19	55	841
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	4	3	2	2	4	0	5	20	135
Essstörungen	12	2	1	2	0	2	16	35	91
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	2	0	2	1	1	1	4	11	91
Autismus-Spektrum-Störungen	0	1	0	0	1	0	2	4	56
Störungen des Sozialverhaltens	2	0	0	1	2	0	0	5	51
Mutter-Kind-Behandlungen	10	2	2	2	0	2	10	28	45
Nichtorganische Schlafstörungen	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Säuglings- und kinderspez. Störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	38
Intellektuelle Beeinträchtigungen	0	1	0	1	0	0	0	2	51
Forensische Psychiatrie	7	0	1	4	0	1	8	21	67
Nicht zuteilbar	0	0	0	0	0	0	1	1	30
Total Kanton Zürich	256	68	102	120	118	86	410	1 160	13 429

Quelle: Eigene Darstellung

3. Evaluationskriterien

3.1 Anforderungen im Allgemeinen

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.2). In der Psychiatrie verzichtet die Gesundheitsdirektion auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da eine damit verbundene Gefahr allokativer Fehlentscheide besteht. Da die Validierung und Reliabilitätsprüfung der Daten über Ergebnis- sowie Indikationsqualität fehlen, sind diese für die Evaluation der Qualität der Leistungserbringung nicht geeignet.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Die Gesundheitsdirektion stellt somit in den generellen, den weitergehenden generellen und den leistungsspezifischen Anforderungen einzelne Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer.⁸ Zusammen mit Expertinnen und Experten sowie mittels Literaturanalyse wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Diese umfassen generelle und leistungsspezifische Qualitätsvorgaben. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben gemäss Selbstdeklaration durch den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft.

3.2 Evaluationskriterium Qualität

Die generellen und weitergehenden generellen Anforderungen stellen ein zentrales Element der Zürcher Spitalplanung 2023 dar. Die generellen Anforderungen regeln die Grundvoraussetzungen bzw. -anforderungen, die jeder Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Spitalistenplatz qualifizieren zu können. Sie schaffen somit eine erste Eintrittshürde für die Zürcher Spitalliste. Die generellen Anforderungen enthalten einen allgemeingültigen Teil, in dem unter anderem Vorgaben zum Versorgungsauftrag, zur Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zur Datenlieferung gemacht werden. Diese Anforderungen sind unabhängig vom Leistungsspektrum zu erfüllen. Wichtige Neuerungen betreffen vor allem Vorgaben im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement (z. B. Qualitäts- und Risikomanagement, Qualitätsmessungen, Hygiene, Heilmittel) und der Optimierung von Schnittstellen (z. B. Ein- und Austrittsmanagement einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung; integrierte Versorgung).

Ergänzend ist der fachspezifische Teil zur Psychiatrie enthalten, der zusätzliche Qualitätsanforderungen im Bereich Psychiatrie festhält (z. B. Behandlungsauftrag oder Personalvorgaben). Dieser fachspezifische Teil ist von den leistungsspezifischen Anforderungen (vgl. Kapitel D 3.5) abzugrenzen, da die Vorgaben unabhängig vom Leistungsauftrag für alle Leistungserbringer eines Fachbereichs gelten. Die weitergehenden generellen Anforderungen enthalten Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung.

3.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV schreibt den Kantonen vor, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Gemäss Rechtsprechung müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden (Bundesverwaltungsgericht Verfahren C-6088 / 2011 E. 6.4). Des Weiteren bestehen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18. Mai 2018 bzw. vom 27. Juni 2019. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt. Auch § 5 Abs. 1 lit. h SPFG verlangt neu, dass die wirtschaftliche Stabilität des Spitals oder Geburtshauses für die Dauer des Leistungsauftrags sichergestellt ist.

Das nachfolgend beschriebene Vorgehen und die Methodik entsprechen den Anforderungen der gesetzlichen Grundlagen und der aktuellen Rechtsprechung und basieren auf den Empfehlungen der GDK. In der Spitalplanung nimmt die Versorgungssicherheit einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben der kosteneffizienten Erbringung der stationären Spitalleistungen ist es deshalb wichtig, dass die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber diese Leistungen

⁸ Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

langfristig anbieten können. Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit wird diesen beiden Anforderungen gerecht, indem die Beurteilung sich einerseits auf der Kosteneffizienz und andererseits auf der wirtschaftlichen Stabilität der Leistungserbringer abstützt.

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerberinnen und Bewerbern evaluiert. Die Kostenbasis wird gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung hergeleitet. Die Tages- und Fallkosten werden um den durchschnittlichen Schweregrad bereinigt. In der Psychiatrie sind damit zwei Kennzahlen massgebend: die DMI-bereinigten Tageskosten und die CMI-bereinigten Fallkosten.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinischen Statistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Der Inhalt und das Format der KTR entspricht den Vorgaben von SwissDRG. Anstelle der KTR-Daten werden bei ausserkantonalen Bewerberinnen und Bewerbern die Kostendaten auf Betriebsebene gemäss ITAR_K herangezogen. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Im Rahmen des Mehrjahresvergleichs werden die Daten 2019 mit Vorjahresdaten verglichen, um die Kostendaten in einen mehrjährigen Kontext zu bringen. Es werden ausschliesslich Datenjahre berücksichtigt, die anhand des REKOLE Kostenträgerausweises erhoben worden sind. Es wird in erster Linie auf bereits erhobene Daten abgestützt. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden, sofern notwendig, auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet, in dem die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke zur Verfügung gestellt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist die finanzielle Stabilität der potenziellen Leistungserbringer essentiell. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität während der Geltungsdauer der neuen Spitalliste werden drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBITDAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Langfristige Liquiditätsplanung

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

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

Neubewerbungen

Bisherige Kliniken, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag beworben haben, und Neubewerbende ohne Spital werden anhand von Plandaten evaluiert. Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, stationäre Austritte und Pflegetage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen auf einer Plankostenrechnung (Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur) für den stationären Bereich sowie einer Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Prüfung wird im Sinne einer Plausibilisierung der Daten vorgenommen.

3.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Auch im Fachbereich Psychiatrie muss die zeitgerecht zugängliche Grundversorgung sichergestellt sein. Für die Ermittlung der Fahrzeiten wurde daher ein mit Blick auf die Akutsomatik analoges Vorgehen gewählt (vgl. Kapitel C 3.4): Die Berechnungen basieren auf einem für den Kanton Zürich spezifizierten Verkehrsmodell. Das Modell stützt sich auf Angaben zum motorisierten Individualverkehr unter der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes. Als Datengrundlage dient die postleitzahlspezifische Verteilung der Wohnbevölkerung des Jahres 2017 und der Arbeitsorte des Jahres 2016 sowie das im Jahr 2018 bestehende kantonale Verkehrsnetz.

In Zusammenarbeit mit ewp AG Effretikon wurden für die vorliegenden Analysen im Einzelnen folgendes Vorgehen festgelegt: Das kantonale Strassennetz wird im Verkehrsmodell als Knotennetz abgebildet. Je nach Strassentyp werden den einzelnen Netzabschnitten unterschiedliche durchschnittliche Fahrgeschwindigkeiten zugewiesen. Anschliessend wird für jeden Spitalstandort und jede Postleitzahl die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsorte auf Postleitzahlebene zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. Sodann werden die Fahrzeiten in einzelne Zeitintervalle eingeteilt. Anders als im Fachbereich Akutsomatik kommt in der Psychiatrie lediglich ein Kriterium zur Anwendung: Die Zugänglichkeit zur Grundversorgung innert nützlicher Frist gilt als gegeben, wenn die nächstgelegene Klinik innerhalb von 30 Minuten erreichbar ist.

In die Fahrzeitberechnungen werden nur Kliniken der Akut- und Vollversorgung einbezogen, nicht jedoch Kliniken der Spezialversorgung, da diese keine Grundversorgung anbieten und eine längere Fahrzeit hingenommen werden kann. Immerhin wird die Zugänglichkeit als Evaluationskriterium bei Bedarf auch bei Kliniken der Spezialversorgung berücksichtigt.

3.5 Leistungsspezifische Anforderungen Psychiatrie

Leistungsspezifische Anforderungen gibt es auf Ebene der Auftragstypen, der Leistungsgruppen sowie der Altersbereiche. Im Folgenden wird auf die leistungsspezifischen Anforderungen je Ebene eingegangen. Die Ausführungen sind nicht abschliessend. Die vollumfänglichen leistungsspezifischen Anforderungen sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion publiziert.

3.5.1 Auftragstyp

Auf Ebene der Auftragstypen wird zwischen der Akut- und Vollversorgung (AVV) und der Spezialversorgung (SPV) unterschieden.

Auftragstyp Akut- und Vollversorgung (AVV)

Spitalstandorte mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» bieten an 24 Stunden pro Tag und 365 Tagen im Jahr die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten, einschliesslich Notfallpatientinnen und -patienten, in allen Leistungsbereichen durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) an. Das darüber hinaus bestehende spezialisierte Behandlungsangebot konzentriert sich mindestens auf definierte, häufige Störungsbilder (Leistungsbereiche «Demenzen und Delire», «Abhängigkeitserkrankungen», «Psychotische und bipolare Störungen», «Depressive Störungen und Anpassungsstörungen», «Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen» sowie «Persönlichkeitsstörungen»). Demnach müssen Kliniken mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» für die Leistungsbereiche nicht nur die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung der Patientinnen und Patienten übernehmen, sondern auch deren spezialisierte stationäre Behandlung bis zum Klinikaustritt. Patientinnen und Patienten anderer Leistungsbereiche müssen nach Aufnahme, diagnostischer Abklärung und Erstversorgung zur spezialisierten Weiterbehandlung an ein anderes Spital verlegt werden, falls am AVV-Spitalstandort kein Leistungsauftrag für die entsprechende Leistungsgruppe vorliegt. AVV-Spitalstandorte sind demnach keineswegs «nur» aufnehmende und Diagnostik betreibende Einrichtungen, sondern auch Spitäler mit spezialisierten Behandlungsangeboten. Ausnahmen werden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert, die Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche ausser Demenzen und Delire, Mutter-Kind-Behandlungen und forensische Psychiatrie behandeln muss. Die vollständigen Anforderungen zum Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion publiziert.⁹

⁹ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

Auftragstyp Spezialversorgung (SPV)

Klinikstandorte mit Auftragstyp «Spezialversorgung» bieten von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr elektive Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit Diagnosen ausgewählter Leistungsbereiche an. Dabei umfasst das spezialisierte Behandlungsangebot Leistungsaufträge in höchstens fünf Leistungsbereichen. Kriseninterventionszentren zählen zum Auftragstyp Spezialversorgung. Sie müssen jedoch Behandlungen für alle Leistungsbereiche ausser Mutter-Kind-Behandlungen und forensische Psychiatrie anbieten. Die Behandlungsdauer im Kriseninterventionszentrum beträgt für Erwachsene in der Regel höchstens sieben Tage, für Kinder und Jugendliche in der Regel höchstens 28 Tage. Die vollständigen Anforderungen zum Auftragstyp «Spezialversorgung» sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion publiziert.¹⁰

Auf Ebene der Auftragstypen gibt es Anforderungen in verschiedenen Bereichen, welche nachfolgend erläutert werden.

Personal

Bei den Auftragstypen AVV und SPV gibt es insbesondere Anforderungen an das ärztliche und psychologische Personal. Sowohl bei AVV-Kliniken als auch bei SPV-Kliniken muss für die Leitung und Stellvertretung je Altersbereich zu mindestens 80 Stellenprozenten Personal mit einer Qualifikation FMH Psychiatrie und Psychotherapie, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie angestellt sein. Gleiches gilt für die Forensische Psychiatrie für alle Altersbereiche, wo die Qualifikation FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkttitle Forensische Psychiatrie und Psychotherapie oder mit äquivalenter Zusatzausbildung von mindestens 80 Stellenprozenten erfüllt werden muss. Für SPV-Kliniken kann die Stellvertretung auch durch eine Psychologin/einen Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychotherapie erfolgen. Weiter gilt für Kliniken mit dem Auftragstyp AVV, dass ein diensthabender Arzt/eine diensthabende Ärztin jederzeit am Spitalstandort ist und ein kaderärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt ist. Für Kliniken mit dem Auftragstyp SPV gilt diese Anforderung von Montag bis Freitag von 8.00–17.00 Uhr. Ausserhalb dieser Zeiten ist der diensthabende Arzt/die diensthabende Ärztin jederzeit erreichbar und bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten am Spitalstandort. Ebenfalls gilt es, einen kaderärztlichen Hintergrunddienst sicherzustellen. Für Pflegefachkräfte gelten bei beiden Auftragstypen die generellen Anforderungen (s. Generelle Anforderungen, Kapitel 6).

Internistischer Dienst

Bei Kliniken mit Auftragstyp AVV muss in der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort sein. Zudem findet eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführendem Behandler statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten/der Patientin durch den Facharzt/die Fachärztin Allgemeine Innere Medizin. Bei SPV-Kliniken muss in der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin zumindest telefonisch erreichbar sein (hierzu muss eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegen). Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführendem Behandler muss gewährleistet sein und bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten/der Patientin durch den Facharzt/die Fachärztin Allgemeine Innere Medizin. In der Forensischen Psychiatrie gilt für beide Auftragstypen, dass an mindestens zwei Tagen die Woche von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort ist. An den anderen Tagen ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens von 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar. Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführendem Behandler findet statt und bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten/der Patientin durch den Facharzt/die Fachärztin Allgemeine Innere Medizin. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss sowohl für den Auftragstyp AVV als auch für den Auftragstyp SPV mindestens mit einem Facharzt/einer Fachärztin Pädiatrie kooperiert werden, der/die von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar ist (hierzu muss eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegen). Für Kriseninterventionszentren (KIZ) muss von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens telefonisch erreichbar sein (hierzu muss eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegen). Bei medizinischen Notfällen gelten für beide Auftragstypen und für alle genannten Bereiche der Psychiatrie (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und KIZ) die Regelungen gemäss betriebsinternem Notfallkonzept.

¹⁰ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

Sonstige Anforderungen

Bezüglich Infrastruktur muss für beide Auftragsstypen eine auf die spezifische Patientengruppe ausgerichtete Infrastruktur vorhanden sein, u.a. hinsichtlich Mobilität und Kognition, spezifischer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und bei AVV-Kliniken zusätzlich hinsichtlich Patientinnen und Patienten mit hoher Selbst- und Fremdgefährdung. Kliniken mit Auftragsstyp AVV müssen über mindestens je eine Akutstation pro Altersbereich mit jeweils mindestens einem Intensivzimmer bei einer Stationsgrösse von mindestens 15 Betten (Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 8 Betten) verfügen. Dabei wird eine Akutstation definiert als eine Station, auf der 24 Stunden pro Tag und an 365 Tagen im Jahr die Aufnahme, diagnostische Abklärung und mindestens die Erstversorgung für Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche erfolgen kann und die fakultativ schliessbar ist. Zudem muss die Möglichkeit einer 1:1-Betreuung auf allen Stationen sichergestellt sein. Ebenfalls gilt es für AVV-Kliniken, ihre Akutbetten sowie die Überbetten im Akutbereich im kantonalen Bettenspiegel auszuweisen.

3.5.2 Leistungsbereiche und -gruppen

Gemäss den generellen Anforderungen ist eine leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung bei allen Leistungsgruppen zwingend. Zusätzliche Anforderungen an die einzelnen Leistungsbereiche und -gruppen sind, wo nötig, definiert.

Dies betrifft folgende Leistungsbereiche und -gruppen:

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

Personal

Zu den leistungsspezifischen Anforderungen gehören zum einen Anforderungen an Pflegefachkräfte. So müssen z.B. Pflegefachkräfte für die Leistungsgruppe MUKI über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in Säuglings- und Kleinkindpflege verfügen. Für die Leistungsgruppen FOR1-2 gilt, dass mindestens 20 Prozent der Pflegefachkräfte über ein forensisch-psychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS) oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung verfügen oder in Ausbildung dazu sind.

Diagnostik- und Behandlungsangebote

Für die Leistungsgruppe ESSS bedarf es eines Konzepts für Extremkranke (z. B. sehr tiefer Body Mass Index) und es muss eine Kooperation mit einem somatischen Akutspital in Form einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung vorhanden sein. Kliniken, die die Leistungsgruppe MUKI anbieten, müssen eine leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung der Mutter sowie eine individuelle pädagogische Anleitung und Unterstützung bei der Mutter-Kind-Interaktion gewährleisten können. Weiter ist eine Kooperation mit einem/einer Wochenbett- und Stillberater/in erforderlich. Für die Leistungsgruppe SCHL bedarf es einer Kooperation mit einem Schlaflabor. Leistungserbringer der Leistungsgruppen FOR1-2 müssen eine spezifisch forensische Diagnostik inklusive Risikoassessment und -prognostik sowie ein ausreichendes Angebot an deliktpräventiv orientierten Therapien abdecken.

Sonstige Angebote

Für die Leistungsgruppe MUKI gilt die leistungsspezifische Anforderung einer Infrastruktur für Säuglings- und Kleinkindpflege. Zudem muss die Betreuung des Kindes durch das Klinikpersonal während der Therapieteilnahme der Mutter gewährleistet sein. Leistungserbringer der Leistungsgruppen FOR1-2 müssen strukturelle, bauliche und organisatorische Voraussetzungen erfüllen, welche den Sicherheitsanforderungen gemäss dem vom Amt für Justizvollzug und Wiedereingliederung (JuWe) verordneten Sicherheitsdispositiv entsprechen.

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

3.5.3 Altersbereiche

Die leistungsspezifischen Anforderungen werden auf Ebene der Altersbereiche in Kinder- und Jugendpsychiatrie (KP/JP), Erwachsenenpsychiatrie (EP) und Gerontopsychiatrie (GP) eingeteilt.

Personal

In Bezug auf das Personal gibt es leistungsspezifische Anforderungen an das ärztliche/psychologische Personal sowie an das pflegerische/pädagogische Personal. Für das Personal im ärztlichen/psychologischen Bereich gelten in allen Altersbereichen die Anforderungen analog jenen auf Ebene der Auftragsstypen (s. Kapitel D 3.5.1). Für den Altersbereich GP gilt es zusätzlich, über eine Leitung mit Schwerpunkttitle in Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie zu verfügen, die zu mindestens 80 Stellenprozenten festangestellt ist. Für Pflegefachkräfte und Sozialpädagogen/-innen gelten über alle Altersbereiche hinweg die generellen Anforderungen (s. Kapitel D 3.2). Im Altersbereich KP/JP müssen zudem mindestens 20% der Pflegefachkräfte und/oder Sozialpädagogen/-innen ein kinder- und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS), z.B. in kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung abgeschlossen haben oder in Ausbildung dazu sein. Weiter gilt im Altersbereich GP, dass mindestens 20% der fest angestellten Pflegefachpersonen ein alterspsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS), z. B. in gerontologischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung abgeschlossen haben oder in Ausbildung dazu sind.

Diagnostik- und Behandlungsangebote

An den Altersbereich GP gibt es die leistungsspezifische Anforderung einer Memory Clinic. Diese muss entweder in der Klinik selber oder in Form einer Kooperation vorhanden sein.

Sonstige Anforderungen

Über alle Altersbereiche hinweg gelten für die Infrastruktur die Anforderungen analog jenen auf Ebene der Auftragsstypen (s. Kapitel D 3.5.1). Im Altersbereich KP/JP muss zudem eine von der Bildungsdirektion bewilligte Spitalschule mit festangestellten Pädagogen/-innen und/oder Sozialpädagogen/-innen für schulpflichtige Kinder/Jugendliche vorhanden sein (ausgenommen Kriseninterventionszentren für Kinder und Jugendliche).

4. Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen

4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Im Februar 2021 wurden die Leistungserbringer im Rahmen der Dialog-Veranstaltung¹¹ über die Inhalte des Versorgungsberichtes zur Spitalplanung 2023 informiert. An dieser Veranstaltung wurde der Ablauf des Bewerbungsverfahrens, die Evaluationskriterien sowie die Bewerbungsplattform erläutert. Sämtliche Fristen zum Bewerbungsverfahren wurden zudem mit Publikation vom 24. Februar 2021 im Amtsblatt des Kantons Zürichs festgehalten. Das Bewerbungsverfahren dauerte vom 1. Juli 2021 bis zum 14. September 2021. Da die Vergabe eines Leistungsauftrages je Standort erfolgt und die Anforderungen der Gesundheitsdirektion ebenfalls je Standort formuliert sind, musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig von allfälligen Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstigen vertraglichen Verpflichtungen. Insgesamt haben sich 31 Spitäler und Kliniken um einen Leistungsauftrag im Fachbereich Psychiatrie beworben. Neben sämtlichen bisherigen Leistungserbringern haben sich auch Spitäler und Kliniken beworben, die bisher nicht auf der Zürcher Spitalliste figurierten. Darunter sind sowohl Privatkliniken als auch ausserkantonale Spitäler zu finden.

Die Gesundheitsdirektion unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Eine Mehrheit der Bewerbungen enthielt noch Unstimmigkeiten oder Unvollständigkeiten, weshalb die Gesundheitsdirektion mit allen Bewerberinnen und Bewerbern eine persönliche Besprechung durchführte, um ihnen die Bereinigung ihrer Bewerbung zu ermöglichen. Alle Bewerber haben diese Möglichkeit genutzt. Die Besprechungen fanden in den Monaten November und Dezember 2021 statt. Als Vorbereitung und als Diskussionsgrundlage für die Gespräche wurde den Bewerbern jeweils vorab ein strukturierter Fragenkatalog zur jeweiligen Bewerbung zugestellt. In den Gesprächen wurde von der Gesundheitsdirektion insbesondere die Plausibilität der in der Bewerbung gemachten Angaben überprüft und die Leistungserbringer wurden darauf sensibilisiert, dass ein zukünftiger Leistungsauftrag auch eine Leistungspflicht gegenüber allen Patientinnen und Patienten in Bezug auf das gesamte Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe fordere. Ziel war, dass sich die Leistungserbringer nur für diejenigen Leistungsgruppen bewerben, welche sie auch nachhaltig anbieten können. Die Bewerberinnen und Bewerber erhielten die Gelegenheit, ihre Bewerbung ganz oder in einzelnen Bereichen zu überdenken, bei Bedarf anzupassen und/oder zurückzuziehen.

¹¹ Die Unterlagen der Dialog-Veranstaltung sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#1883820548>

4.2 Übersicht über die definitiven Bewerbungen

Das Bewerbungsverfahren war für die Gesundheitsdirektion und die Bewerberinnen und Bewerber mit viel Aufwand verbunden, konnte aber mit einem insgesamt positiven Fazit abgeschlossen werden. Das transparente Vorgehen, der Austausch während der Bewerbungsphase und die gemeinsame Besprechung mit der Möglichkeit, eigene Standpunkte einzubringen und mit der Gesundheitsdirektion zu diskutieren, wurden von den Bewerbern geschätzt. Die Gespräche mit den Bewerbern erlebte die Gesundheitsdirektion als konstruktiv; die Bewerberinnen und Bewerber brachten zudem einige wertvolle Anregungen ein. In der ausfaltbaren Abbildung D26 ist eine Übersicht über alle definitiven Bewerbungen ersichtlich.¹²

¹² Einen umfassenden Überblick über die Zürcher Kliniklandschaft der Psychiatrie geben die Kenndaten 2019. Nebst den Tabellen zum Personal und zur Finanzbuchhaltung beinhalten sie Informationen zu den Fallzahlen, Pflagetagen und den Merkmalen der Patientinnen und Patienten sowie Angaben zur Aufenthaltsdauer und Bettenbelegung. Zudem ist ersichtlich, wo Zürcher Patientinnen und Patienten stationär versorgt werden. Die Kenndaten sind abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/daten-statistiken-spi-taeler.html#-783795183>

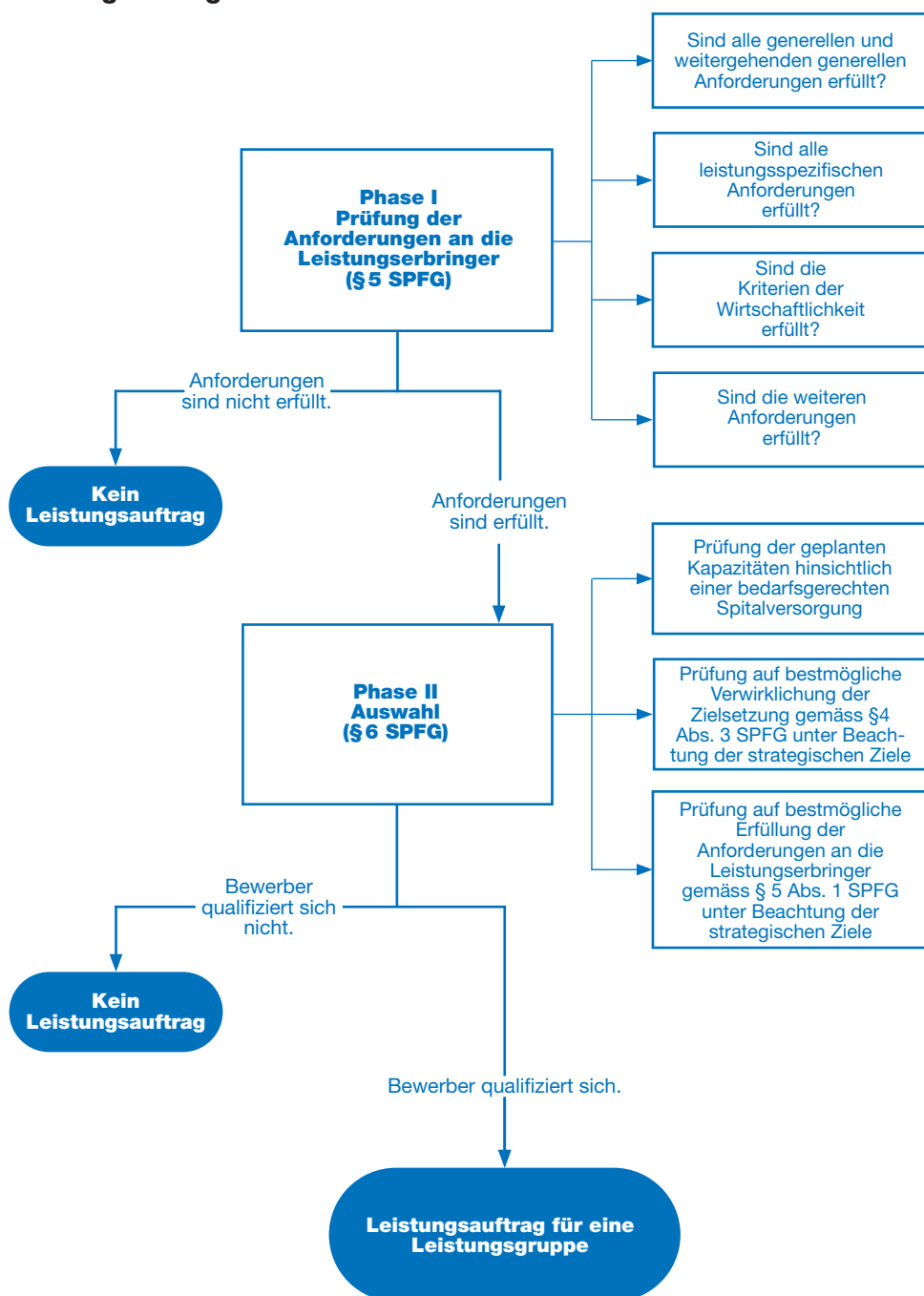
5. Evaluationsverfahren

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

5.1 Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Bewerberinnen und Bewerber gemäss den in Kapitel D 3 thematisierten Kriterien evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren bzw. das prozessuale Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge ist in Abbildung D27 dargestellt.

Abbildung D27: Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge



Quelle: Eigene Darstellung

Die Leistungsaufträge sind im Grundsatz auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet, können aber in bestimmten Fällen auf eine kürzere Geltungsdauer befristet erteilt werden (§ 8 SPFG).

Grundsätzlich erteilt der Regierungsrat definitive Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden, wenn ein Spital die qualitativen Anforderungen nicht mehr erfüllt.

Die Aufnahme des Betriebs als Spital bzw. Klinik erfordert das Vorliegen einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung (§35 Abs. 1 i.V.m. § 3 Gesundheitsgesetz). In diesem Sinne setzt ein kantonaler Leistungsauftrag bzw. ein Platz auf der Spitalliste voraus, dass das Spital bzw. die Klinik eine entsprechende Bewilligung innehat. Verfügt ein Spital bzw. eine Klinik zum Zeitpunkt der Erteilung des Leistungsauftrags noch nicht über eine Betriebsbewilligung, weil das Spital bzw. die Klinik erst zu einem späteren Zeitpunkt in Betrieb genommen werden soll, erfolgt eine Erteilung des Leistungsauftrags nur unter der Bedingung, dass eine Betriebsbewilligung spätestens in dem Zeitpunkt vorliegt, auf den der Leistungsauftrag erteilt wird. Der Leistungsauftrag fällt dahin bzw. tritt nicht in Kraft, wenn das Spital bzw. die Klinik zum fraglichen Zeitpunkt keine Betriebsbewilligung innehat.

5.2 Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer

In Phase I wird geprüft, ob die Leistungserbringer die Anforderungen an die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit sowie die weiteren in § 5 Abs. 1 SPFG genannten Voraussetzungen auf Betriebsebene und Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten.

5.2.1 Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen

Die Überprüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen hat ergeben, dass die meisten Bewerberinnen und Bewerber bereits heute den Grossteil der entsprechenden Vorgaben an ein Listenspital erfüllen. Einzelne Spitäler müssen aber beispielsweise noch die Interessen des Gesundheitssystems als Ganzes in ihrer Unternehmensführung berücksichtigen und dies im jährlichen Qualitäts- oder Geschäftsbericht darlegen, andere im Rahmen eines ISMS (Information Security Management System) einen PDCA-Zyklus implementieren. Diese Bewerberinnen und Bewerber haben zugesichert, die generellen und weitergehenden generellen Anforderungen spätestens ab 1. Januar 2023 zu erfüllen.

Einzige Ausnahme stellt das AMEOS Seeklinikum Brunnen dar. Diese Klinik erfüllt die Anforderung einer Kooperation mit einem Dolmetscherdienst weder aktuell, noch wird sie diese zum 1. Januar 2023 erfüllen. Somit erfüllt das AMEOS Seeklinikum Brunnen die generellen Anforderungen nicht vollständig.

Die Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des Konzeptes der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen für Listenspitäler war zwischenzeitlich sistiert. Die Gesundheitsdirektion hat die Weiterentwicklung des Konzeptes wieder aufgenommen. Die Arbeiten sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Ein definitives Konzept wird bis zum Sommer 2022 erwartet. Die Erfüllung der Anforderung wird entsprechend zu diesem späteren Zeitpunkt überprüft.¹³

5.2.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen

Zusätzlich zu den generellen und weitergehenden generellen Anforderungen müssen die Bewerberinnen und Bewerber im Fachbereich Psychiatrie leistungsspezifische Anforderungen erfüllen, die nachfolgend thematisiert werden. Eine Erläuterung zu den einzelnen Bewerbern erfolgt lediglich dann, wenn die entsprechenden leistungsspezifischen Anforderungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind.

Klinik Barmelweid

Die Klinik Barmelweid erfüllt die leistungsspezifischen Anforderungen an die Leitung und Stellvertretung Kinder- und Jugendpsychiatrie und an das Vorhandensein einer Spitalschule nicht. Aus diesem Grund qualifiziert sich die Klinik Barmelweid nicht für den Auftragsstyp SPV und den Altersbereich Jugendpsychiatrie. Die leistungsspezifische Anforderung an die Leitung und Stellvertretung Gerontopsychiatrie wird von der Klinik Barmelweid ebenfalls nicht erfüllt, so dass sie sich auch nicht für den Auftragsstyp SPV und den Altersbereich Gerontopsychiatrie qualifiziert.

¹³ Siehe dazu «Anhang zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen» und «Konzept zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufe» abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

Hochgebirgsklinik Davos

Die Hochgebirgsklinik Davos erfüllt die leistungsspezifische Anforderung an die Leitung und Stellvertretung Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht. Aus diesem Grund qualifiziert sich die Hochgebirgsklinik Davos nicht für den Auftragsstyp SPV und den Altersbereich Jugendpsychiatrie. Zudem erfüllt die Hochgebirgsklinik Davos die leistungsspezifische Anforderung an das Vorhandensein einer Kooperation mit einer Wochenbett- und Stillberater/-in nicht und qualifiziert sich somit nicht für die Leistungsgruppe Mutter-Kind-Behandlungen (MUKI).

AMEOS Seeklinikum Brunnen

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen erfüllt die leistungsspezifische Anforderung der Durchführung einer wöchentlichen internistischen Kurvenvisite sowie einer zusätzlichen persönlichen Untersuchung der Patientin/des Patienten bei Indikationsstellung nicht. Aus diesem Grund qualifiziert sich das AMEOS Seeklinikum Brunnen nicht für den Auftragsstyp SPV.

5.2.3 Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerberinnen und Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, wurden die im Kapitel D 3.3 erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität identifiziert die für einen Leistungsauftrag aus finanzieller Sicht langfristig geeigneten Leistungserbringer. Zusammen mit der Evaluation der Kosteneffizienz bildet dies die Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit.

Die Datenbasis ist bei Kliniken mit Ist-Daten (bisherige Leistungserbringer) und Kliniken mit Plandaten nicht dieselbe. Während die Plandaten auf Schätzungen basieren, entsprechen die Ist-Kosten effektiv angefallenen Kosten. Deshalb wurden Bewerberinnen und Bewerber mit Ist-Kosten und diejenigen mit Plandaten im Rahmen der Evaluation der Kosteneffizienz separat beurteilt.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass die Kliniken auf der kantonalen Spitalliste bzw. die dahinterstehenden Körperschaften finanziell gut aufgestellte Unternehmen sind. Die wirtschaftliche Stabilität wurde anhand der EBITDAR-Marge, der Eigenkapital- und Reservequote evaluiert. Für die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität sind Richtwerte definiert worden. Die EBITDAR-Marge sollte nicht unter 8 Prozent liegen. Der Richtwert für die Eigenkapitalquote liegt bei 30 Prozent und derjenige für die Reservequote bei drei Monaten.

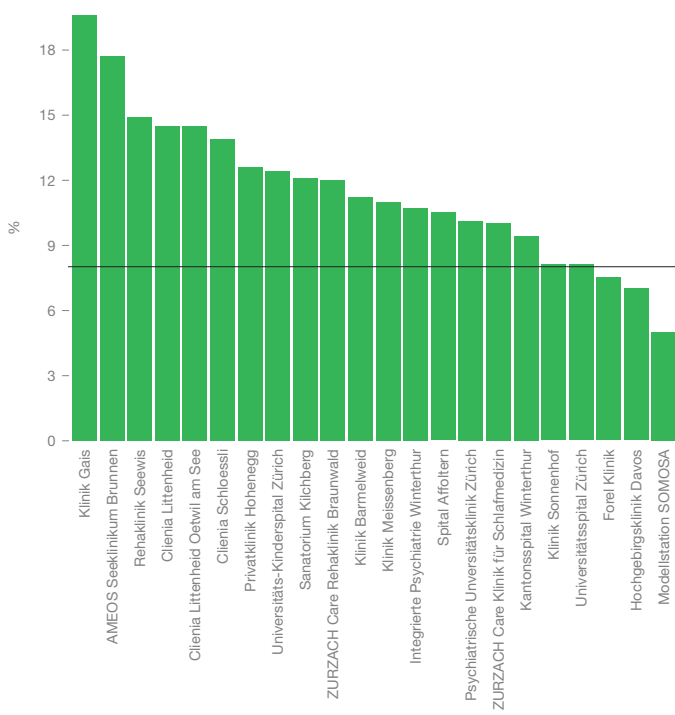
Abbildung D28 bildet die drei genannten Kennzahlen der Bewerberinnen und Bewerber ab. Gemäss Abbildung D28 sind die Kliniken relativ zu den Richtgrössen mehrheitlich wirtschaftlich stabile Unternehmen und damit für einen Leistungsauftrag grundsätzlich geeignet. Die Suchtfachklinik Zürich wird in dieser Abbildung nicht dargestellt, weil sie eine Organisationseinheit der städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich ist und deshalb keine eigene Jahresrechnung vorzuweisen hat, auf welcher die Kennzahlen berechnet werden könnten. Als Teil der städtischen Verwaltung kann die Suchtfachklinik jedoch als wirtschaftlich stabil eingestuft werden.

Die Eigenkapitalquote liegt bei allen Kliniken über dem Richtwert von 30 Prozent und beträgt im Durchschnitt fast 55 Prozent. Die EBITDAR-Marge liegt bei zwei Kliniken unter dem Richtwert von 8 Prozent. Die Forel Klinik geht von einer durchschnittlichen EBITDAR-Marge von 7,5 Prozent aus. Die Modellstation SOMOSA rechnet zukünftig mit einer EBITDAR-Marge von 5 Prozent. Der Richtwert der Reservequote wird von drei Kliniken knapp unterschritten. Die Clenia Schlössli, die Klinik Meissenberg und die Privatklinik Hohenegg prognostizieren jeweils eine durchschnittliche Reservequote zwischen 2023 und 2032 von gut 2 bis 2,5 Monaten.

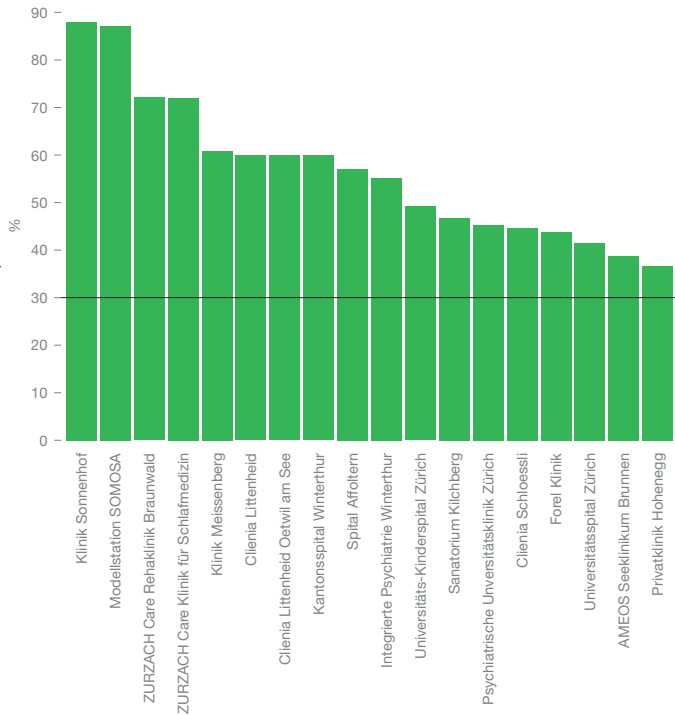
Spitäler mit allen drei Kennzahlen über dem Richtwert wurden als geeignete Leistungserbringer hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Stabilität eingestuft. Spitäler mit mindestens einer Kennzahl unter dem Richtwert wurden mit Vorbehalt als geeignet eingestuft. Bei diesen Spitälern wurde die Entwicklung der Kennzahlen, die Liquiditätsplanung und die zugrundeliegenden Annahmen näher geprüft. Im Rahmen der Bewerbungsgespräche konnten sämtliche Spitäler mit vorbehaltener Eignung plausible Gründe nennen, weshalb die betreffenden Indikatoren unter den Richtwerten liegen. Nach abgeschlossenem Bewerbungs- und Evaluationsverfahren können alle Kliniken als wirtschaftlich stabil eingestuft werden.

**Abbildung D28: Betriebswirtschaftliche Kennzahlen
(Durchschnitt 2023–2032)**

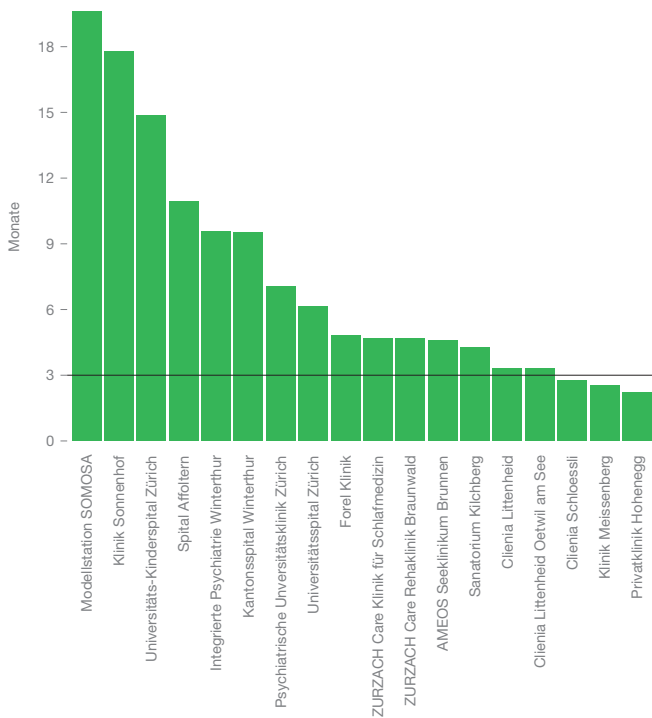
EBITDAR-Marge



Eigenkapitalquote



Reservequote



Quelle: Eigene Darstellung

Kosteneffizienz

Es wurden sowohl die schweregradbereinigten Tages- als auch Fallkosten auf Klinikebene beurteilt und verglichen. Dabei wurde jeweils zwischen den zwei Auftragstypen Akut- und Vollversorgung (AVV) und Spezialversorgung (SPV) unterschieden.

Die Tageskosten wurden um den klinikspezifischen Day Mix bereinigt. Der Day Mix entspricht der Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten psychiatrischen Behandlungsfälle gemäss TARPSY Abrechnungsversion 2019. Mit dem Day Mix aller Fälle einer Klinik lässt sich das durchschnittliche Kostengewicht pro Tag (Day Mix Index) berechnen. Der Day Mix Index (DMI) entspricht der Summe der effektiven Kostengewichte aller psychiatrischen Fälle einer Klinik (Day Mix) dividiert durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle. Die Fallkosten lassen sich aus der Multiplikation der schweregradbereinigten Tageskosten und der klinikspezifischen mittleren Aufenthaltsdauer berechnen. Dabei entsteht ein normierter Grad der Fallschwere (Case Mix Index), welcher über die Kliniken vergleichbar ist. Der Case Mix Index (CMI) berechnet sich aus der Multiplikation des DMI und der mittleren Aufenthaltsdauer pro Klinik.

Ein Vergleich ausschliesslich basierend auf den Tageskosten war erwartungsgemäss nicht zielführend, da die verschiedenen Behandlungskonzepte in der stationären Psychiatrie aufgrund der unterschiedlichen Therapieintensitäten die Tageskosten stark beeinflussen und deshalb keine zuverlässigen Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zulassen. Zu diesem Schluss kommen u.a. die Autoren von der SwissDRG AG in ihrem kürzlich publizierten Artikel «TARPSY als Grundlage für Betriebsvergleiche». Unter Berücksichtigung der DMI-bereinigten Fallkosten ist eine aussagekräftige Evaluation der Wirtschaftlichkeit nicht ausgeschlossen.¹⁴ Gemäss dieser Publikation sind Kliniken grundsätzlich miteinander vergleichbar, wenn ihr CMI unter 50 liegt. Alle Kliniken mit einem CMI über 50 müssen individuell überprüft werden, um Aussagen zu deren Wirtschaftlichkeit machen zu können.

In Abbildung D29 (DMI) und D30 (CMI) werden die schweregradbereinigten Tages- und Fallkosten 2019 der Bewerberinnen und Bewerber auf Klinikebene dargestellt. Auf der X-Achse werden jeweils die Kliniken mit vorhandenen Ist-Daten ausgewiesen und auf der Y-Achse werden die entsprechenden Frankenbeträge der Tages- resp. Fallkosten abgebildet. In den Balken selber sind die klinikspezifischen durchschnittlichen Schweregrade abgebildet.

Akut- und Vollversorgung

In der Gruppe der AVV-Kliniken liegen die schweregradbereinigten Tages- und Fallkosten relativ nahe beieinander. Der DMI und die mittlere Aufenthaltsdauer dieser Kliniken befinden sich auf einem ähnlichen Niveau. Sowohl die durchschnittlichen schweregradbereinigten Kosten als auch die Leistungen lassen darauf schliessen, dass die AVV-Kliniken einerseits vergleichbar sind und andererseits die Leistungen ähnlich kosteneffizient erbracht werden. Bei den AVV-Kliniken ergeben sich damit keine Hinweise auf Kostenineffizienzen.

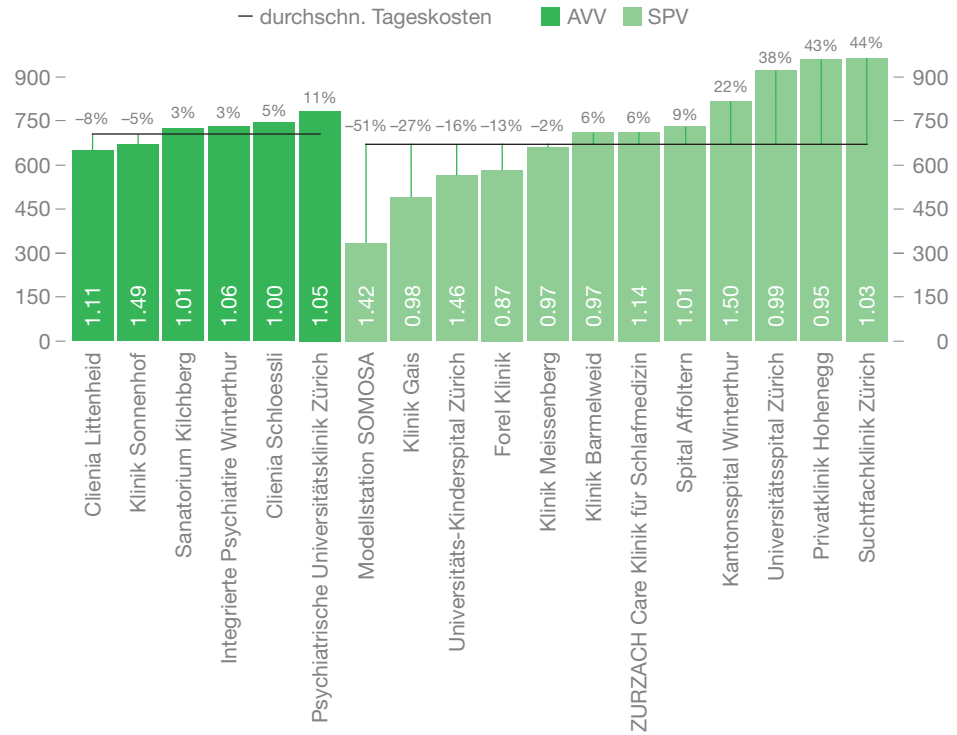
Eine Ausnahme stellt die Klinik Sonnenhof dar. Die schweregradbereinigten Tageskosten liegen bei 669 CHF, die Fallkosten liegen bei 38 133 CHF. Die Höhe des DMI von 1,49 lässt auf eher kostenintensive Behandlungen schliessen. Auch die mittlere Aufenthaltsdauer weist mit 57 Tagen auf ein spezialisiertes und demnach weniger vergleichbares Therapiekonzept hin. Während die Tageskosten im Vergleich mit den anderen Kliniken unter dem Durchschnitt liegen, sind die Fallkosten der Klinik Sonnenhof im Fallkostenvergleich bemerkenswert, weil sie 75 Prozent über den durchschnittlichen Fallkosten liegen. Diese Beobachtung ist typisch bei Psychiatrien, die sich auf die Erbringung von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen fokussieren. In diesem Bereich sind die Aufenthaltsdauern im Durchschnitt höher, was sich direkt in den durchschnittlichen Fallkosten niederschlägt. Die Höhe der Fallkosten ist auf das kostenintensive, spezielle Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche zurückzuführen und liefert weniger ein Indiz für die nicht wirtschaftliche Erbringung der Leistungen. Die Klinik Sonnenhof wurde demnach nicht als kostenineffizient eingestuft.

Spezialversorgung

Bei den Kliniken, die sich für den Auftragstyp SPV beworben haben, sind erwartungsgemäss grössere Unterschiede in den Tages- und Fallkosten zu beobachten als dies im AVV-Bereich der Fall ist. Die einzelnen klinikspezifischen Angebote unterscheiden sich bezüglich Behandlungskonzept und der damit verbundenen Therapieintensität stärker als das Angebot der AVV-Kliniken. Die SPV-Kliniken haben öfters einen CMI über 50, was ihre Vergleichbarkeit untereinander stark einschränkt. Die Analyse der klinikindividuellen Kosten hat jedoch ergeben, dass keine Klinik ihre Leistungen kostenineffizient erbringt. Deshalb erfüllen alle SPV-Kliniken das Kriterium der Kosteneffizienz.

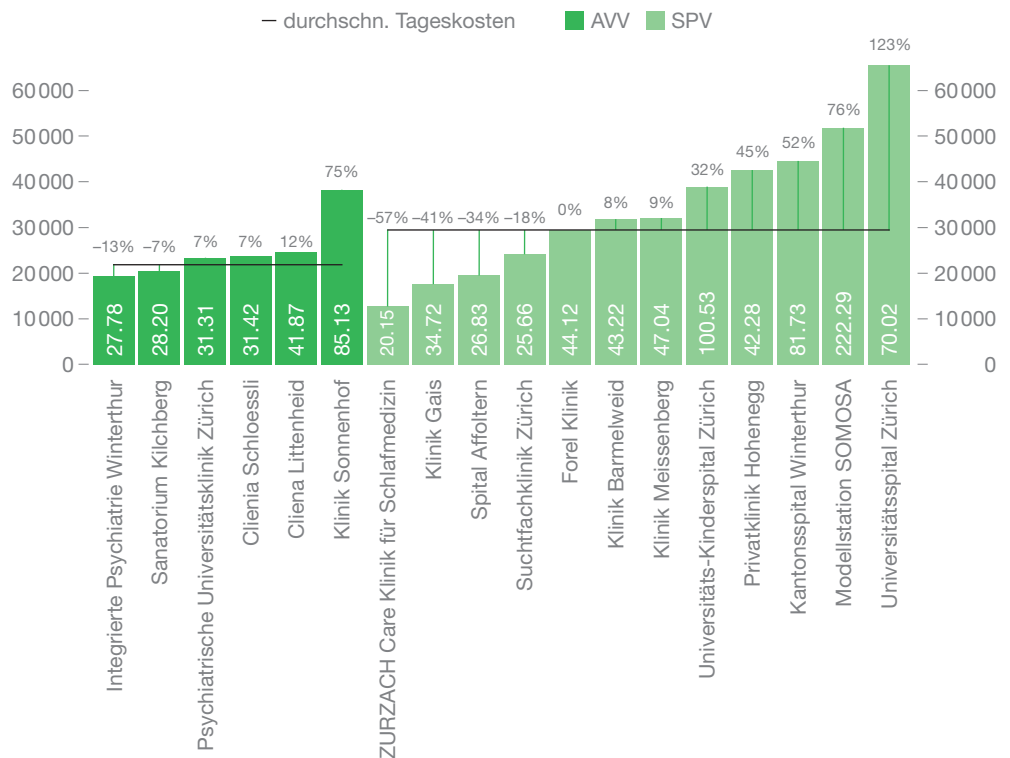
¹⁴ Guidon et al., 2021: TARPSY als Grundlage für Betriebsvergleiche; in: das Krankenhaus 8.2021; Seite 692 ff.

Abbildung D29: Schweregradbereinigte Tageskosten 2019



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung D30: Schweregradbereinigte Fallkosten 2019



Quelle: Eigene Darstellung

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen erfüllen alle Kliniken das Kriterium der Wirtschaftlichkeit.

Neubewerbungen

Folgende Kliniken sind entweder bisherige Leistungserbringer, die sich auf einen neuen Leistungsauftrag beworben haben, oder Neubewerbende, die bisher keinen Leistungsauftrag hatten. Bei diesen Kliniken sind deshalb keine Ist-Kosten vorhanden. Sie haben Plandaten eingereicht:

- AMEOS Seeklinikum Brunnen
- ZURZACH Care Rehaklinik Braunwald
- Clenia Littenheid Oetwil am See
- Hochgebirgsklinik Davos
- Rehaklinik Seewis

Diese Kliniken wurden separat basierend auf den eingereichten Plandaten evaluiert und sind deshalb nicht Teil des Kostenvergleichs der Bewerberinnen und Bewerber mit Ist-Daten. Die Plandaten wurden auf Ihre Plausibilität hin geprüft. Basierend auf diesen Plandaten wurde keine Klinik als unwirtschaftlich identifiziert.

5.2.4 Prüfung der weiteren Anforderungen

Neben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit müssen die Leistungserbringer weitere Anforderungen erfüllen. Diese ergeben sich teils aus dem Bundesrecht (Aufnahmepflicht, Zugänglichkeit), teils aus dem kantonalen Recht (§ 5 Abs. 1 SPFG).

Aufnahmepflicht

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Im Rahmen der Bewerbungsgespräche wurden insbesondere auch Neubewerberinnen und Neubewerber auf die Aufnahmepflicht aufmerksam gemacht. Die Bewerberinnen und Bewerber haben der Gesundheitsdirektion zugesichert, dass sie alle Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufnehmen werden.

Zugänglichkeit

Die Erreichbarkeitsanalyse der Bewerberinnen und Bewerber mit Grund- und 24-Stunden-Notfallversorgung (Leistungsauftrag «Akut- und Vollversorgung» [12 Leistungserbringer]) ergab folgende Ergebnisse (vgl. Abbildung D31 und D32):

Der Zugang der Wohnbevölkerung zur psychiatrischen Grundversorgung kann auf sehr hohem Niveau gewährleistet werden. Die Clenia Privatklinik Littenheid, die Klinik Sonnenhof sowie die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich – Zentrum für stationäre forensische Psychiatrie Rheinau weisen im Vergleich zu den restlichen AVV Kliniken eine geringere Erreichbarkeit aus. Die Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und der zeitlich nächstgelegenen Klinik beträgt für 100 Prozent der Wohnbevölkerung und 100 Prozent aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze höchstens 30 Minuten.

Abbildung D31: Erreichbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung

Fahrzeit	Wohnbevölkerung		Arbeitsorte	
	Anzahl	Prozent %	Anzahl	Prozent %
Bis 30 Minuten	1 530 322	100	1 027 734	100

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung D32: Erreichbarkeit der Akut- und Vollversorgungskliniken (AVV) im Kanton Zürich 2023



Kliniken mit Auftragstyp Spezialversorgung (SPV) werden im Gegensatz zu AVV-Kliniken nicht in die Kategorien «bis 30 Minuten erreichbar» oder «in mehr als 30 Minuten erreichbar» klassifiziert. Dennoch spielt auch bei SPV-Kliniken die zeitnahe Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. Der Grossteil der Bewerberinnen und Bewerber, die sich um einen Leistungsauftrag SPV beworben haben, ist innerhalb von 60 Minuten von ca. 80–100 Prozent der Wohnbevölkerung und von ca. 80–100 Prozent der Arbeitsplätze aus erreichbar. Die Klinik Meissenberg AG ist nur für ca. 57 Prozent der Wohnbevölkerung und von 57 Prozent der Arbeitsplätze innerhalb von 60 Minuten aus erreichbar, womit noch immer für den überwiegenden Teil der Bevölkerung und Arbeitsplätze eine genügende Erreichbarkeit besteht.

Die Kliniken Hochgebirgsklinik Davos AG, Klinik Gais AG, Rehaklinik Seewis und ZURZACH Care Rehaklinik Braunwald sind für 0 Prozent der Wohnbevölkerung und von 0 Prozent der Arbeitsplätze im Kanton innerhalb von 60 Minuten erreichbar. Die Klinik Barmelweid ist nur für 8 Prozent der Wohnbevölkerung und von 8 Prozent der Arbeitsplätze innerhalb von 60 Minuten erreichbar. Die AMEOS Seeklinikum Brunnen AG ist nur für ca. 40 Prozent der Wohnbevölkerung und von 40 Prozent der Arbeitsplätze aus innerhalb von 60 Minuten erreichbar. Diese Kliniken sind somit für den Grossteil der Bevölkerung deutlich schlechter erreichbar als die übrigen SPV-Bewerberinnen und Bewerber.

Vergütungssystem

Kantone und Versicherer haben Leistungen eines Spitals zu vergüten, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG; sog. WZW-Kriterien). Gemäss Rechtsprechung ist eine Leistung wirksam, wenn sie geeignet ist, den angestrebten medizinischen Nutzen zu fördern. Eine Leistung gilt als zweckmässig, wenn der medizinische Nutzen die medizinischen Risiken überwiegt. Wirtschaftlich ist eine Leistung dann, wenn der medizinische Nutzen die Kosten überwiegt. Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind gradueller Natur: Unter allen zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt es solche die zweckmässiger bzw. wirtschaftlicher sind als andere. Die beiden Kriterien hängen nicht voneinander ab: Es gibt Behandlungen, die sehr zweckmässig, aber unwirtschaftlich sind, und umgekehrt. Die Wahl der optimalen Behandlung beruht deshalb auf einer Gesamtbeurteilung. Der Kanton ist berechtigt und verpflichtet, mit planerischen Vorkehrungen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sicherzustellen. Er hat nicht nur die Möglichkeit, Spitälern, die diese Vorgabe nicht erfüllen, keinen Leistungsauftrag zu erteilen, sondern er kann die Einhaltung dieser Vorgaben auch durch Regelungen sicherstellen.

Gemäss § 5 Abs. 1 lit. i SPFG soll das Vergütungssystem eines Spitals für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungserbringung aufweisen. Insbesondere sollen sich die Menge und die Art der von einer Ärztin oder einem Arzt veranlassten, durchgeführten oder begleiteten Behandlung wie auch der mit den Behandlungen erzeugte Umsatz nicht in wesentlicher Weise auf ihre oder seine Vergütung auswirken. Eine allfällige Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Spitals oder einer Klinik darf nicht so hoch sein, dass daraus spürbare Fehlanreize für die Vornahme nicht oder nicht klar indizierter Eingriffe entstehen. Der Anreiz darf nicht so stark sein, dass damit gerechnet werden muss, dass die Ärztin oder der Arzt eine Behandlung allein deshalb vornimmt, um die eigene Vergütung zu erhöhen.

Anders als die von einem Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte beziehen die an einem Spital tätigen Belegärztinnen und -ärzte kein festes Salär des Spitals. Vielmehr fließen ihnen die Vergütungen der Versicherer für die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten und von Selbstzahlerinnen und -zahlern direkt zu, wobei sie dem Spital eine Abgeltung für die Nutzung der Infrastruktur und für medizinische und pflegerische Supportleistungen zu entrichten haben. Die Höhe der Vergütung von Belegärztinnen und -ärzten hängt deshalb unmittelbar und in erheblichem Mass von dem von ihnen erzielten Umsatz ab. Es besteht ein Anreiz zur Durchführung von medizinisch nicht oder nur schwach indizierten Behandlungen. Die Listenspitäler sollen deshalb mit geeigneten Massnahmen sicherstellen, dass die Belegärztinnen und -ärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen vornehmen (§ 5 Abs. 1 lit. j SPFG).

Die Umsetzungen dieser genannten Anforderungen und damit die Einführung entsprechender Vergütungssysteme werden für jene Spitäler und Kliniken, welche die Anforderungen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht erfüllen, etwas Zeit in Anspruch nehmen und schwerwichtig in drei Bereichen zu einem administrativen Mehraufwand führen:

1. Wechsel zu einem Lohnsystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte, das frei von allfälligen Fehlanreizen zur Durchführung medizinisch nicht klar indizierter Behandlungen ist, sofern das Spital nicht bereits über ein solches System verfügt;
2. Einführung von Kontrollmechanismen, die sicherstellen, dass Belegärztinnen und -ärzte nur medizinisch klar indizierte Behandlungen vornehmen, soweit solche Kontrollsysteme nicht bereits heute bestehen;
3. Verbesserung des Datenschutzes und der Informationssicherheit, soweit das Spital den in den Anhängen zur Spitalliste zu konkretisierenden Anforderungen noch nicht genügt.

Diese Vorgaben gelten für die Listenspitäler ab 1. Januar 2023.

5.2.5 Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Von den insgesamt 31 Bewerberinnen und Bewerbern erfüllen die meisten Bewerbenden die einzelnen Anforderungen an die Leistungserbringer zumindest teilweise. Bewerberinnen und Bewerber, welche die Anforderungen nicht oder nur teilweise erfüllen, qualifizieren sich nicht für einen definitiven Leistungsauftrag (vgl. Kapitel D 5.3).

Abbildung D33: Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Leistungserbringer	Qualität		Wirtschaftlichkeit		Zugänglichkeit
	Generelle Anforderungen	Leistungsspezifische Anforderungen	Wirtschaftliche Stabilität	Kosteneffizienz	
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Kanton Zürich)	ja	ja	ja	ja	ja
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Lenggstrasse	ja	ja	ja	ja	ja
Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach	ja	ja	ja	ja	ja
Krisenintervention stationär Militärstrasse	ja	ja	ja	ja	ja
Kinderstation Brüschalde	ja	ja	ja	ja	ja
Zentrum für Kinder- Jugendpsychiatrie Neumünsterallee	ja	ja	ja	ja	ja
Zentrum für Integrierte Psychiatrie Rheinau	ja	ja	ja	ja	ja
Zentrum für stationäre forensische Psychiatrie Rheinau	ja	ja	ja	ja	teilweise
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (Kanton Zürich)	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Schlosstal	ja	ja	ja	ja	ja
Zentrum Hard	ja	ja	ja	ja	ja
Krisenintervention Winterthur	ja	ja	ja	ja	ja
Clenia Privatklinik Schlössli (Clenia AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Clenia Privatklinik Littenheid – Oetwil am See (Clenia AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Sanatorium Kilchberg (Sanatorium Kilchberg AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern (Spital Affoltern AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Forel Klinik (Forel Klinik AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Suchtfachklinik Zürich (Stadt Zürich)	ja	ja	ja	ja	ja
Universitätsklinik Zürich – Zentrum für Essstörungen (Kanton Zürich)	ja	ja	ja	ja	ja
Universitäts-Kinderspital Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie (Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung)	ja	ja	ja	ja	ja
Kantonsspital Winterthur – Sozialpädiatrisches Zentrum (Kanton Zürich)	ja	ja	ja	ja	ja
Modellstation SOMOSA (Stiftung SOMOSA)	ja	ja	ja	ja	ja
Privatklinik Hohenegg (Privatklinik Hohenegg AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Barmelweid (Klinik Barmelweid AG)	ja	teilweise	ja	ja	teilweise
Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach (ZURZACH Care AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Gais (Klinik Gais AG)	ja	ja	ja	ja	nein
Rehaklinik Braunwald (ZURZACH Care AG)	ja	ja	ja	ja	nein
Hochgebirgsklinik Davos (Hochgebirgsklinik Davos AG)	ja	teilweise	ja	ja	nein
Rehaklinik Seewis (Rehaklinik Seewis AG)	ja	ja	ja	ja	nein
Klinik Sonnenhof (Stiftung Sonnenhof)	ja	ja	ja	ja	teilweise
AMEOS Seeklinikum Brunnen (AMEOS Gruppe)	teilweise	teilweise	ja	ja	teilweise
Clenia Privatklinik Littenheid (Clenia AG)	ja	ja	ja	ja	teilweise
Klinik Meissenberg (Bad Schinznach AG)	ja	ja	ja	ja	ja

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Ergebnis

In Phase II wird geprüft, welche Leistungserbringer für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und die Zielvorgaben sowie die Anforderungen bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Auswahl der bestmöglichen Bewerberinnen und Bewerber liegt, sofern mehrere potenzielle Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen, im Ermessen der Behörden. Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen.

Unter Anwendung der vorab dargestellten Evaluationskriterien erläutert Kapitel 5.3 die konkrete Vergabe der Leistungsaufträge. Nachfolgend wird pro Bewerberin bzw. Bewerber ausgeführt, für welche Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt wird, weil die jeweiligen Anforderungen nicht erfüllt sind oder das Angebot mit Blick auf eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nicht erforderlich ist und/oder den strategischen Zielen der Zürcher Spitalplanung 2023 nicht entspricht. Ausführlich erläutert werden diejenigen Leistungsgruppen, für die sich ein Spital zwar definitiv beworben hat (vgl. Kapitel D 4.2; zu den definitiven Bewerbungen s. Abbildung D26), für welche es jedoch keinen Leistungsauftrag erhält.

In den meisten Spitalplanungsleistungsgruppen entspricht das Angebot jener Leistungserbringer, die sämtliche Anforderungen erfüllen, ungefähr dem prognostizierten Bedarf. Entsprechend erhält die Mehrheit der Kliniken die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Bei den wenigen Leistungsgruppen, für die sich mehr Leistungserbringer beworben haben, als zur Bedarfsdeckung erforderlich sind, werden aus den grundsätzlich geeigneten Kliniken die am besten geeigneten ausgewählt. Ein eher tiefes Angebot ist zu Beginn der Spitalplanungsperiode in den Leistungsgruppen INTE Intellektuelle Beeinträchtigungen und KIND Säuglings- und kinderspezifische Störungen festzustellen, das von den Leistungserbringern aber bis zum Ende des Planungshorizont merklich erhöht wird. Mit den auf der provisorischen Spitalliste berücksichtigten Kliniken kann im Bereich Psychiatrie auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2032 prognostizierten Bedarfsentwicklung somit grundsätzlich eine dem Bedarf entsprechende Versorgung der Zürcher Bevölkerung sichergestellt werden.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Lenggstrasse

Die PUK – Lenggstrasse erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Die PUK – Lenggstrasse ist berechtigt und verpflichtet, bei Versorgungsengpässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) FOR2 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt. Die PUK – Lenggstrasse ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Versorgungsengpässen in der Jugendpsychiatrie auch Jugendliche (14–17 Jahre) zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach

Die PUK – Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Krisenintervention Militärstrasse

Die PUK – Krisenintervention Militärstrasse erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Kinderstation Brüschalde

Die PUK – Kinderstation Brüschalde erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neumünsterallee

Die PUK – Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neumünsterallee erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Zentrum für Integrative Psychiatrie Rheinau

Die PUK – Zentrum für Integrative Psychiatrie Rheinau erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) – Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau

Die PUK – Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Da es sich um das einzige Angebot der stationären forensischen Psychiatrie handelt, kann die im Vergleich zu anderen AVV-Kliniken schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) unberücksichtigt bleiben.

Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (IPW) – Klinik Schlosstal

Die IPW – Klinik Schlosstal erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Die IPW – Klinik Schlosstal ist berechtigt und verpflichtet, bei Versorgungsempässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) FOR2 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Die IPW – Klinik Schlosstal ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Versorgungsempässen in der Jugendpsychiatrie auch Jugendliche (14–17 Jahre) zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (IPW) – Zentrum Hard

Die IPW – Zentrum Hard erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Die IPW – Zentrum Hard ist berechtigt und verpflichtet, bei Versorgungsempässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) FOR2 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Die IPW – Zentrum Hard ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Versorgungsempässen in der Jugendpsychiatrie auch Jugendliche (14–17 Jahre) zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (IPW) – Kriseninterventionszentrum Winterthur

Die IPW – Kriseninterventionszentrum Winterthur erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Clenia Privatklinik Schlössli

Die Clenia Privatklinik Schlössli erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Die Clenia Privatklinik Schlössli ist berechtigt und verpflichtet, bei Versorgungsempässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) FOR2 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Die Clenia Privatklinik Schlössli ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Versorgungsempässen in der Jugendpsychiatrie auch Jugendliche (14–17 Jahre) zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Clenia Privatklinik Littenheid – Oetwil am See

Die Clenia Privatklinik Littenheid – Oetwil am See erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung ab 1. August 2024. Die Leistungsaufträge stehen unter der Bedingung, dass die Clenia Privatklinik Littenheid - Oetwil am See spätestens auf diesen Zeitpunkt eine Betriebsbewilligung innehat.

Sanatorium Kilchberg

Das Sanatorium Kilchberg erhält die Leistungsaufträge gemäss seiner definitiven Bewerbung. Das Sanatorium Kilchberg ist berechtigt und verpflichtet, bei Versorgungsempässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) FOR2 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Das Sanatorium Kilchberg ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Versorgungsempässen in der Jugendpsychiatrie auch Jugendliche (14–17 Jahre) zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt.

Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern

Das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern erhält die Leistungsaufträge gemäss seiner definitiven Bewerbung.

Das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge bei Kapazitätsengpässen der AVV-Kliniken auch Notfallpatientinnen und -patienten zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt. Die Akutbetten werden auf dem kantonalen Bettenspiegel ausgewiesen, was zur Sicherstellung der Notfallversorgung der Zürcher Patientinnen und Patienten beiträgt.

Privatklinik Hohenegg

Die Privatklinik Hohenegg erhält einen Leistungsauftrag für den Auftragstyp SPV sowie für die Leistungsgruppen DEPR, AZB1, AZB3 und DISS und den Altersbereich EP.

Im gerontopsychiatrischen Bereich wird eine Konzentration des entsprechenden Angebots auf wenige Standorte angestrebt, um dem bedeutenden Fachkräftemangel in diesem Bereich Rechnung zu tragen. In diesem Sinn erhält die Privatklinik Hohenegg für den Altersbereich GP keinen Leistungsauftrag, da der entsprechende Bedarf durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann, die im Altersbereich GP zusätzliche Leistungen, wie z. B. die Behandlung von Demenzen und Deliren, anbieten.

Forel Klinik

Die Forel Klinik erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Suchtfachklinik Zürich

Die Suchtfachklinik Zürich erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Universitätsspital Zürich – Zentrum für Essstörungen

Das Universitätsspital Zürich – Zentrum für Essstörungen erhält die Leistungsaufträge gemäss seiner definitiven Bewerbung.

Universitäts-Kinderspital Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie

Das Universitäts-Kinderspital Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie erhält die Leistungsaufträge gemäss seiner definitiven Bewerbung.

Kantonsspital Winterthur – Sozialpädiatrisches Zentrum

Das Kantonsspital Winterthur – Sozialpädiatrisches Zentrum erhält die Leistungsaufträge gemäss seiner definitiven Bewerbung.

Modellstation SOMOSA

Die Modellstation SOMOSA erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Klinik Barmelweid

Die Klinik Barmelweid erhält keinen Leistungsauftrag für den Auftragstyp SPV und die Altersbereiche JP und GP, da sie diesbezüglich nicht alle leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt (s. Kapitel D 5.2.2).

Die Klinik Barmelweid erhält keinen Leistungsauftrag für den Auftragstyp SPV, die Leistungsgruppen DEPR, AZB1, PERS, ESSS und SCHL und den Altersbereich EP, da der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann. Die im Vergleich zu anderen Bewerberinnen und Bewerbern erheblich schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) erschwert eine integrierte Versorgung. So ist beispielsweise kein gut erreichbares ambulantes Anschlussangebot in Form von Tageskliniken und Ambulatorien nach einem stationären Aufenthalt gewährleistet. Zudem wären während eines stationären Aufenthalts Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld nur mit hohem Aufwand möglich und der Einbezug des Umfelds des Patienten/der Patientin gestaltete sich schwierig (z.B. Angehörigen- und/oder Arbeitgebergespräche etc.).

Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach

Die Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach erhält keinen Leistungsauftrag für den Auftragstyp SPV, die Leistungsgruppe SCHL und den Altersbereich EP, da der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann, die zusätzlich häufige Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen mitbehandeln können.

Klinik Gais

Die Klinik Gais erhält für den Auftragstyp SPV, die Leistungsgruppe DEPR, sowie für die Altersbereiche EP und GP keinen Leistungsauftrag, da der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann. Die im Vergleich zu anderen Bewerberinnen und Bewerbern erheblich schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) erschwert eine integrierte Versorgung. So ist beispielsweise kein gut erreichbares ambulantes Anschlussangebot in Form von Tageskliniken und Ambulatorien nach einem stationären Aufenthalt gewährleistet. Zudem wären während eines stationären Aufenthalts Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld nur mit hohem Aufwand möglich und der Einbezug des Umfelds des Patienten/der Patientin gestaltete sich schwierig (z. B. Angehörigen- und/oder Arbeitgebergespräche etc.).

Im gerontopsychiatrischen Bereich wird eine Konzentration des entsprechenden Angebots auf wenige Standorte angestrebt, um dem bedeutenden Fachkräftemangel in diesem Bereich Rechnung zu tragen. In diesem Sinn erhält die Klinik Gais für den Altersbereich GP keinen Leistungsauftrag, da der entsprechende Bedarf durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann, die im Altersbereich GP zusätzliche Leistungen, wie z. B. die Behandlung von Demenzen und Deliren, anbieten.

Rehaklinik Braunwald

Die Rehaklinik Braunwald erhält für den Auftragstyp SPV, für die Leistungsgruppen DEPR, AZB1, AZB3 und DISS sowie für den Altersbereich EP keinen Leistungsauftrag, da der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann. Die im Vergleich zu anderen Bewerberinnen und Bewerbern erheblich schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) erschwert eine integrierte Versorgung. So ist beispielsweise kein gut erreichbares ambulantes Anschlussangebot in Form von Tageskliniken und Ambulatorien nach einem stationären Aufenthalt gewährleistet. Zudem wären während eines stationären Aufenthalts Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld nur mit hohem Aufwand möglich und der Einbezug des Umfelds des Patienten/der Patientin gestaltete sich schwierig (z. B. Angehörigen- und/oder Arbeitgebergespräche etc.).

Hochgebirgsklinik Davos

Die Hochgebirgsklinik Davos erhält keinen Leistungsauftrag für den Altersbereich JP und die Leistungsgruppe MUKI, da sie diesbezüglich nicht alle leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt (s. Kapitel D 5.2.2).

Die Hochgebirgsklinik Davos erhält keinen Leistungsauftrag für den Auftragstyp SPV, die Leistungsgruppen DEPR, AZB3, DISS, SOZI und den Altersbereich EP, da der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann. Die im Vergleich zu anderen Bewerberinnen und Bewerbern erheblich schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) erschwert eine integrierte Versorgung. So ist beispielsweise kein gut erreichbares ambulantes Anschlussangebot in Form von Tageskliniken und Ambulatorien nach einem stationären Aufenthalt gewährleistet. Zudem wären während eines stationären Aufenthalts Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld nur mit hohem Aufwand möglich und der Einbezug des Umfelds des Patienten/der Patientin gestaltete sich schwierig (z. B. Angehörigen- und/oder Arbeitgebergespräche etc.).

Rehaklinik Seewis

Die Rehaklinik Seewis erhält für den Auftragstyp SPV, die Leistungsgruppen DEPR, AZB1, AZB2, AZB3, DISS, ADHS und SCHL sowie für die Altersbereiche EP und GP keine Leistungsaufträge: Der Bedarf für das ausgewählte Leistungsangebot kann durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden. Die im Vergleich zu anderen Bewerberinnen und Bewerbern erheblich schlechtere Erreichbarkeit (s. Kapitel D 5.2.4) erschwert eine integrierte Versorgung. So ist beispielsweise kein gut erreichbares ambulantes Anschlussangebot in Form von Tageskliniken und Ambulatorien nach einem stationären Aufenthalt gewährleistet. Zudem wären während eines stationären Aufenthalts Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld nur mit hohem Aufwand möglich und der Einbezug des Umfelds des Patienten/der Patientin gestaltete sich schwierig (z. B. Angehörigen- und/oder Arbeitgebergespräche etc.). Im gerontopsychiatrischen Bereich wird eine Konzentration des entsprechenden Angebots auf wenige Standorte angestrebt, um dem bedeutenden Fachkräftemangel in diesem Bereich Rechnung zu tragen. In diesem Sinn erhält die Rehaklinik Seewis für den Altersbereich GP keinen Leistungsauftrag, da der entsprechende Bedarf durch geeignetere Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden kann, die im Altersbereich GP zusätzliche Leistungen, wie z. B. die Behandlung von Demenzen und Deliren anbieten.

Klinik Sonnenhof

Die Klinik Sonnenhof hat sich für den Auftragstyp AVV und die Altersbereiche KP und JP beworben. Zwar ist sie im Vergleich zu anderen AVV-Kliniken schlechter erreichbar (s. Kapitel D 5.2.4); dies ist allerdings in Kauf zu nehmen, um den Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Akut- und Vollversorgern decken zu können. Die Klinik Sonnenhof erhält daher die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

AMEOS Seeklinikum Brunnen

Das AMEOS Seeklinikum Brunnen erhält keinen Leistungsauftrag, da die Klinik nicht alle generellen und leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt (s. Kapitel D 5.2.1 und Kapitel D 5.2.2). Der Bedarf für das gewählte Leistungsangebot kann durch Bewerberinnen und Bewerber gedeckt werden, die alle Anforderungen erfüllen und damit erheblich besser geeignet sind als das AMEOS Seeklinikum Brunnen.

Clenia Privatlinik Littenheid

Die Clenia Privatlinik Littenheid hat sich für den Auftragstyp AVV und die Altersbereiche KP und JP beworben. Zwar ist sie im Vergleich zu anderen AVV-Kliniken schlechter erreichbar (s. Kapitel D 5.2.4); dies ist allerdings in Kauf zu nehmen, um den Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Akut- und Vollversorgern decken zu können. Die Clenia Privatlinik Littenheid erhält daher die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Klinik Meissenberg

Die Klinik Meissenberg erhält die Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Das Angebot der Klinik richtet sich ausschliesslich an Frauen, was auf der Spitalliste mittels Fussnote zu vermerken ist.

Die Klinik Meissenberg ist berechtigt und verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge bei Kapazitätsengpässen der AVV-Kliniken auch Notfallpatientinnen zu behandeln. Dies wird mit einer entsprechenden Fussnote auf der Spitalliste vermerkt. Die Akutbetten werden auf dem kantonalen Bettenspiegel ausgewiesen, was zur Sicherstellung der Notfallversorgung der Zürcher Patientinnen und Patienten beiträgt.

6. Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie

Die Abbildung D34 zeigt die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie.

Abbildung D34: Provisorische Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2023

Auftragstyp		ZH														SG	TG	ZG										
Leistungserbringer (Rechts-träger)		Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Kanton Zürich) - Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Lengstrasse	- Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach	- Krisenintervention Militärstrasse	- Kinderstation Brüschihaide	- Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neumünsterallee	- Zentrum für integrative Psychiatrie Rheinau	- Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau	Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (Kanton Zürich) - Klinik Schobstal	- Zentrum Hard	- Kriseninterventionszentrum Winterthur	Clenia Privatklinik Schöslall (Clenia AG)	Clenia Privatklinik Littenheld - Oetwil am See ^{a)} (Clenia AG)	Sanatorium Klichberg (Sanatorium Klichberg AG)	Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Affoltern (Spital Affoltern AG)	Privatklinik Hohenegg (Privatklinik Hohenegg AG)	Forel Klinik (Forel Klinik AG)	Suchtfachklinik Zürich (Stadt Zürich)	Universitätsklinik Zürich - Zentrum für Essstörungen (Kanton Zürich)	Universitäts-Kinderspital Zürich - Psychosomatik und Psychiatrie (Kinderspital Zürich - Ebeorenstiftung)	Kantonsklinik Winterthur - Sozialpädiatrisches Zentrum (Kanton Zürich)	Modellstation SOMOSA (Stiftung SOMOSA)	Klinik Sonnenhof (Stiftung Sonnenhof)	Clenia Privatklinik Littenheld (Clenia AG)	Klinik Meissenberg (Bad Schinznach AG)			
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 wahnhaftige Störungen, Katatonien																											
	PBS2 Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien																											
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen																											
Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen	AZB1 Angststörungen und phobische Störungen																											
	AZB2 Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen																											
	AZB3 Posttraumatische Belastungsstörungen																											
Persönlichkeitsstörungen	PERS Persönlichkeitsstörungen																											
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	DISS Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen																											
Essstörungen	ESSS Anorexien, Bulimien, Binge-Eating-Störung und Adipositas																											
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen																											
Autismus-Spektrum-Störungen	AUTI Autismus-Spektrum-Störungen																											
Störungen des Sozialverhaltens	SOZI Störungen des Sozialverhaltens																											
Störungen in Verbindung mit Sexualität	SEXS Störungen in Verbindung mit Sexualität																											
Mutter-Kind-Behandlungen	MUKI Mutter-Kind-Behandlungen																											
Nichtorganische Schlafstörungen	SCHL Nichtorganische Schlafstörungen																											
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	KIND Säuglings- und kinderspezifische Störungen																											
Intellektuelle Beeinträchtigungen	INTE Intellektuelle Beeinträchtigungen																											
Forensische Psychiatrie	FOR1 Stationärer Massnahmenvollzug																											
	FOR2 Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft																											
Altersbereiche	KP Kinderpsychiatrie: 0–13 Jahre																											
	JP Jugendpsychiatrie: 14–17 Jahre																											
	EP Erwachsenenpsychiatrie: 18–64 Jahre																											
	GP Gerontopsychiatrie: ab 65 Jahre																											

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

^{a)} Leistungsaufträge unter der Bedingung, dass die Betriebsbewilligung spätestens zum Zeitpunkt der definitiven Betriebsaufnahme vorliegt.

^{b)} Leistungsaufträge gültig ab 1. August 2024.

¹⁾ Bei Versorgungsempfässen im Zentrum für stationäre forensische Therapie Rheinau (PUK) Aufnahme von FOR2 Patientinnen und Patienten.

²⁾ Bei Versorgungsempfässen in der Jugendpsychiatrie Aufnahme von Jugendlichen 14–17 Jahre (im Rahmen der bestehenden Leistungsaufträge).

³⁾ Bei Versorgungsempfässen der AVV-Kliniken auch Aufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten (im Rahmen der bestehenden Leistungsaufträge).

⁴⁾ Leistungsangebot nur für Frauen.

⁵⁾ Bei Versorgungsempfässen der AVV-Kliniken auch Aufnahme von Notfallpatientinnen (im Rahmen der bestehenden Leistungsaufträge).



Rehabilitation

- 1 Leistungsgruppensystematik
- 2 Bedarfsprognose
- 3 Evaluationskriterien
- 4 Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen
- 5 Evaluationsverfahren
- 6 Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation

1. Leistungsgruppensystematik

Definition der stationären medizinischen Rehabilitation

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

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

Definition in Abgrenzung zur Akutsomatik

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

Abbildung E1: Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation

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

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

Die medizinische Rehabilitation bezweckt möglichst frühzeitige Massnahmen, die erforderlich sind, um die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder zu ermöglichen. Voraussetzungen, die für die Durchführung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsleistungen kumulativ erfüllt sein müssen, sind die Rehabilitationsbedürftigkeit¹, die Rehabilitationsfähigkeit² und das Rehabilitationspotenzial³.

¹ Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn die Funktionsfähigkeit als Folge einer Schädigung über die kurative Versorgung hinaus bedroht, eingeschränkt oder gar inexistent ist und mittels Rehabilitation die Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen vermieden, beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

² Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation und Belastbarkeit) die erforderliche Rehabilitationsmassnahme zulassen.

³ Rehabilitationspotenzial ist gegeben, wenn eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Das heisst, es müssen plausible Gründe vorliegen, dass die Patientin oder der Patient spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig wirksam erreichen kann. Die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials basiert somit auf der Prognose des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs und seiner Dauerhaftigkeit.

Abgrenzung zu anderen Leistungsangeboten

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

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

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

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

Akut- und Übergangspflege: Das KVG sieht in Art. 25a Abs. 2 während längstens zwei Wochen Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt angeordnet werden. Die Kosten werden anteilig von der öffentlichen Hand und von Krankenkassenversicherern finanziert. Die Akut- und Übergangspflege gehört zum Pflegebereich und ist deshalb nicht Gegenstand der stationären Rehabilitationsplanung.

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

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

1.1 Anforderungen an die Leistungsgruppensystematik

Die Leistungsgruppensystematik Rehabilitation⁴ bildet die Grundlage der Leistungsaufträge für die kantonale Spitalliste Rehabilitation. Sie bezweckt in erster Linie, dass die Patientinnen und Patienten adäquat versorgt sind und das Leistungsangebot transparent ist sowie ausreichend gesteuert werden kann. Die Leistungsgruppen als zentrales Element der Leistungsgruppensystematik müssen deshalb folgende Anforderungen möglichst gut erfüllen:

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

1.2 Erarbeitung der Leistungsgruppensystematik

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

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

⁴ Die Leistungsgruppensystematik Rehabilitation weist jeden Behandlungsfall einer oder mehreren Patientenkategorien (Leistungsgruppen) zu. Diese sind systematisch geordnet, benannt und definiert. Die Definitionen der Patientenkategorien stellen den Bezug zu den medizinischen Kategorisierungskriterien her (vor allem Diagnosen, Prozeduren und Alter). Die Produkte der Leistungsgruppensystematik sind das Leistungsgruppenmodell und zur Leistungsgruppensystematik gehören zudem die generellen Qualitätsanforderungen an die Rehabilitationskliniken und die Qualitätsanforderungen an die Leistungsgruppen (leistungsspezifische Anforderungen).

1.3 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

1.3.1 Leistungsgruppenmodell Rehabilitation im Überblick

Das Leistungsgruppenmodell besteht aus sechs Leistungsbereichen sowie den Querschnittsbereichen (vgl. Abbildung E2).

Die Leistungsbereiche sind in einzelne Leistungsgruppen gegliedert:

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

Die Querschnittsbereiche sind:

- Pädiatrische Rehabilitation
- Erwachsenenrehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation
- Überwachungspflichtige Rehabilitation

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

Abbildung E2: Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

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

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung E3: Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation

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

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

Quelle: Eigene Darstellung

Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation

Die Rehabilitationsklinik⁵ A hat Leistungsaufträge für MSK1, MSK2, RKA1, INO1 und SOM1 für die Erwachsenenrehabilitation. Mit dem Querschnittsbereich GER ist sie berechtigt, aber auch verpflichtet, die geriatrischen Patientinnen und Patienten aus allen Leistungsgruppen zu behandeln, für die sie einen Zürcher Leistungsauftrag hat. Sie nimmt keine überwachungspflichtigen Patientinnen und Patienten gemäss Definition von UEB auf.

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

Die Rehabilitationsklinik C hat einen Leistungsauftrag für NER1 in Kombination mit UEB für die Erwachsenenrehabilitation und behandelt gemäss Definition von GER auch geriatrische Patientinnen und Patienten dieser Leistungsgruppe.

⁵ Der in der Folge verwendete Begriff «Rehabilitationsklinik» bezieht sich auf einen Spitalstandort.

1.3.2 Leistungsbereiche und -gruppen

Nachfolgend werden die einzelnen Leistungsbereiche und die dazugehörigen Leistungsgruppen beschrieben.

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

Leistungsbereich «Muskuloskeletale Rehabilitation»

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

Der Leistungsbereich muskuloskeletale Rehabilitation umfasst folgende Leistungsgruppen:

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

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

Leistungsbereich «Neurologische Rehabilitation»

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

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

Leistungsbereich «Kardiovaskuläre Rehabilitation»

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

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

Leistungsbereich «Pulmonale Rehabilitation»

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

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

Leistungsbereich «Internistische und Onkologische Rehabilitation»

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

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

Leistungsbereich «Somatoforme Störungen»

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

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

1.3.3 Querschnittsbereiche

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

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

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

Querschnittsbereich «Pädiatrische Rehabilitation»

Die pädiatrische Rehabilitation umfasst die Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, d. h. bis ein Tag vor dem 18. Geburtstag. Sie unterscheidet sich von jener der erwachsenen Patientinnen und Patienten aufgrund altersspezifischer Anforderungen wie medizinische Behandlung, kind- und jugendgerechte Gestaltung der Rehabilitationsmassnahmen, schulische Betreuung und Berufsberatung, Freizeitangebot und Aufnahme von Begleitpersonen.

Querschnittsbereich «Erwachsenenrehabilitation»

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

Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation»

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

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

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

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

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

Querschnittsbereich «Überwachungspflichtige Rehabilitation»

Die überwachungspflichtige Rehabilitation umfasst die Behandlung von Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation von Patientinnen und Patienten, bei denen Vitalparameter rund um die Uhr überwacht werden müssen (zum Beispiel Sauerstoffsättigung, Puls, Blutdruck, Atemfrequenz). Zum Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitationseinrichtung weisen sie aber keine Intensivpflichtigkeit mehr auf und ihre akutmedizinische Primärdiagnostik und -versorgung ist abgeschlossen (siehe Abgrenzung zur Akutsomatik in Einführung von Kapitel E1). Die Notwendigkeit und Intensität der Rehabilitation überwiegen gegenüber der Kuration.

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

1.3.4 Operationalisierung des Leistungsgruppenmodells

Damit Leistungsgruppen eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen (z. B. ICD und CHOP) basieren. Im Gegensatz zur Akutmedizin steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Zentrum der Rehabilitation. Die ICF-Klassifikation⁶ mit ihren Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe würde dafür grundsätzlich eine gute Grundlage darstellen. Allerdings hat sie bis heute wegen des hohen zeitlichen Kodieraufwandes und der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung die volle Praxisreife noch nicht erreicht. Zudem steht heute keine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationsspatienten abbildende ICF-Statistik zur Verfügung. Damit können der erforderliche rehabilitative Behandlungsbedarf und die rehabilitative Leistung der einzelnen Betriebe statistisch nicht adäquat abgebildet werden.

Mangels einer operablen ICF-Klassifikation erfolgt die Bildung rehabilitativer Leistungsgruppen aufgrund der ICD-Klassifikation und teilweise der CHOP-Klassifikation. Analog zur Akutsomatik werden alle Fälle mit einem Algorithmus (vgl. Kapitel E 2) einer Leistungsgruppe zugeteilt. Diese Zuteilung erfolgt anhand der CHOP- und ICD-Codierung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Bei Fällen, die aufgrund ihrer Codierung mehreren Leistungsgruppen zugeteilt werden könnten, erfolgt die Zuteilung anhand einer im Algorithmus festgelegten Hierarchie der Leistungsgruppen. In der Regel gilt: Je komplexer die Leistungen sind, desto höher in der Hierarchie sind die Leistungsgruppen angesiedelt. Die Operationalisierung (Stand 1. Juni 2021) der einzelnen Leistungsgruppen ist in den beiliegenden Dokumenten zum Strukturbericht ersichtlich.⁷ Die Operationalisierung wird jährlich durch die Gesundheitsdirektion aktualisiert und bei Bedarf weiterentwickelt.

⁶ Die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der WHO dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

⁷ Abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

2. Bedarfsprognose

Im vorliegenden Strukturbericht werden das Vorgehen zur Berechnung der Bedarfsprognose sowie die Prognoseergebnisse zusammenfassend dargestellt. Detaillierte Informationen zum Prognosemodell und zu den einzelnen Einflussfaktoren finden sich im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023.

2.1 Datengrundlage und allgemeines Vorgehen

Die folgenden Seiten fassen Informationen zur Datenbasis der Bedarfsprognose und die wichtigsten Grundsätze zusammen.

2.1.1 Datenbasis

Dieses Kapitel beschreibt die verwendeten Daten, ihre Quellen sowie die Darstellungsebenen der Resultate. Anschliessend wird die Datenqualität kurz beschrieben.

2.1.1.1 Datenquellen

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

Die Medizinische Statistik des BFS wird jährlich durch die Kantone erhoben. Sie enthält soziodemografische und medizinische Informationen zu den stationären Fällen eines Datenjahres. Ein Fall entspricht dabei einem stationären Aufenthalt in einem Spital. Betrachtet werden nur die Austritte, weil die Fälle erst nach dem Austritt fertig codiert werden können.

Für die Zuteilung der Fälle zu einem Versorgungsbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) zieht die Gesundheitsdirektion ausserdem die Krankenhausstatistik des BFS hinzu (vgl. Kapitel E 2.1.1.2).

Das Statistische Amt des Kantons Zürich berechnet jedes Jahr eine Bevölkerungsprognose für den Kanton Zürich. Der aktuelle Prognoselauf 2021 reicht bis ins Jahr 2050.⁸ Für die Berechnung der schweizweiten Hospitalisierungsraten wird zudem die Bevölkerungsstatistik STATPOP des BFS verwendet.⁹

2.1.1.2 Generierung der Datensätze

Zur Berechnung der Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion grundsätzlich die neuesten verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik. Das Abstützen auf die aktuellsten Daten entspricht den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.¹⁰ Abweichend von diesem Grundsatz werden jedoch die bereits vorliegenden Daten der Zürcher Spitäler des Jahres 2020 nicht verwendet. Die spezielle Situation aufgrund der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 führt dazu, dass die Daten dieses Jahres als Grundlage für eine langfristige Prognose nicht geeignet sind. Grundlage zur Berechnung der Prognose sind deshalb die stationären Fälle des Jahres 2019.

Die Zuteilung der Fälle zu den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erfolgt für die Fälle der Zürcher Spitäler mittels der Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung der Medizinischen Statistik. Für die nicht eindeutigen Ausprägungen kommt eine subsidiäre Fallzuteilung zur Anwendung. Abbildung E4 enthält die Zuteilungslogik:

Abbildung E4: Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

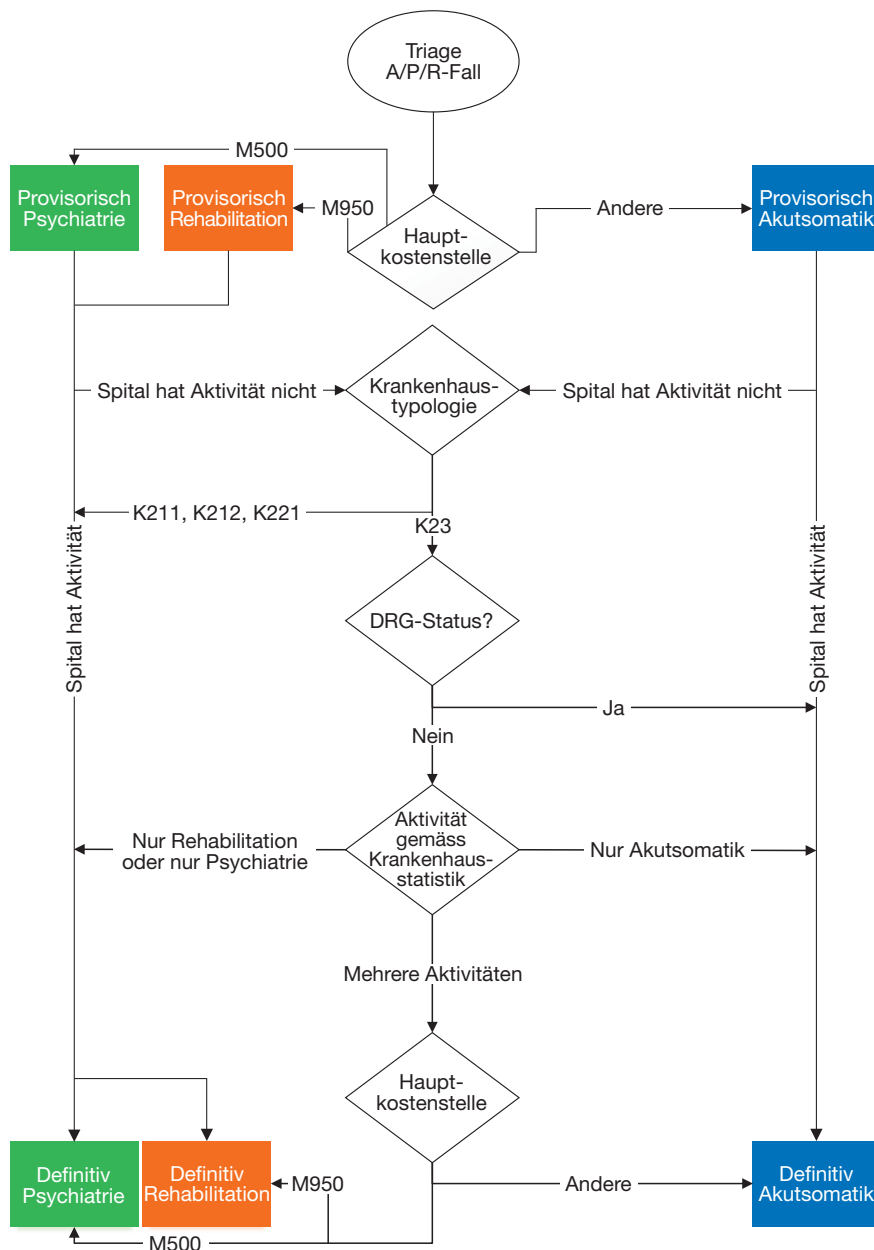
⁸ https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen/zukuenftige_entwicklung.html

⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

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

Für Fälle der ausserkantonalen Spitäler sowie Fälle, die anhand der Variable «Tarif für die Abrechnung» nicht zuteilbar sind (Ausprägungen 7 Pflorgetaxe und 0 unbekannt), wird die nachfolgend abgebildete Fallzuteilungslogik verwendet (vgl. Abbildung E5).

Abbildung E5: Subsidiäre Fallzuteilungslogik



Quelle: Eigene Darstellung

Für die Prognose werden alle Austritte (Medizinische Statistik Variable 0.2.V02 = A) mit Wohnkanton Zürich betrachtet.

2.1.1.3 Darstellungsebenen

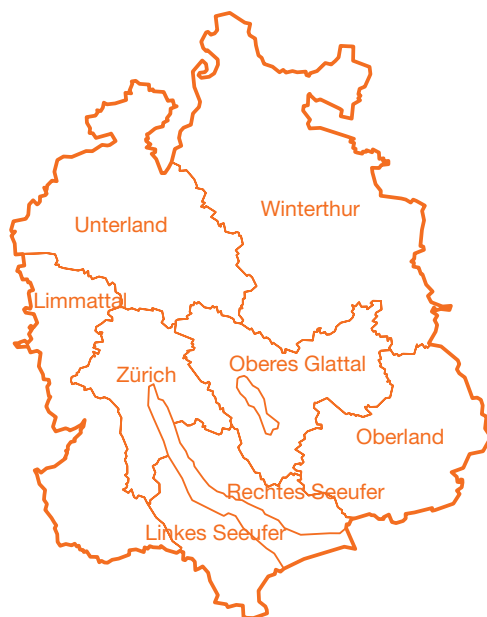
Die medizinischen Leistungen werden in diesem Bericht auf den folgenden Ebenen dargestellt:

Leistungsbereiche: Die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) und Spitalplanungsleistungsbereiche (SPLB) bilden die Basis für die Darstellung der medizinischen Leistungen. Alle Berechnungen erfolgen auf Ebene der SPLG. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Prognoseergebnisse aber nur auf Ebene der SPLB dargestellt.

Altersgruppen: Die Prognose wird pro Altersjahr (1-Jahres-Gruppen) berechnet. Die Resultate der Prognose werden aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nur pro Altersgruppe ausgewiesen, wobei für jeden Versorgungsbereich eine dem Leistungsgruppenmodell entsprechende Altersgruppierung verwendet wird.

Wohnregionen: Zur Darstellung werden die einzelnen Zürcher Gemeinden in Wohnregionen zusammengefasst. In der Rehabilitation werden folgende acht Wohnregionen verwendet: Zürich, Winterthur, Unterland, Limmattal, Linkes Seeufer, Rechtes Seeufer, Oberes Glattal und Oberland (s. Abbildung E6). Diese Regionen haben sich für regionsspezifische Analysen bewährt.

Abbildung E6: Wohnregionen Rehabilitation



Quelle: Eigene Darstellung

2.1.1.4 Datenqualität und -konsistenz

Die Daten der Medizinischen Statistik werden von den Spitälern erhoben. Damit ist die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern abhängig. Die Daten der Zürcher Spitäler werden von der Gesundheitsdirektion jedoch intensiv plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet, das weitere Prüfungen durchführt.

Neben der Datenerfassung in den Spitälern und der Datenprüfung durch die Gesundheitsdirektion hängt die Konsistenz der Daten auch davon ab, ob die Datenerhebung und die Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. Die Definition der Variablen der Medizinischen Statistik ist seit 2012 relativ stabil. Der Katalog mit den Behandlungs-codes (CHOP) wie auch die Gruppierungslogik des SPLG Groupers werden jedoch jährlich weiterentwickelt. Das Bundesamt für Statistik (BFS) gibt den Spitälern jedes Jahr unter anderem die Katalogsversion für die Codierung der Diagnosen (ICD) und der Behandlungen (CHOP) vor. Insbesondere die Codes der Behandlungen (CHOP) werden regelmässig angepasst. In der Rehabilitation werden zudem für die Spitalplanung 2023 komplett überarbeitete Leistungsgruppen verwendet. Eine Überführung der bisherigen Leistungsgruppen in die neuen Leistungsgruppen ist nicht möglich. Zudem ist auch die Gruppierung vergangener Jahre mit den neuen Leistungsgruppen problematisch, da unter Umständen für die Gruppierung benötigte Variablen oder Codes noch nicht existierten oder nicht konsequent verwendet wurden.

Die Konsistenz der Daten im Zeitvergleich bei der Betrachtung auf Ebene SPLB oder SPLG ist durch die verschiedenen Katalogsversionen und Leistungsgruppenmodelle infrage gestellt. Je detaillierter die Daten verglichen werden, desto grösser wird das Konsistenzproblem. Die Gesundheitsdirektion vergleicht die medizinischen Leistungen über die Jahre deshalb nur auf hoher Aggregationsstufe und interpretiert allfällige Trends vorsichtig bzw. hinterfragt diese kritisch.

2.1.2 Grundsätze der Bedarfsprognose

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

2.1.2.1 Prognosetechnik und Prognosezeitraum

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

Zum Prognosemodell der Akutsomatik fand am 10. April 2019 ein Workshop mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) statt. Im entsprechenden Bericht kommen die teilnehmenden Mitarbeitenden des WIG zum Schluss, dass das Modell die wichtigsten Einflussfaktoren berücksichtigt und dazu geeignet ist, die Fallzahlen zu prognostizieren. Der Bericht enthält darüber hinaus eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Modells. Die Gesundheitsdirektion hat diese wo möglich berücksichtigt. Insbesondere weisen die Autorin und die Autoren auf weitere spitalexterne Faktoren wie das Patientenverhalten hin, die einen grossen Effekt auf die Entwicklung der stationären Fallzahlen haben. Wie die Teilnehmenden des WIG selber schreiben, gibt es dazu jedoch keine Datengrundlage, die eine Berücksichtigung im Modell erlauben würde. Das Prognosemodell in der Rehabilitation ist abgesehen von einzelnen Einflussfaktoren identisch, so dass die Erkenntnisse übertragbar sind.

Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2032 und damit ein Prognosezeitraum von etwas mehr als zehn Jahren gewählt. Damit deckt die Bedarfsprognose die gesamte Laufzeit der Spitalplanung 2023 ab. Da mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Ausgangsjahr die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung zunimmt, wird ebenso die Unsicherheit der Prognose grösser. Um diese transparent zu machen, werden drei Szenarien berechnet. Das Hauptszenario stellt die wahrscheinlichste Entwicklung bis ins Jahr 2032 dar. Im Maximalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und dennoch plausibel ist. Im Minimalszenario wird für jeden Einflussfaktor der Wert angenommen, der zur tiefsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist. Der Bereich zwischen Minimal- und Maximalszenario ist als wahrscheinlich zu betrachten, wobei das Hauptszenario die wahrscheinlichste Entwicklung abbildet.

2.1.2.2 Prognosemodell und Einflussfaktoren

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

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

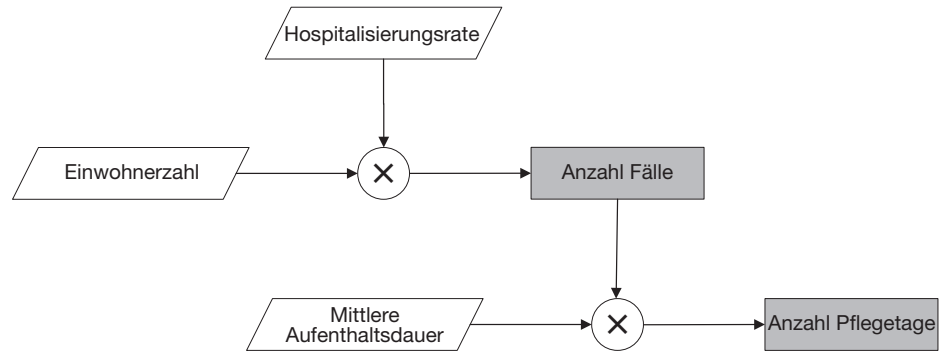
Als primäres Resultat berechnet die Prognose die Zahl der Austritte im Jahr 2032. Zusätzlich werden die Pflagetage prognostiziert. Zur Berechnung der Pflagetage werden die Aufenthaltsdauern der Austritte addiert. Die Pflagetage sind als sekundärer Output der Prognose zu verstehen, der hilft, die Angaben der Spitäler im Bewerbungsprozess zu plausibilisieren. Die Vergabe der Leistungsaufträge wird aber in allen drei Bereichen basierend auf den Leistungen (Fälle) und nicht basierend auf den Kapazitäten (Pflagetage) vorgenommen.

Das Prognosemodell geht von den folgenden zentralen Annahmen aus:

- Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern hängen neben dem Alter und der Leistungsgruppe auch von der Wohnregion und dem Geschlecht ab. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden deshalb alters-, wohnregions-, geschlechts- und leistungsgruppenspezifisch berechnet.
- In der Rehabilitation gilt grundsätzlich die Annahme, dass die aktuelle Nachfrage dem Bedarf entspricht.

Die Fallzahlen im Jahr 2032 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2032 entwickelt und wie häufig die Zürcherinnen und Zürcher im Spital behandelt werden (Hospitalisierungsrate). Die Pflagetage werden zusätzlich durch die zukünftigen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Für die Ermittlung der Anzahl Fälle im Jahr 2032 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisierungsrate im Jahr 2032 und für die Ermittlung der Pflagetage zusätzlich die zukünftigen Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung E7).

Abbildung E7: Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage

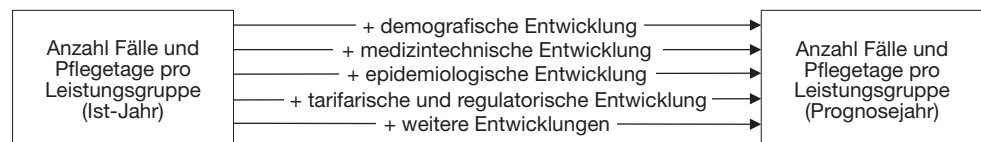


Quelle: Eigene Darstellung

Die Einwohnerzahl wird primär durch Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens beeinflusst und kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. In der vorliegenden Bedarfsprognose verwendet die Gesundheitsdirektion die Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes des Kantons Zürich. Die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst (vgl. Abbildung E8):

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

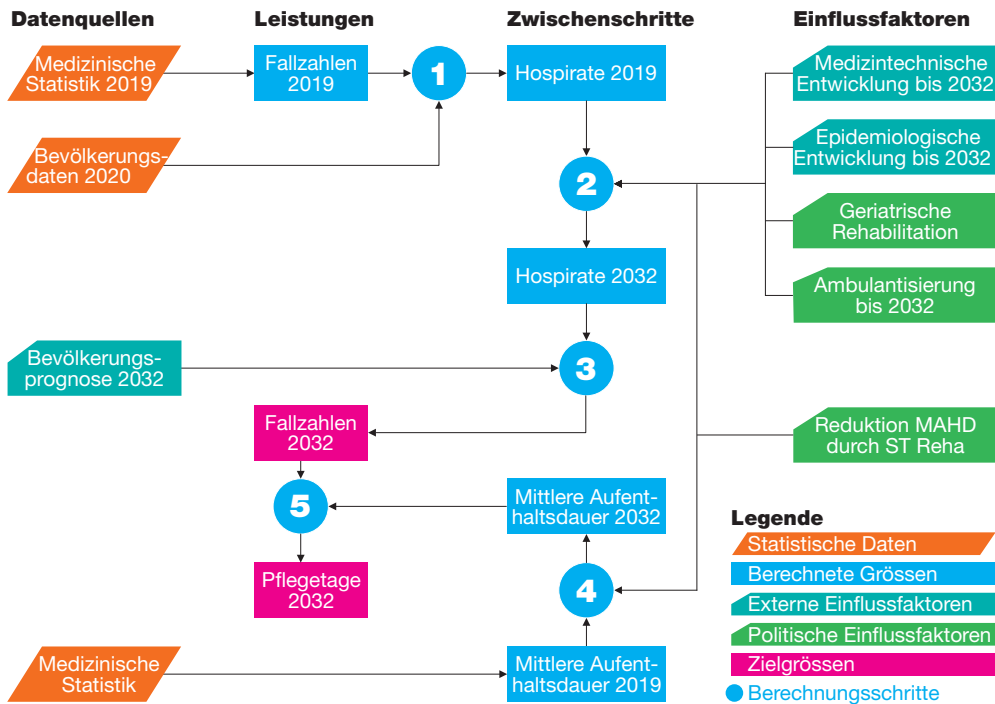
Abbildung E8: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell Rehabilitation folgendermassen berücksichtigt (vgl. Abbildung E9).

Abbildung E9: Prognosemodell der Rehabilitation



Quelle: eigene Darstellung

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

1. Die Hospitalisierungsraten der Zürcher Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 werden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik pro SPLG, Alter, Geschlecht und Wohnregion berechnet.
2. Basierend auf diesen Hospitalisierungsraten 2019 werden die Hospitalisierungsraten 2032 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie weiterer Einflussfaktoren berechnet.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2032 werden die Hospitalisierungsraten 2032 mit der erwarteten Wohnbevölkerung in den einzelnen Wohnregionen des Kantons Zürich multipliziert.
4. Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2019 werden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2032 unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren berechnet. Die Aufenthaltsdauern werden ebenfalls pro Alter, Geschlecht, Wohnregion sowie Leistungsgruppe differenziert berechnet.
5. Für die Berechnung der Pflegetage im Jahr 2032 werden die Fallzahlen 2032 mit den entsprechenden erwarteten mittleren Aufenthaltsdauern multipliziert.

In der Folge werden die Einflussfaktoren beschrieben, die im Prognosemodell Rehabilitation berücksichtigt werden. Damit ein Einflussfaktor berücksichtigt werden kann, müssen die folgenden zwei Bedingungen erfüllt sein:

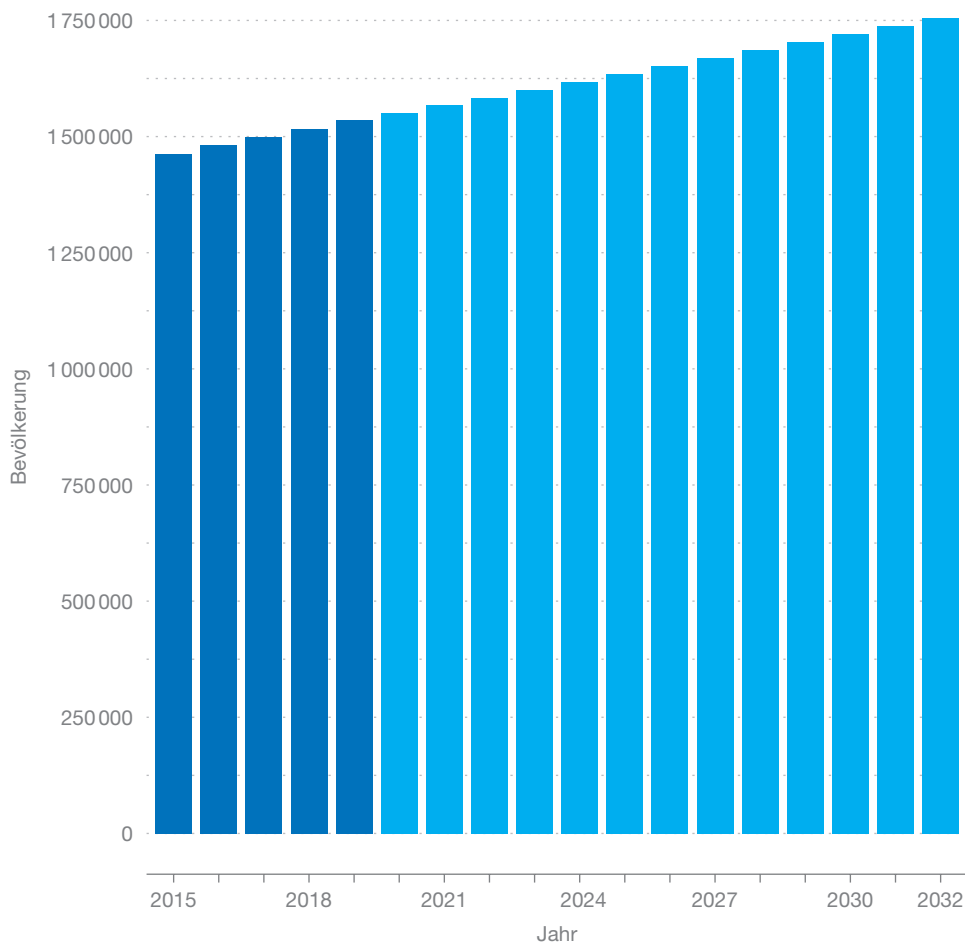
1. Die Entwicklung eines Faktors bis 2032 muss (möglichst genau) geschätzt werden können.
2. Der Effekt dieser Entwicklung auf die stationären Fallzahlen muss quantifizierbar sein.

Demografische Entwicklung

Zur Abbildung der demografischen Entwicklung wird die neuste Bevölkerungsprognose «Trend ZH 2021» des Statistischen Amtes verwendet. Die Bevölkerungsprognose 2021 basiert auf den Bevölkerungsdaten des Jahres 2020. Das Bevölkerungsprognosemodell des Statistischen Amtes ist ein Modell, das ausgehend von einem Anfangsbestand (Bevölkerungszahl Ende 2020) aufgrund der natürlichen Bewegungen (Geburten, Sterbefälle) und Wanderungsbewegungen (Zu- und Wegzüge) Jahr für Jahr die Bevölkerung fortschreibt.

Die Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die Zürcher Bevölkerung weiterwächst. Da die Bedarfsprognose auf den Daten 2019 beruht, wird hier ebenfalls die Entwicklung 2019 bis 2032 beschrieben, auch wenn für die neuste Bevölkerungsprognose die Daten 2020 als Ausgangspunkt dienen. Ende 2019 umfasste die Zürcher Bevölkerung 1 536 406 Personen. Im Jahr 2032 werden gemäss Prognose 1 755 084 Personen im Kanton Zürich leben. Dies entspricht einem Wachstum von gut 14 Prozent (vgl. Abbildung E10).

Abbildung E10: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032

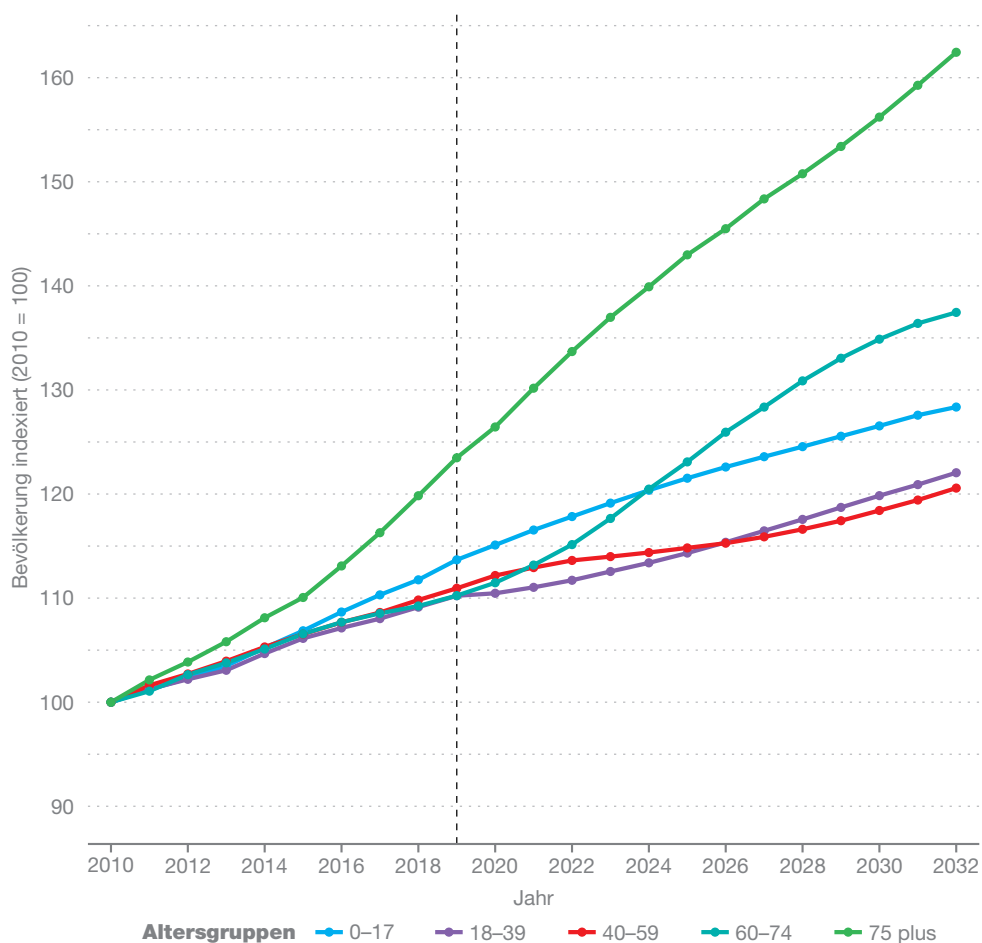


Quellen: Kantonale Bevölkerungserhebungen / Regionalisierte Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich); Grafik: Eigene Darstellung

Die Bevölkerung im Kanton Zürich wächst nicht nur, die Altersstruktur verändert sich ebenfalls. Die Alterung schreitet im Kanton Zürich fort, wird aber wegen der Zuwanderung von jüngeren Personen etwas abgeschwächt. Betrachtet man die Prognose der Zürcher Wohnbevölkerung gegliedert nach den einzelnen Altersgruppen der Rehabilitation, sieht man eine starke Zunahme von älteren Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Altersgruppe der 75-Jährigen und älter wird in den nächsten Jahren überdurchschnittlich wachsen. Bis 2032 wird diese um 32 Prozent zunehmen. Ebenfalls relativ stark wächst die Gruppe der 60- bis 74-Jährigen. Diese nimmt bis 2032 um 25 Prozent zu. Unterdurchschnittlich stark wachsen die Gruppe der 0- bis 17-Jährigen (+13%), der 18- bis 39-Jährigen (+11%) sowie der 40- bis 59-Jährigen (+9%).

Das Wachstum der älteren Altersgruppen wird deutlich sichtbar, wenn die indexierte Entwicklung der Bevölkerung unterteilt in Altersgruppen betrachtet wird, wobei das Jahr 2010 dem Wert 100 entspricht (s. Abbildung E11). Von 2010 bis 2019 hat die Altersgruppe der 75-Jährigen und älter um rund 23 Prozent zugenommen. Bis ins Jahr 2032 wird diese Altersgruppe gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt um 62 Prozent zunehmen. Das stärkste Wachstum in dieser Altersgruppe wird in den nächsten Jahren erwartet. Die in der Öffentlichkeit viel diskutierte Alterung der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken.

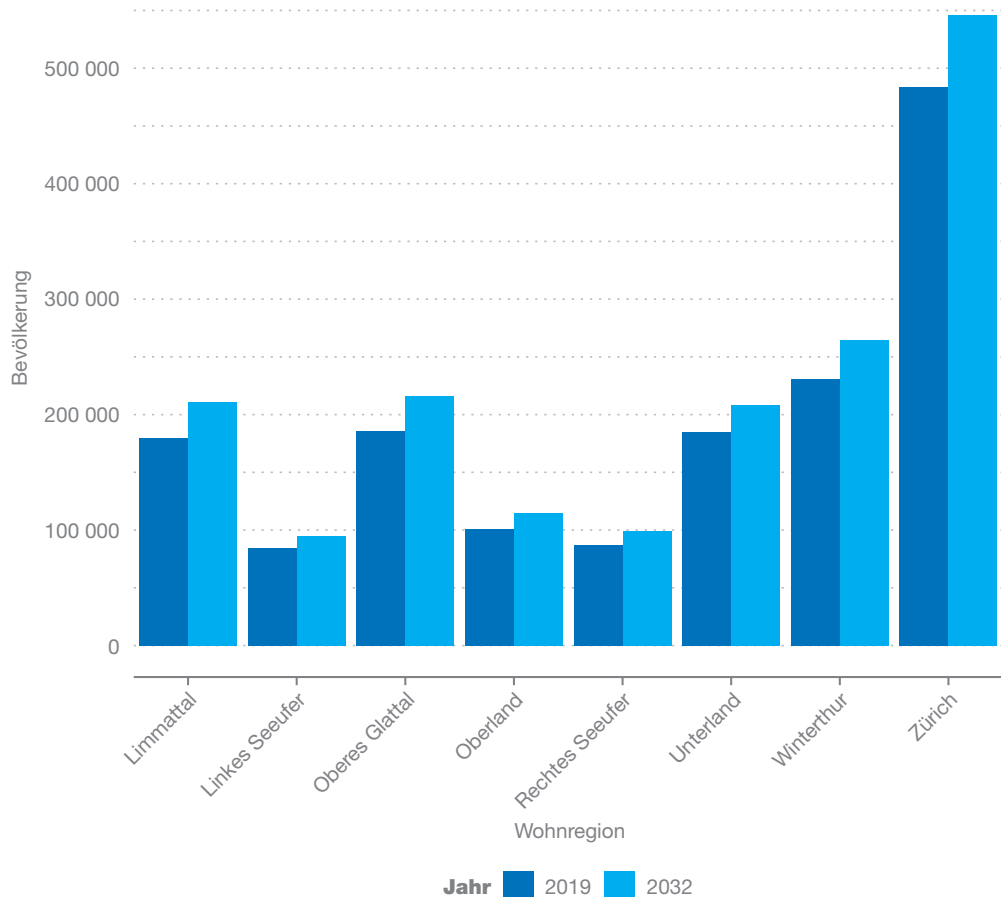
Abbildung E11: Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032



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

Die Bevölkerungsprognose kann auch auf Ebene der Wohnregionen betrachtet werden (vgl. Abbildung E12). Das Wachstum in den Wohnregionen liegt zwischen 13 und 18 Prozent. Am stärksten ist das relative Bevölkerungswachstum in den Regionen Limmattal (+18%) und Oberes Glattal (+16%). Am wenigsten stark wächst die Region Unterland mit einer Zunahme von knapp 13 Prozent.

Abbildung E12: Bevölkerung nach Wohnregion, 2019 und 2032



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

Medizintechnische Entwicklung

Für die Psychiatrie und Rehabilitation hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) 2019 im Auftrag der Gesundheitsdirektion eine neue Studie zur medizintechnischen Entwicklung erstellt.¹¹ Die Autorin und die Autoren sind dabei wie folgt vorgegangen:

- In einem ersten Schritt wurden orientierende, halbstrukturierte qualitative Befragungen von Expertinnen und Experten durchgeführt, um relevante medizintechnische Entwicklungen in der Rehabilitation zu identifizieren.
- Im nächsten Schritt wurde eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um externe Evidenz zu relevanten medizintechnischen Entwicklungen zu finden. Dabei wurden Studien gesucht, die eine quantitative oder qualitative Aussage zur zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen aufgrund einer medizintechnischen Entwicklung beinhalten. Es wurden keine Studien gefunden, die diese Vorgabe erfüllt hätten.
- Als letzter Schritt wurden standardisierte Online-Befragungen von Expertinnen und Experten zu relevanten medizintechnischen Entwicklungen und deren erwarteten Auswirkungen auf die Fallzahlen durchgeführt. Das Resultat dieser Befragungen zeigt, dass bei allen Leistungsgruppen der Rehabilitation eine Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten keine Zu- oder Abnahme der stationären Fallzahlen aufgrund medizintechnischer Entwicklungen erwartet.

Epidemiologische Entwicklung

Für die Spitalplanung 2012 wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) ein Gutachten zum Effekt der epidemiologischen Entwicklung auf die stationären Fallzahlen erstellt. Die berücksichtigten epidemiologischen Entwicklungen hatten allerdings nur schwache Effekte auf die prognostizierten Fallzahlen. Die Autorin und der Autor des Gutachtens erkennen keinen Bedarf für eine Aktualisierung des Gutachtens, da auch weiterhin keine relevanten und quantifizierbaren Entwicklungen vorhersehbar sind. Um sicherzustellen, dass keine vorhersehbaren epidemiologischen Entwicklungen übersehen wurden, fand am 10. Juli 2019 ein Workshop mit vier Epidemiologen aus drei Instituten (ISPM Bern, STPH Basel und EBPI Zürich) statt. In diesem wurden keine Entwicklungen identifiziert, die eine Auswirkung auf die Fallzahlen in der Rehabilitation haben könnten.

¹¹ <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23035>

Geriatrische Rehabilitation

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

Substitution stationär durch ambulant (Ambulantisierung)

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

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

Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) durch ST Reha

Auf den 1. Januar 2022 wurde das neue Tarifsystem ST Reha zur Abrechnung stationärer Rehabilitationsfälle eingeführt. Wie im Kapitel C 2.1.2.2 beschrieben, schafft das Tarifsystem SwissDRG in der Akutsomatik einen Anreiz, die Aufenthaltsdauer zu reduzieren, da die Vergütung mittels Fallpauschale erfolgt. Hingegen hat das 2018 eingeführte Tarifsystem TARPSY in der Psychiatrie zumindest im Kanton Zürich bisher keinen signifikanten Effekt auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauer. Es ist zu erwarten, dass auch ST Reha keinen starken Effekt auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauern haben wird. Weil Daten dazu naturgemäss noch fehlen, wird nur im Minimalzenario eine Verringerung der MAHD um 5 Prozent angenommen. In der Abbildung E13 sind die generellen sowie die oben beschriebenen rehabilitationsspezifischen Einflussfaktoren abgebildet.

Abbildung E13: Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario

Einflussfaktoren	Annahme	Berücksichtigung in den Szenarien
Demografie	Bevölkerungsprognose 2021 des Statistischen Amtes Kanton Zürich	Keine Unterscheidung
Medizintechnik	Kein Effekt gemäss Gutachten ZHAW	Keine Unterscheidung
Epidemiologie	Kein Effekt gemäss Workshop Epidemiologie	Keine Unterscheidung
Medizintechnik AKUT	Zunahme der Knie- und Hüftprothesenrevisionen – basierend auf Prognose Akutsomatik	–
Geriatrische Rehabilitation	Zunahme der Austritte von über 75-Jährigen	Haupt.: +2,5% Max.: +7,5%
Ambulantisierung Fälle	Leichte Verlagerung in den ambulanten Bereich	Haupt.: –2,5% Min.: –5%
Ambulantisierung MAHD	Frühere Entlassungen in ambulante Nachbehandlung	Haupt.: –5% Min.: –10%
Reduktion MAHD	ST-Reha-Effekt	Min.: –5%

Quelle: Eigene Darstellung

Psychiatrische Fälle in Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 wurden 443 Zürcherinnen und Zürcher mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Das neue Leistungsgruppenmodell Rehabilitation ordnet diese Fälle der Psychiatrie zu. Dementsprechend werden sie dem Bedarf der Psychiatrie zugerechnet und bei der Rehabilitation abgezogen. Davon ausgenommen sind Fälle mit einer Hauptdiagnose der Gruppe F45 somatoforme Störungen, für die es im Leistungsgruppenmodell der Rehabilitation eine entsprechende Leistungsgruppe gibt.

Nicht berücksichtigte Faktoren

Das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion nimmt die stationären Austritte als Ausgangspunkt, um die zukünftige Zahl der Austritte und Pfl egetage zu berechnen. Die Zahl der Austritte ist durch weitere spitalexterne Faktoren beeinflusst. Dazu gehören z. B. das Patientenverhalten, das ambulante und tagesklinische Angebot, Entwicklungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung und die Entwicklung und Zulassung neuer Medikamente. Idealerweise würden alle diese spitalexternen Faktoren auch im Prognosemodell mitberücksichtigt. In der Realität sind diese aber sehr schwer zu messen und noch schwieriger zu prognostizieren. Oft hängen sie auch von zukünftigen politischen Entscheidungen ab. Damit ein Faktor im Prognosemodell berücksichtigt werden kann, muss geschätzt werden können, wie sich dieser bis 2032 verändern wird, und der Effekt dieser Veränderung auf die stationären Fallzahlen je Leistungsgruppe quantifizierbar sein. Das ist bei vielen Einflussfaktoren herausfordernd. Ist eine datenbasierte Schätzung der zukünftigen Entwicklung nicht möglich, werden die Faktoren als konstant angenommen.

2.2 Bisherige Nachfrage

In diesem Kapitel wird die bisherige Nachfrage und die Nachfragestruktur der Zürcher Patientinnen und Patienten beschrieben. Datengrundlage für dieses Kapitel sind die erhobenen Fälle der Rehabilitation im Jahr 2019 inklusive der Fälle mit einer F-Diagnose.

2.2.1 Nachfrageentwicklung 2010 bis 2019

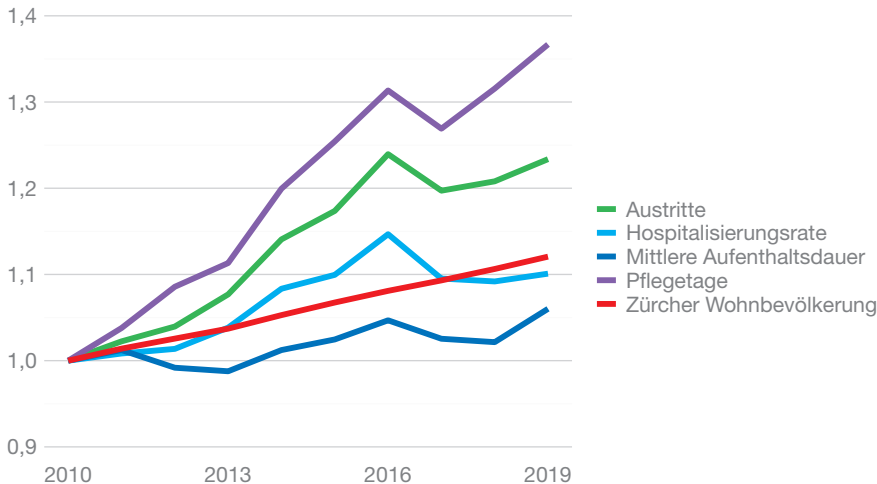
Die Zahl der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einer stationären rehabilitativen Behandlung ist seit 2010 insgesamt um 23 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung E14). Die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von 12 Prozent in derselben Zeitspanne. Im Jahr 2010 wurden 9875 Zürcherinnen und Zürcher rehabilitativ behandelt. 2016 wurde mit 12240 Austritten der bisherige Höchstwert erreicht. Nach einer Fallabnahme im Jahr 2017 wird dieser Wert 2019 mit 12183 Austritten fast wieder erreicht.

Bei der Anzahl Pfl egetage zeigt sich ein ähnliches Bild. Bis 2016 stiegen sie kontinuierlich an, 2017 war erstmals ein Rückgang zu beobachten. Von 2017 bis 2019 ist die Zahl jedoch erneut stark gestiegen. Die Pfl egetage haben seit 2017 um 8 Prozent auf rund 315000 Pfl egetage zugenommen.

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

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

Abbildung E14: Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2 Nachfragestruktur 2019

2.2.2.1 Analyse nach Leistungsbereichen

Im Jahr 2019 gibt es 12 183 Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten (s. Abbildung E15). Knapp 40 Prozent davon betreffen den Spitalplanungsleistungsbereich (SPLB) «Muskuloskelettale Rehabilitation». Weitere 25 Prozent sind dem SPLB «Neurologische Rehabilitation» zugeordnet. Somit gehören rund zwei von drei stationären Rehabilitationsaufenthalten zu einem dieser beiden SPLB. Jeweils etwas mehr als 10 Prozent aller Austritte gehören zu den SPLB «Kardiovaskuläre Rehabilitation» und «Internistische und onkologische Rehabilitation». Die restlichen SPLB machen weitere 10 Prozent aller Austritte aus. Darunter sind auch 468 Austritte, die keinem SPLB zugeteilt werden konnten. Dies sind hauptsächlich Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (F-Diagnose).

Die 12 183 Austritte verzeichnen rund 315 000 Pflegetage. Zu beachten ist, dass in diesem Bericht die Pflegetage als Anzahl Austritte multipliziert mit der mittleren Aufenthaltsdauer berechnet und nicht wie sonst üblich gemäss Zeitrechnung (Pflegetage im Kalenderjahr) ermittelt werden. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) entspricht folglich der Anzahl Pflegetage dividiert durch die Austritte. Sie beträgt 25,9 Tage. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen. Eine stationäre neurologische Rehabilitation dauert im Schnitt knapp 37 Tage, während die MAHD in der internistischen und onkologischen Rehabilitation 20 Tage beträgt.

Abbildung E15: Austritte nach SPLB 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.2 Analyse nach Altersgruppen

Die Abbildung E16 zeigt die Nachfrage nach stationären Rehabilitationsleistungen der Zürcher Bevölkerung nach Altersgruppen. Rund 43 Prozent aller Austritte und Pflegetage entfallen auf die Altersgruppe der 75-Jährigen und älter, die jedoch nur gut 8 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Ein weiteres knappes Drittel der stationären Rehabilitationsleistungen erhalten Personen zwischen 60 und 74 Jahren. Deren Anteil an der Kantonsbevölkerung beträgt 14 Prozent. Die über 60-Jährigen erhalten somit drei Viertel aller stationären Rehabilitationsleistungen, obwohl sie nur gut 22 Prozent der Kantonsbevölkerung ausmachen. Bis 2032 soll der Anteil der über 60-Jährigen gemäss Bevölkerungsprognose auf 25 Prozent ansteigen. Kinder und Erwachsene bis 39 Jahre benötigen hingegen sehr selten eine stationäre Rehabilitation. Der Anteil der 40- bis 59-Jährigen an den Austritten der Rehabilitation beträgt 19 Prozent und ist somit auch tiefer als ihr Anteil an der Kantonsbevölkerung, der bei knapp 30 Prozent liegt.

Abbildung E16: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Altersgruppe 2019

SPLB	Austritte 2019	MAHD 2019	Pflegetage 2019	Anteil an Bevölkerung Kanton ZH
0–17	114	40,8	4 648	17,9%
18–39	617	34,0	20 962	30,4%
40–59	2 314	28,5	66 014	29,2%
60–74	3 877	25,1	97 447	14,0%
75 plus	5 261	24,0	126 069	8,4%
Total Kanton Zürich	12 183	25,9	315 140	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

2.2.2.3 Analyse nach Wohnregionen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Rehabilitationsaufenthalte der Zürcher Wohnbevölkerung thematisiert. Betrachtet wird hier die Zürcher Wohnbevölkerung und nicht die Standorte der Spitäler und Kliniken. Wenn im Folgenden Aussagen zu einer Wohnregion gemacht werden, sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in dieser Region gemeint – unabhängig von der Rehabilitationsklinik, in der sie behandelt werden. Die Zuteilung der Gemeinden zu den einzelnen Wohnregionen sind im Kapitel E 2.1.1.3 ersichtlich. Knapp ein Drittel aller Patientinnen und Patienten stammt aus der Wohnregion Zürich. Aus den anderen Regionen stammen zwischen 5 (Linkes Seeufer) und 15 Prozent (Winterthur) aller Patientinnen und Patienten.

Da sich rund zwei Drittel der Zürcher Patientinnen und Patienten in einer ausserkantonalen Rehabilitationsklinik behandeln lassen, ist die innerkantonale Wanderung im Vergleich zur Akutsomatik wenig aussagekräftig. Die Patientenmigration über die Kantonsgrenzen hinaus wird im Kapitel E 2.4 beschrieben.

Abbildung E17: Austritte von Zürcherinnen und Zürichern nach Wohnregion 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Prognoseergebnis (Bedarfsentwicklung bis 2032)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose dargestellt. In einem ersten Unterkapitel wird auf die demografische Entwicklung als wichtigster Einflussfaktor eingegangen. Danach werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose aufgezeigt.

2.3.1 Auswirkungen der Einflussfaktoren

Die demografische Entwicklung ist mit Abstand der stärkste Einflussfaktor in der Bedarfsprognose. Deshalb wird deren Effekt in der Folge separat ausgewiesen. Der isolierte Effekt der anderen Einflussfaktoren wurde im Versorgungsbericht zur Spitalplanung 2023 aufgezeigt.

Wird nur die demografische Entwicklung berücksichtigt, erwartet die Prognose bis ins Jahr 2032 eine Zunahme der stationären Fälle um 22 Prozent von rund 11 700 auf 14 400. Die Pflgetage steigen ebenfalls um 22 Prozent. Die demografische Entwicklung wirkt dabei in doppelter Weise auf die stationären Fallzahlen: Einerseits wächst die Bevölkerung, was zu einer Zunahme der stationären Fälle um rund 14 Prozent führt, andererseits wird die Bevölkerung älter. Da ältere Personen häufiger stationäre Behandlungen benötigen als jüngere, steigt die Anzahl stationärer Fälle aufgrund der Alterung um nochmals gut 8 Prozent. Wie in Kapitel E 2.2.2.2 gezeigt, ist der grösste Teil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation über 60 Jahre alt und 43 Prozent sind über 75 Jahre alt. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung führt deshalb dazu, dass die Fallzahlen in der Rehabilitation stärker steigen als in der Akutsomatik und der Psychiatrie.

Je nach Altersverteilung der Patientinnen und Patienten eines Spitalplanungsleistungsbereichs wirkt die demografische Entwicklung in den einzelnen SPLB unterschiedlich stark. Die Patientinnen und Patienten im SPLB «Somatoforme Rehabilitation» sind deutlich jünger als die Patientinnen und Patienten in den anderen SPLB. Deshalb wirkt die Alterung der Bevölkerung viel weniger stark auf diesen Bereich und die Zunahme der Austritte liegt mit rund 10 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt.

Abbildung E18: Effekt der demografischen Entwicklung

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

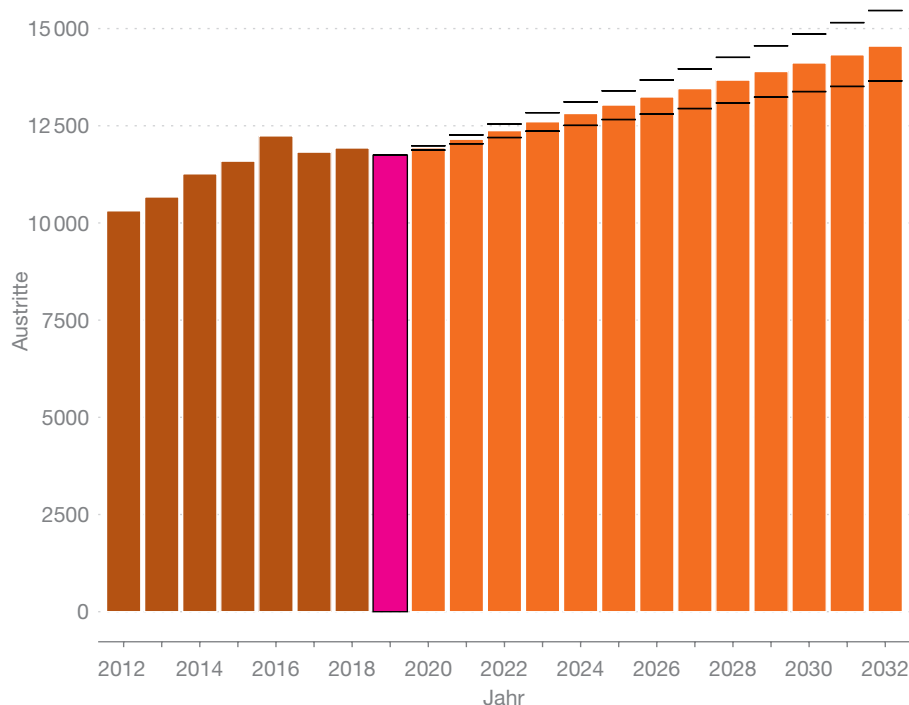
Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2 Bedarf 2032 – Rehabilitation

2.3.2.1 Übersicht prognostizierter Bedarf 2032

Zunächst wird das Prognoseergebnis zusammen mit der bisherigen Entwicklung der Austritte ab 2012 grafisch dargestellt. Die Abbildung E19 zeigt die Entwicklung der Austritte in der Rehabilitation von 2012 bis 2032. Bei den Jahren 2012 bis 2018 handelt es sich um die tatsächlichen Austritte. Für das Jahr 2019 werden die 443 Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgezogen. Wie in Kapitel E 2.2.1 gezeigt, haben die Fallzahlen in der Rehabilitation im Jahr 2019 ohne diese Bedarfskorrektur leicht zugenommen. Ab dem Jahr 2020 werden die Ergebnisse der Prognose dargestellt, wobei die orangen Balken das Hauptszenario abbilden und die schwarzen Striche das Minimal- und Maximalszenario darstellen. Im Hauptszenario ist für die Jahre 2020 bis 2032 mit einer Zunahme der Fallzahlen um 23,9 Prozent zu rechnen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 1,7 Prozent und ist damit etwas tiefer als die beobachtete Fallzunahme 2012 bis 2019 von 2,4 Prozent pro Jahr. Die schwarzen Striche zeigen, dass die Spannweite zwischen Minimal- und Maximalszenario relativ klein ausfällt, da die Demografie als deutlich wichtigster Einflussfaktor in allen drei Szenarien gleich ist.

Abbildung E19: Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032



Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.2 Prognose nach Leistungsbereichen

Die Abbildung E20 zum Prognoseergebnis nach SPLB zeigt zunächst die Anzahl der Austritte im Jahr 2019 und weist in den weiteren Spalten die Ergebnisse der Bedarfsprognose in drei Szenarien aus (vgl. Kapitel E 2.1.2.1 zu den Grundsätzen der Bedarfsprognose). Im Hauptszenario rechnet die Gesundheitsdirektion bis ins Jahr 2032 mit einer Zunahme der stationären Austritte in der Rehabilitation um 23,9 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von aktuell rund 11 700 auf 14 500 Austritte. Es gilt, diesen Bedarf der Zürcher Wohnbevölkerung durch die Vergabe der Leistungsaufträge zu decken. Im Maximalszenario sind es 31,7 Prozent (+3700 Austritte) und im Minimalszenario 16,3 Prozent (+1900 Austritte). In den meisten SPLB erwartet die Gesundheitsdirektion eine Zunahme um rund 20 Prozent. Ein deutlich stärkeres Wachstum der Fallzahlen gibt es im SPLB «Muskuloskeletale Rehabilitation» mit 30 Prozent. Einerseits wird aufgrund der Zunahme von Hüft- und Knieprothesenrevisionsoperationen eine Zunahme anschliessender Rehabilitationsbehandlungen erwartet. Andererseits weist dieser SPLB mit 72 Jahren das höchste Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten auf. Deshalb wirkt die zunehmende Alterung der Bevölkerung in diesem Bereich noch etwas stärker. Der umgekehrte Effekt zeigt sich beim SPLB «Somatoforme Rehabilitation». Hier liegt das Durchschnittsalter bei 50 Jahren und damit deutlich tiefer als in allen anderen SPLB. Die zunehmende Alterung hat deshalb auf diesen SPLB keinen Effekt und es resultiert eine deutlich tiefere Zunahme der Austritte von 7 Prozent.

Abbildung E20: Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032

SPLB	Austritte 2019	Hauptszenario		Maximalszenario		Minimalszenario	
		Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung	Austritte 2032	Veränderung
Muskuloskelettal	4 838	6 288	30,0%	6 826	41,1%	5 683	17,5%
Neurologisch	3 065	3 646	19,0%	3 814	24,4%	3 517	14,7%
Kardiovaskulär	1 554	1 887	21,4%	1 974	27,0%	1 821	17,2%
Pulmonal	775	923	19,1%	964	24,4%	891	15,0%
Internistisch und onkologisch	1 355	1 638	20,9%	1 713	26,4%	1 580	16,6%
Somatoform	128	137	7,0%	141	10,2%	134	4,7%
Nicht zuteilbar	25	30	20,0%	31	24,0%	29	16,0%
Total Kanton Zürich	11 740	14 549	23,9%	15 463	31,7%	13 655	16,3%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E21 enthält die Anzahl Pflgetage nach SPLB für die Jahre 2019 und zeigt die Entwicklung der Pflgetage in den drei Szenarien. Die Pflgetage nehmen im Hauptszenario bis 2032 um 19,6 Prozent zu. Das Maximalszenario erwartet eine Zunahme um 30 Prozent und das Minimalszenario eine Zunahme um 4 Prozent. Damit nehmen die Pflgetage etwas weniger stark zu als die Austritte. Grund dafür ist, dass das Modell im Hauptszenario eine leichte Reduktion der MAHD erwartet.

Abbildung E21: Prognoseergebnis nach SPLB, Pflgetage 2019 und 2032

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.3 Prognose nach Altersgruppen

Abbildung E22 zeigt die Ergebnisse der Prognose der Austritte, mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) und Pflgetage nach Altersgruppen. Im Prognosemodell Rehabilitation gibt es, abgesehen vom Einflussfaktor geriatrische Rehabilitation, keinen Einflussfaktor, der nach Altersgruppen differenziert festgelegt wird. Jedoch spielt das Alter bei der Berechnung des demografischen Effekts eine entscheidende Rolle. Aufgrund der bereits mehrfach erwähnten Alterung der Bevölkerung überrascht es nicht, dass in der Altersgruppe der über 75-Jährigen das stärkste Wachstum der Fallzahlen (+33%) erwartet wird. Die zweithöchste Zunahme (+24%) wird für die ebenfalls stark wachsende Bevölkerungsgruppe der 60- bis 74-Jährigen erwartet. Dagegen wird in den anderen drei Altersgruppen eine deutlich schwächere Fallzunahme angenommen. Es ist zu beachten, dass rund drei Viertel aller stationär behandelten Personen in den Altersgruppen 60 bis 74 Jahre sowie 75 Jahre und älter sind.

Die MAHD nimmt bei allen Altersgruppen leicht ab. Bis 2032 erwartet die Gesundheitsdirektion im Hauptszenario eine Abnahme um knapp 4 Prozent. Im Maximalszenario sinkt die MAHD um 1 Prozent und im Minimalszenario um 10 Prozent.

Abbildung E22: Prognoseergebnis nach Altersgruppen

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2.4 Prognose nach Wohnregionen

Abbildung E23 enthält die Prognoseergebnisse nach Wohnregion. Die Wohnregionen sind im Kapitel E 2.1.1.3 dargestellt. Da die demografische Entwicklung in den Wohnregionen unterschiedlich ist, unterscheidet sich auch die Entwicklung der Austritte, MAHD und Pflgetage in den Wohnregionen. In der Wohnregion Zürich steigen die Fallzahlen deutlich weniger stark als zum Beispiel in der Region Oberland. Der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre beträgt 2019 in der Wohnregion Zürich 20,1 Prozent und steigt bis 2032 moderat an auf 21,1 Prozent. Zum Vergleich: In der Region Oberland beträgt er 2019 24,8 Prozent und steigt bis 2032 auf 29,1 Prozent. Die Entwicklung in den anderen Regionen bewegt sich zwischen diesen beiden Werten.

Abbildung E23: Prognoseergebnis nach Wohnregionen

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

Quelle: Eigene Darstellung

2.4 Zu- und Abwanderungen im Kanton Zürich

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

2019 wurden 8505 Zürcher Patientinnen und Patienten in anderen Kantonen stationär behandelt. Demgegenüber stehen 767 ausserkantonale Patientinnen und Patienten, die in Zürcher Spitälern behandelt wurden (s. Abbildung E24). Dazu kommen 38 ausländische Patientinnen und Patienten. Der Wanderungssaldo des Kantons Zürich ist für alle Spitalleistungsbereiche der Rehabilitation negativ. Mit anderen Worten, in allen SPLB lassen sich mehr Zürcherinnen und Zürcher ausserkantonal behandeln, als dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt werden. Der Wanderungssaldo beträgt insgesamt -7700 Austritte. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass aufgrund des fehlenden innerkantonalen Leistungsangebotes bei der Erstellung der geltenden Spitalliste Rehabilitation ein grosser Teil des Zürcher Bedarfs durch ausserkantonale Leistungsangebote abgedeckt werden musste.

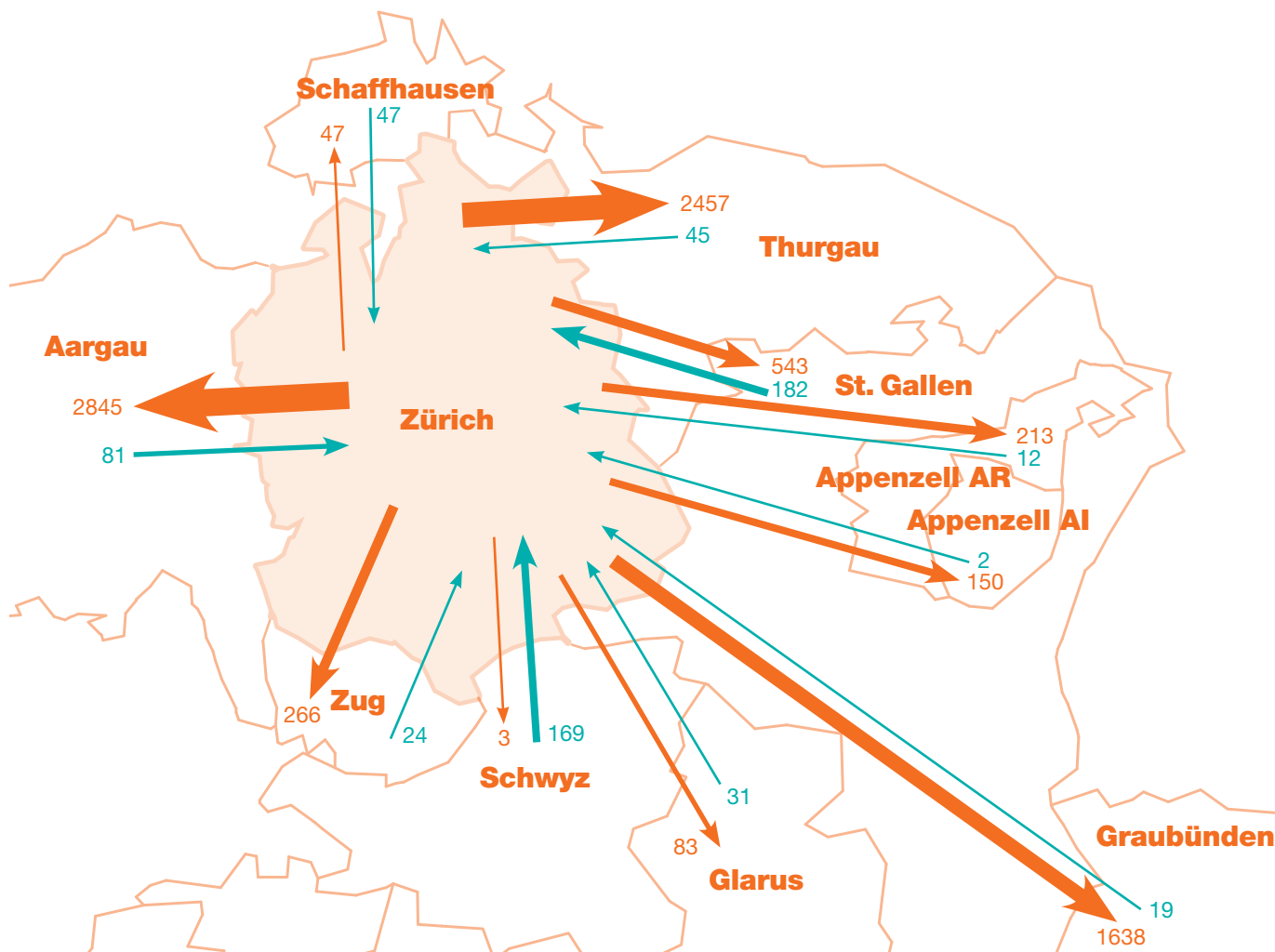
Abbildung E24: Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung E25 zeigt die interkantonale Patientenmigration mit den Nachbarkantonen sowie weiteren Kantonen der GDK-Ost. Von den 8505 Zürcher Patientinnen und Patienten, die sich ausserkantonal in einer Rehabilitationsklinik behandeln lassen, werden 2845 im Kanton Aargau, 2457 im Kanton Thurgau und 1638 im Kanton Graubünden behandelt. Total entspricht dies rund 6900 Austritten und somit über 80 Prozent aller ausserkantonal behandelten Zürcherinnen und Zürcher. In den anderen in der Abbildung E25 dargestellten Kantonen werden deutlich weniger Zürcherinnen und Zürcher behandelt.

Abbildung E25: Interkantonale Patientenmigration 2019



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung E26 zeigt die Zuwanderung aus den Nachbarkantonen nach SPLB. Die Kantone St. Gallen (182 Austritte) und Schwyz (169 Austritte) sind die einzigen Kantone, aus denen im Jahr 2019 mehr als 100 Patientinnen und Patienten für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in den Kanton Zürich kamen. Die Zuwanderung aus den anderen Nachbarkantonen betrug zwischen 24 und 81 Austritten. Aus den weiteren Kantonen liessen sich 219 Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandeln.

Abbildung E26: Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019

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

Quelle: Eigene Darstellung

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

3. Evaluationskriterien

3.1 Anforderungen im Allgemeinen

Die bundesrechtlichen Planungskriterien schreiben den Kantonen vor, den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen (vgl. Kapitel B 2.2). Die Gesundheitsdirektion verzichtet in der Rehabilitation auf eine Evaluation anhand von Ergebnisqualitätsindikatoren, da in diesem Bereich bis anhin schweizweit verbindliche Messkriterien oder Messzeitpunkte für die Ergebnisindikatoren weitgehend fehlen. Damit einhergehend beurteilt sie das Risiko allokativer Fehlentscheide als zu gross.

Deshalb wird im Rahmen der Evaluation der Qualität wie bisher grundsätzlich auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt. Die Gesundheitsdirektion legte folglich Standards fest, welche die notwendige Qualität aller Listenspitäler sicherstellen sollen. Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind den generellen, den weitergehenden generellen und den leistungsspezifischen Anforderungen zu entnehmen.¹² Zusammen mit Expertinnen und Experten sowie mittels Literaturanalyse wurden zweckmässige Anforderungen definiert, die eine sinnvolle und objektive Evaluation ermöglichen. Dabei sind generelle und leistungsgruppenspezifische Anforderungen zu erfüllen. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben gemäss Selbstdeklaration durch die Bewerberin bzw. den Bewerber berücksichtigt und im Rahmen von Audits auch nach Erteilung eines Leistungsauftrages überprüft.

3.2 Evaluationskriterium Qualität

Die generellen und weitergehenden generellen Anforderungen stellen ein zentrales Element der Zürcher Spitalplanung 2023 dar. Die generellen Anforderungen regeln die Grundvoraussetzungen bzw. -anforderungen, die jeder Leistungserbringer erfüllen muss, um sich für einen Spitalistenplatz qualifizieren zu können. Sie schaffen somit eine erste Eintrittshürde für die Zürcher Spitalliste. Die generellen Anforderungen enthalten einen allgemeingültigen Teil, in dem unter anderem Vorgaben zum Versorgungsauftrag, zur Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zur Datenlieferung gemacht werden. Diese Anforderungen sind unabhängig vom Leistungsspektrum zu erfüllen. Wichtige Neuerungen betreffen vor allem Vorgaben im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement (z. B. Qualitäts- und Risikomanagement, Qualitätsmessungen, Hygiene, Heilmittel) und der Optimierung von Schnittstellen (z. B. Ein- und Austrittsmanagement einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung; integrierte Versorgung).

Ergänzend ist der fachspezifische Teil zur Rehabilitation enthalten, der zusätzliche Qualitätsanforderungen im Bereich Rehabilitation festhält (z. B. Therapieplanung oder Personalvorgaben). Dieser fachspezifische Teil ist von den leistungsspezifischen Anforderungen (vgl. Kapitel E 3.5) abzugrenzen, da die Vorgaben unabhängig vom Leistungsauftrag für alle Leistungserbringer eines Fachbereichs gelten. Die weitergehenden generellen Anforderungen enthalten Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung wie auch zu Mindestfallzahlen pro Spital bzw. Operateurin und Operateur sowie zu Mindestpflegetagen.

3.3 Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss nach KVG neben Betriebsvergleichen zur Qualität auch auf Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). In Art. 58b Abs. 5 Bst. a KVV wird den Kantonen vorgeschrieben, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. Gemäss Rechtsprechung müssen diese Betriebsvergleiche basierend auf Kosten vorgenommen werden (Bundesverwaltungsgericht Verfahren C-6088 / 2011 E. 6.4). Des Weiteren bestehen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 18. Mai 2018 bzw. vom 27. Juni 2019. Darin wird unter anderem die Methodik der Herleitung der Datengrundlage definiert und die wirtschaftliche Stabilität als weiteres Kriterium zur Beurteilung der langfristigen Wirtschaftlichkeit aufgeführt. Auch § 5 Abs. 1 lit. h SPFG verlangt neu, dass die wirtschaftliche Stabilität des Spitals und Geburtshauses für die Dauer des Leistungsauftrags sichergestellt ist.

¹² Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

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

Kosteneffizienz

Die Effizienz wird anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerberinnen und Bewerbern evaluiert. Die Kostenbasis wird gemäss den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung hergeleitet und ins Verhältnis zu den Pflegetagen gesetzt. Die Tageskosten werden pro Leistungsbereich berechnet. Eine Schweregradbereinigung der Tageskosten 2019 ist aufgrund einer zu diesem Zeitpunkt noch fehlenden einheitlichen Tarifstruktur in der Rehabilitation nicht möglich. Deshalb sind Betriebsvergleiche nur bedingt aussagekräftig. Die Tageskosten der einzelnen Leistungserbringer werden im Zweifelsfall individuell analysiert und evaluiert.

Als Basis für den Effizienzvergleich dienen die fallbezogenen Daten der Kostenträgerrechnung (KTR), die mit der Medizinischen Statistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS) verknüpfbar sind. Anstelle der KTR-Daten werden bei ausserkantonalen Bewerberinnen und Bewerbern die Kostendaten auf Betriebsebene gemäss ITAR_K herangezogen. Grundlage für die Evaluation der Kosteneffizienz ist das Datenjahr 2019. Nebst dem Datenbestand der Gesundheitsdirektion werden auch Daten aus dem Datenpool der GDK verwendet, in dem die von den Standortkantonen erhobenen Kostendaten der Leistungserbringer mit einem kantonalen Leistungsauftrag allen Kantonen für Analysezwecke im Rahmen der Spitalplanung und -finanzierung zur Verfügung gestellt werden.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist die finanzielle Stabilität der potenziellen Leistungserbringer essentiell. Liquiditätsengpässe können so vermieden oder überbrückt werden. Für die Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität während der Geltungsdauer der neuen Spitalliste werden drei betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Die EBITDAR-Marge dient als Kennzahl für die Profitabilität. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können. Die Eigenkapitalquote dient als Kennzahl für die Sicherheit und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern. Die Reservequote dient als Kennzahl für längerfristige wirtschaftliche Stabilität. Sie setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Gesamtaufwand. Wird dieses Verhältnis mit zwölf multipliziert, weist die Kennzahl aus, für wie viele Monate das Eigenkapital den Aufwand abdecken kann, sollten die Einnahmen ausfallen.

Langfristige Liquiditätsplanung

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

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

Neubewerbungen

Bisherige Kliniken, die sich auf ein bis anhin noch nicht angebotenes Leistungsspektrum beworben haben, und Neubewerbende ohne Spital werden anhand von Plandaten evaluiert. Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, stationäre Austritte und Pflagestage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert und Tagespauschalen). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert neben der Liquiditätsplanung und den Planungsgrundlagen auf einer Plankostenrechnung (Kostenarten nach REKOLE-Nomenklatur) für den stationären Bereich sowie einer Planerfolgsrechnung für den gesamten Betrieb. Die Prüfung wird im Sinne einer Plausibilisierung der Daten vorgenommen.

3.4 Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Auf die Evaluation der zeitlichen Erreichbarkeit wird in der Rehabilitation verzichtet. Die zeitliche Erreichbarkeit als hartes Kriterium ist im Wesentlichen relevant für die Notfallversorgung (Spitalnotfallstation oder Psychiatrie mit Akut- und Vollversorgung). Die Eintritte in die Rehabilitationskliniken erfolgen hingegen geplant und nach vorgängiger Kostengutsprache des Krankenversicherers. Es gilt stattdessen, den in der Rehabilitationsstrategie grundsätzlich definierte Versorgungsbedarf für die Zürcher Bevölkerung an akutspital- und wohnortsnahen Versorgungsstrukturen in Ergänzung zu den bisherigen zumeist wohnorts- und akutspitalfernen Versorgungsangeboten zu beachten (s. Kapitel B 3.2).

3.5 Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation

Zusätzlich zu den generellen Anforderungen müssen die Bewerberinnen und Bewerber je nach Leistungsgruppen, die sie anbieten, leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen beziehen sich auf das eingesetzte Personal, den Notfalldienst, die rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die bauliche und infrastrukturelle Ausstattung der Klinik. Die leistungsspezifischen Anforderungen sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion im Einzelnen dargestellt.¹³

¹³ Die leistungsspezifischen Anforderungen sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>.

4. Bewerbungsverfahren und Übersicht definitive Bewerbungen

4.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Im Februar 2021 wurden die Leistungserbringer im Rahmen der Dialog-Veranstaltung¹⁴ über die Inhalte des Versorgungsberichtes zur Spitalplanung 2023 informiert. An dieser Veranstaltung wurden der Ablauf des Bewerbungsverfahrens, die Evaluationskriterien sowie die Bewerbungsplattform erläutert. Sämtliche Fristen zum Bewerbungsverfahren wurden zudem mit Publikation vom 24. Februar 2021 im Amtsblatt des Kantons Zürich festgehalten. Das Bewerbungsverfahren dauerte vom 1. Juli 2021 bis zum 14. September 2021. Da die Vergabe eines Leistungsauftrages je Standort erfolgt und die Anforderungen der Gesundheitsdirektion ebenfalls je Standort formuliert sind, musste sich jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben, und zwar unabhängig von allfälligen Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstigen vertraglicher Verpflichtungen.

Im Fachbereich Rehabilitation haben sich 33 Spitäler und Kliniken um einen Leistungsauftrag beworben. Neben sämtlichen bisherigen Leistungserbringern haben sich auch Spitäler und Kliniken beworben, die bisher nicht auf der Zürcher Spitalliste figurierten. Darunter sind sowohl Privatkliniken als auch ausserkantonale Spitäler zu finden.

Die Gesundheitsdirektion unterzog alle Bewerbungen einer kritischen Prüfung. Eine Mehrheit der Bewerbungen enthielt noch Unstimmigkeiten oder Unvollständigkeiten, weshalb die Gesundheitsdirektion mit allen Bewerberinnen und Bewerbern eine persönliche Besprechung durchführte, um ihnen die Bereinigung ihrer Bewerbung zu ermöglichen. Alle Bewerberinnen und Bewerber haben diese Möglichkeit genutzt. Die Besprechungen fanden in den Monaten November und Dezember 2021 statt. Als Vorbereitung und als Diskussionsgrundlage für die Gespräche wurde den Bewerberinnen und Bewerbern jeweils vorab ein strukturierter Fragekatalog zur jeweiligen Bewerbung zugestellt. In den Gesprächen wurde von der Gesundheitsdirektion insbesondere die Plausibilität der in der Bewerbung gemachten Angaben überprüft und die Leistungserbringer wurden darauf sensibilisiert, dass ein zukünftiger Leistungsauftrag auch eine Leistungspflicht gegenüber allen Patientinnen und Patienten in Bezug auf das gesamte Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe fordere. Ziel war, dass sich die Leistungserbringer nur für diejenigen Leistungsgruppen bewerben, welche sie auch nachhaltig anbieten können. Die Bewerberinnen und Bewerber erhielten die Gelegenheit, ihre Bewerbung ganz oder in einzelnen Bereichen zu überdenken, bei Bedarf anzupassen und/oder zurückzuziehen.

¹⁴ Die Unterlagen der Dialog-Veranstaltung sind abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#1883820548>

4.2 Übersicht der definitiven Bewerbungen

Das Bewerbungsverfahren war für die Gesundheitsdirektion und die Bewerberinnen und Bewerber mit viel Aufwand verbunden, konnte aber mit einem insgesamt positiven Fazit abgeschlossen werden. Das transparente Vorgehen, der Austausch während der Bewerbungsphase und die gemeinsame Besprechung mit der Möglichkeit, eigene Standpunkte einzubringen und mit der Gesundheitsdirektion zu diskutieren, wurden von den Bewerberinnen und Bewerbern geschätzt. Die Gespräche mit den Bewerberinnen und Bewerber erlebte die Gesundheitsdirektion als konstruktiv; die Bewerberinnen und Bewerber brachten zudem einige wertvolle Anregungen ein.

Am Ende des Bewerbungsverfahrens liegen der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich im Bereich der Rehabilitation folgende definitiven Bewerbungen für die Zürcher Spitalliste 2023 vor (vgl. Abbildung E27).¹⁵

Es haben sich 33 Rehabilitationskliniken im Bereich der Erwachsenenrehabilitation für einen Listenplatz beworben. Sie haben über 170 Bewerbungen für eine Leistungsgruppe eingereicht und über 30 Bewerbungen im Querschnittsbereich für einen Leistungsauftrag geriatrische Rehabilitation und/oder überwachungspflichtige Rehabilitation. Acht von diesen Bewerbungen sind geplante Projekte, davon zwei mit ausserkantonalem Standort. Bei den bestehenden Rehabilitationskliniken verfügen fünf über ein Leistungsvolumen unter 50 Betten, vier Rehabilitationskliniken sind ausgestattet mit zwischen 50 bis 100 Betten und elf Kliniken verfügen zwischen 100 bis 200 Betten. Lediglich drei Rehabilitationskliniken haben ein Leistungsvolumen von über 200 Betten, wobei zwei davon spezialisierte Zentren sind.

22 Bewerberinnen sind eher spezialisierte Kliniken und bieten Leistungen aus maximal ein oder zwei Leistungsbereichen an. Sechs Rehabilitationskliniken bewerben sich um Leistungsaufträge aus drei oder vier Leistungsbereichen und vier Bewerberinnen um Aufträge aus mehr als vier Leistungsbereichen. Damit kann festgehalten werden, dass das rehabilitative Leistungsspektrum zahlreicher Kliniken fokussiert ist. Mit Ausnahme eines geplanten Projektes planen insbesondere die Rehabilitationskliniken mit weniger als 100 Betten Patientinnen und Patienten in maximal drei Leistungsgruppen zu behandeln.

Für die pädiatrische Rehabilitation hat sich ausschliesslich die Kinder-Reha Schweiz des Universitäts-Kinderspital Zürich mit einer Ausnahme für alle Leistungsgruppen in den sechs Leistungsbereichen beworben.

¹⁵ Einen umfassenden Überblick über die Zürcher Kliniklandschaft der Rehabilitation geben die Kenndaten 2019. Nebst den Tabellen zum Personal und zur Finanzbuchhaltung beinhalten sie Informationen zu den Fallzahlen, Pflegetagen und den Merkmalen der Patientinnen und Patienten sowie Angaben zur Aufenthaltsdauer und Bettenbelegung. Zudem ist ersichtlich, wo Zürcher Patientinnen und Patienten stationär versorgt werden. Die Kenndaten sind abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/daten-statistiken-spitaeler.html#-783795183>

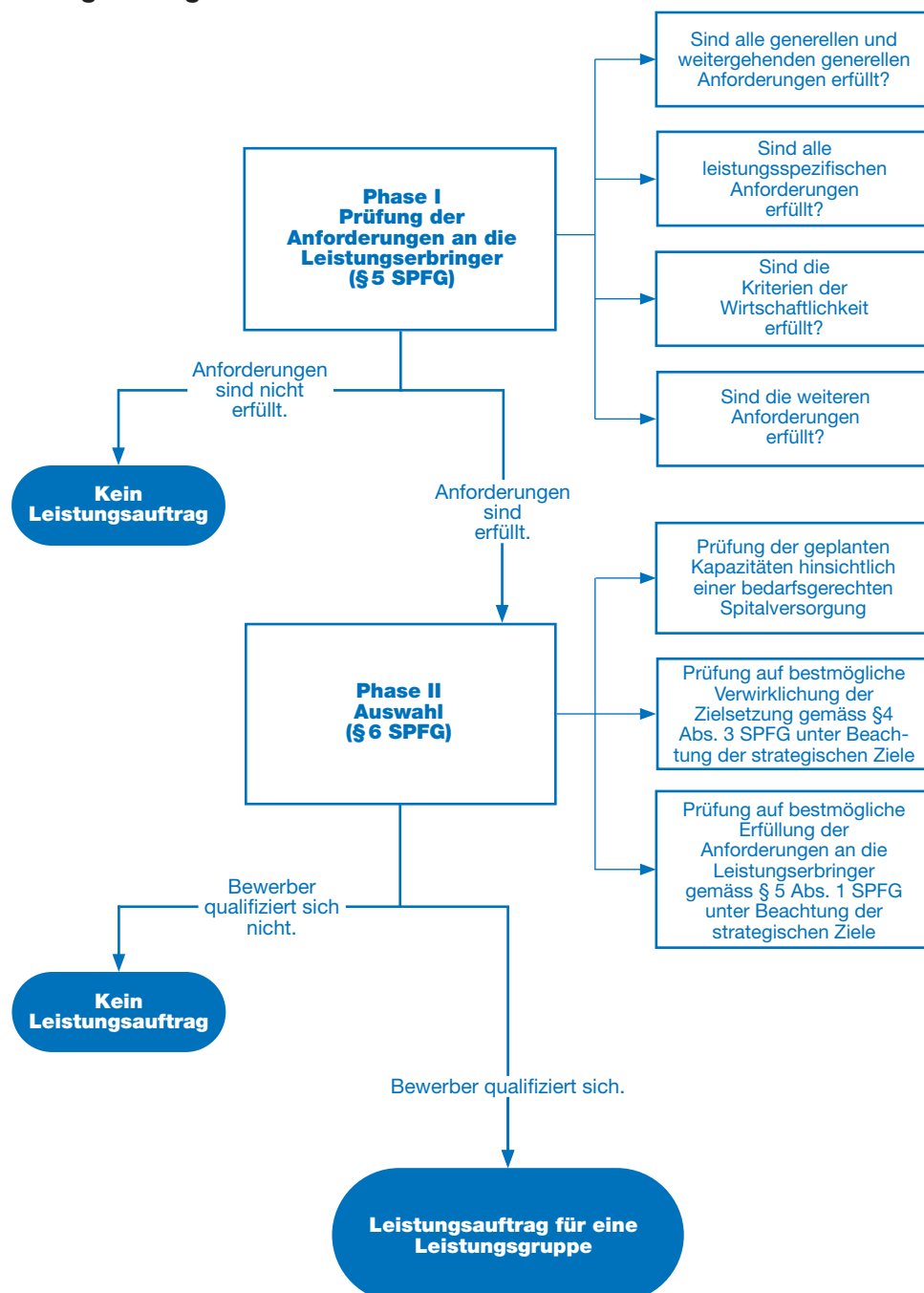
5. Evaluationsverfahren

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

5.1 Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Bewerberinnen und Bewerber gemäss den in Kapitel E 3 thematisierten Kriterien evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren bzw. das prozessuale Vorgehen in der Vergabe der Leistungsaufträge ist in Abbildung E28 dargestellt.

Abbildung E28: Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge



Quelle: Eigene Darstellung

Die Leistungsaufträge sind im Grundsatz auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet, können aber in bestimmten Fällen auf eine kürzere Geltungsdauer befristet erteilt werden (§ 8 SPFG).

Grundsätzlich erteilt der Regierungsrat definitive Leistungsaufträge, die in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst bzw. entzogen werden, wenn ein Spital die qualitativen Anforderungen nicht mehr erfüllt. In bestimmten Fällen werden jedoch bedingte und/oder provisorische Leistungsaufträge erteilt (vgl. Box).

Bedingungen für bedingte und provisorische Leistungsaufträge

Bedingte Leistungsaufträge

Die Aufnahme des Betriebs als Spital bzw. Klinik erfordert das Vorliegen einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung (§ 35 Abs. 1 i.V.m. § 3 Gesundheitsgesetz). In diesem Sinne setzt ein kantonaler Leistungsauftrag bzw. ein Platz auf der Spitalliste voraus, dass das Spital bzw. die Klinik eine entsprechende Bewilligung innehat. Verfügt ein Spital bzw. eine Klinik zum Zeitpunkt der Erteilung des Leistungsauftrags noch nicht über eine Betriebsbewilligung, weil das Spital bzw. die Klinik erst zu einem späteren Zeitpunkt in Betrieb genommen werden soll, erfolgt eine Erteilung des Leistungsauftrags nur unter der Bedingung, dass eine Betriebsbewilligung spätestens in dem Zeitpunkt vorliegt, auf den der Leistungsauftrag erteilt wird. Der Leistungsauftrag fällt dahin bzw. tritt nicht in Kraft, wenn das Spital bzw. die Klinik zum fraglichen Zeitpunkt keine Betriebsbewilligung innehat.

Provisorische Leistungsaufträge

Die festgelegten Mindestfallzahlen/-pflegetage sollten von den Spitälern bzw. Kliniken grundsätzlich ab 1. Januar 2023 kontinuierlich erreicht werden. Wenn die Mindestfallzahlen/-pflegetage aktuell trotz eines bereits bestehenden Leistungsauftrags nicht erreicht werden oder sich ein Spital neu für einen Leistungsauftrag bewirbt, kann ein provisorischer Leistungsauftrag für längstens vier Jahre bis 31. Dezember 2026 erteilt werden. Dabei gilt das erste Jahr der Tätigkeit unter der neuen Spitalliste, also das Jahr 2023, als «Aufbaujahr». Ein definitiver Leistungsauftrag kann nur erteilt werden, wenn das Spital bzw. die Klinik die verlangten Fallzahlen/Pflegetage in der Summe der beiden darauffolgenden Kalenderjahre 2024 und 2025 erreicht. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, wird im Jahr 2026 mit Blick auf die Aktualisierung der Spitalliste auf den 1. Januar 2027 beurteilt.

Nimmt ein Spital bzw. eine Klinik den Betrieb erst nach dem 1. Januar 2023 auf, kann ab diesem späteren Zeitpunkt für längstens vier Jahre ein provisorischer Leistungsauftrag erteilt werden. Die Beurteilung der Fallzahlen/Pflegetage erfolgt wie vorstehend ausgeführt («Aufbaujahr», darauffolgend zwei relevante Kalenderjahre, Beurteilungsjahr). Ist die Betriebsaufnahme unterjährig geplant, verkürzt sich das «Aufbaujahr» entsprechend.

Für die Beurteilung der Frage, ob die Mindestfallzahlen/-pflegetage auf den 1. Januar 2023 erreicht sind, wird auf die Summe der Jahre 2019 und 2021 abgestellt. Die Fallzahlen/Pflegetage des Jahres 2020 werden aufgrund der Pandemie nicht einbezogen.

Hinweis: In den Querschnittsbereichen der Spitalliste Rehabilitation 2023 sind keine Mindestfallzahlen bzw. Mindestpflegetage vorgegeben. Da ein Leistungsauftrag für einen Querschnittsbereich mindestens einen Leistungsauftrag eines Leistungsbereichs voraussetzt, führt ein provisorischer Leistungsauftrag eines Leistungsbereichs stets auch zu einem provisorischen Leistungsauftrag für den in Kombination erteilten Querschnittsbereich. Wird mindestens ein Leistungsauftrag eines Leistungsbereichs definitiv erteilt, kann auch der Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich definitiv erteilt werden.

5.2 Prüfung der Anforderungen an die Leistungserbringer

In Phase I wird geprüft, ob die Leistungserbringer die Anforderungen an die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit sowie die weiteren in § 5 Abs. 1 SPFG genannten Voraussetzungen auf Betriebsebene und Ebene der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten. Erfüllt eine Bewerberin oder ein Bewerber die Anforderungen nur teilweise oder gar nicht, qualifiziert er sich nicht für einen definitiven Leistungsauftrag für die betreffende SPLG. Unter gewissen Voraussetzungen können jedoch befristete oder provisorische Leistungsaufträge erteilt werden (vgl. Kapitel E 5.1 und E 5.3).

5.2.1 Prüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen

Die Überprüfung der generellen und weitergehenden generellen Anforderungen hat ergeben, dass die meisten Bewerberinnen und Bewerber bereits heute den Grossteil der entsprechenden Vorgaben an ein Listenspital erfüllen.

Einzelne Spitäler müssen aber beispielsweise noch Behandlungskonzepte oder Standard Operating Procedure [SOP] als Grundlage für die medizinische Versorgung erstellen und implementieren, andere ihre Jahresrechnung noch gemäss einem der Standards Swiss GAAP FER, IPSAS oder IFRS erstellen und revidieren lassen.

Neue Bewerberinnen und Bewerber erfüllen die Anforderungen teilweise noch nicht ab dem 1. Januar 2023, sondern erst mit Eröffnung ihres neuen Standorts.

Sämtliche Bewerberinnen und Bewerber haben zugesichert, die entsprechenden Vorgaben spätestens ab 1. Januar 2023 oder ab geplanter Eröffnung ihres neuen Standorts erfüllen zu können.

Die Arbeitsgruppe zur Aktualisierung des Konzeptes der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen für Listenspitäler war zwischenzeitlich sistiert. Die Gesundheitsdirektion hat die Weiterentwicklung des Konzepts wieder aufgenommen. Die Arbeiten sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Ein definitives Konzept wird bis zum Sommer 2022 erwartet. Die Erfüllung der Anforderung wird entsprechend zu diesem späteren Zeitpunkt überprüft.¹⁶

5.2.2 Prüfung der leistungsspezifischen Anforderungen

Zusätzlich zu den generellen und weitergehenden generellen Anforderungen müssen die Bewerberinnen und Bewerber im Fachbereich Rehabilitation leistungsspezifische Anforderungen erfüllen. Eine Erläuterung zu den einzelnen Bewerbern erfolgt lediglich dann, wenn die entsprechenden leistungsspezifischen Anforderungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind. Die Prüfung der eingegangenen Bewerbungen hat ergeben, dass alle Bewerberinnen und Bewerber die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen.

5.2.3 Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Damit die Wirtschaftlichkeit der Bewerberinnen und Bewerber aussagekräftig beurteilt werden kann, wurden die im Kapitel E 3.3 erläuterten Analysen zur Kosteneffizienz und wirtschaftlichen Stabilität durchgeführt. Die Analyse der wirtschaftlichen Stabilität identifiziert die für einen Leistungsauftrag aus finanzieller Sicht langfristig geeigneten Leistungserbringer. Zusammen mit der Evaluation der Kosteneffizienz bildet dies die Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit.

Die Datenbasis ist bei Kliniken mit Ist-Daten (bisherige Leistungserbringer) und Kliniken mit Plankosten nicht dieselbe. Während die Plandaten auf Schätzungen basieren, entsprechen die Ist-Kosten effektiv angefallenen Kosten. Deshalb wurden Bewerberinnen und Bewerber mit Ist-Kosten und diejenigen mit Plandaten im Rahmen der Evaluation der Kosteneffizienz separat beurteilt.

Wirtschaftliche Stabilität

Um die Versorgungssicherheit auch langfristig gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, dass die Kliniken auf der kantonalen Spitalliste bzw. die dahinterstehenden Körperschaften finanziell gut aufgestellte Unternehmen sind. Die wirtschaftliche Stabilität wurde anhand der EBITDAR-Marge, der Eigenkapital- und der Reservequote evaluiert. Für die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität sind Richtwerte definiert worden. Die EBITDAR-Marge sollte nicht unter 8 Prozent liegen. Der Richtwert für die Eigenkapitalquote liegt bei 30 Prozent und derjenige für die Reservequote bei drei Monaten.

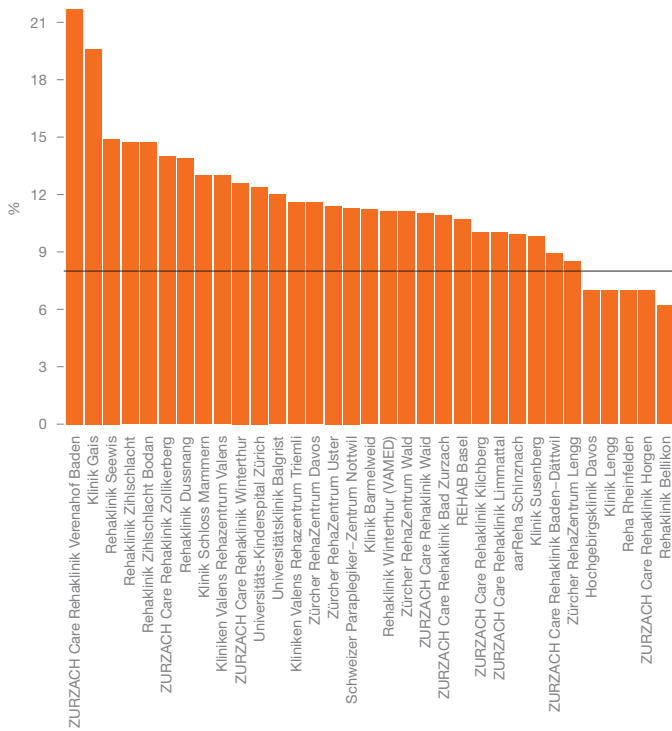
Wie in Abbildung E29 ersichtlich erfüllt die Mehrheit der Kliniken alle drei Kriterien. Kliniken mit allen drei Kennzahlen über dem Richtwert wurden als geeignete Leistungserbringer hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Stabilität eingestuft. Kliniken mit mindestens einer Kennzahl unter

¹⁶ Siehe dazu «Anhang zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen» und «Konzept zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen» abrufbar unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023.html#-1169771810>

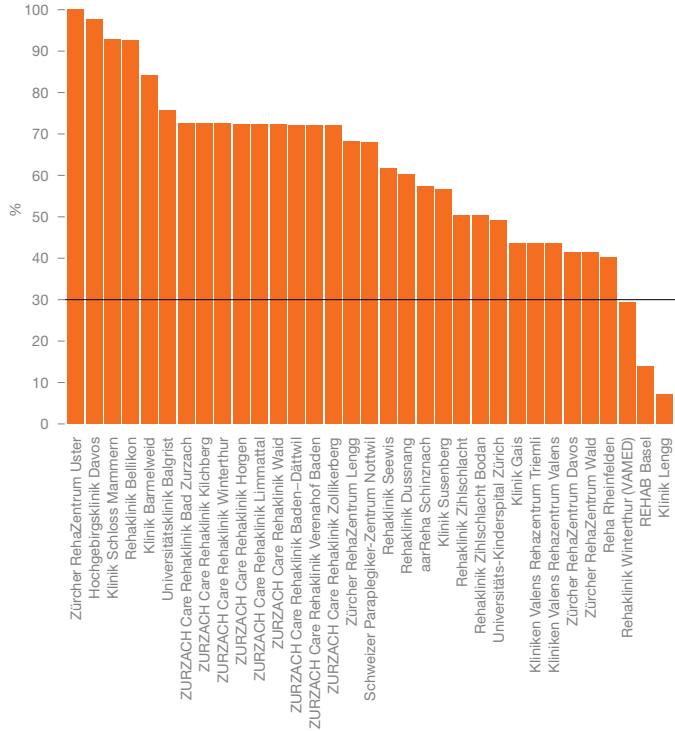
dem Richtwert wurden mit Vorbehalt als geeignet eingestuft. Bei diesen Kliniken wurden die Entwicklung der Kennzahlen, die Liquiditätsplanung und die zugrundeliegenden Annahmen geprüft. Allfällige Rückfragen wurden im Rahmen der Bewerbungsgespräche thematisiert. Sämtliche Kliniken konnten plausible Gründe nennen, weshalb die ausgewählten Indikatoren unter den Richtwerten liegen. Nach abgeschlossenem Bewerbungs- und Evaluationsverfahren können alle Kliniken als wirtschaftlich stabil eingestuft werden.

Abbildung E29: Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Durchschnitt 2023–2032)

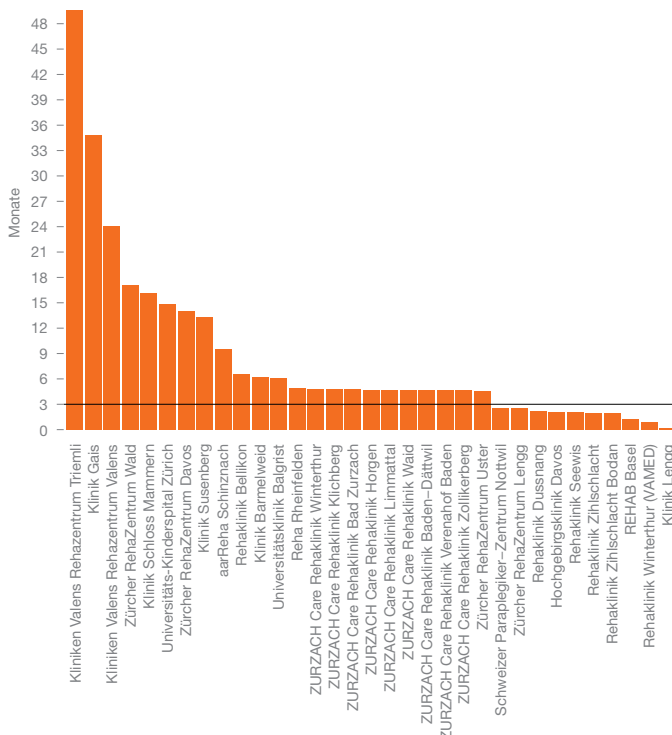
EBITDAR-Marge



Eigenkapitalquote



Reservequote



Quelle: Eigene Darstellung

Kosteneffizienz

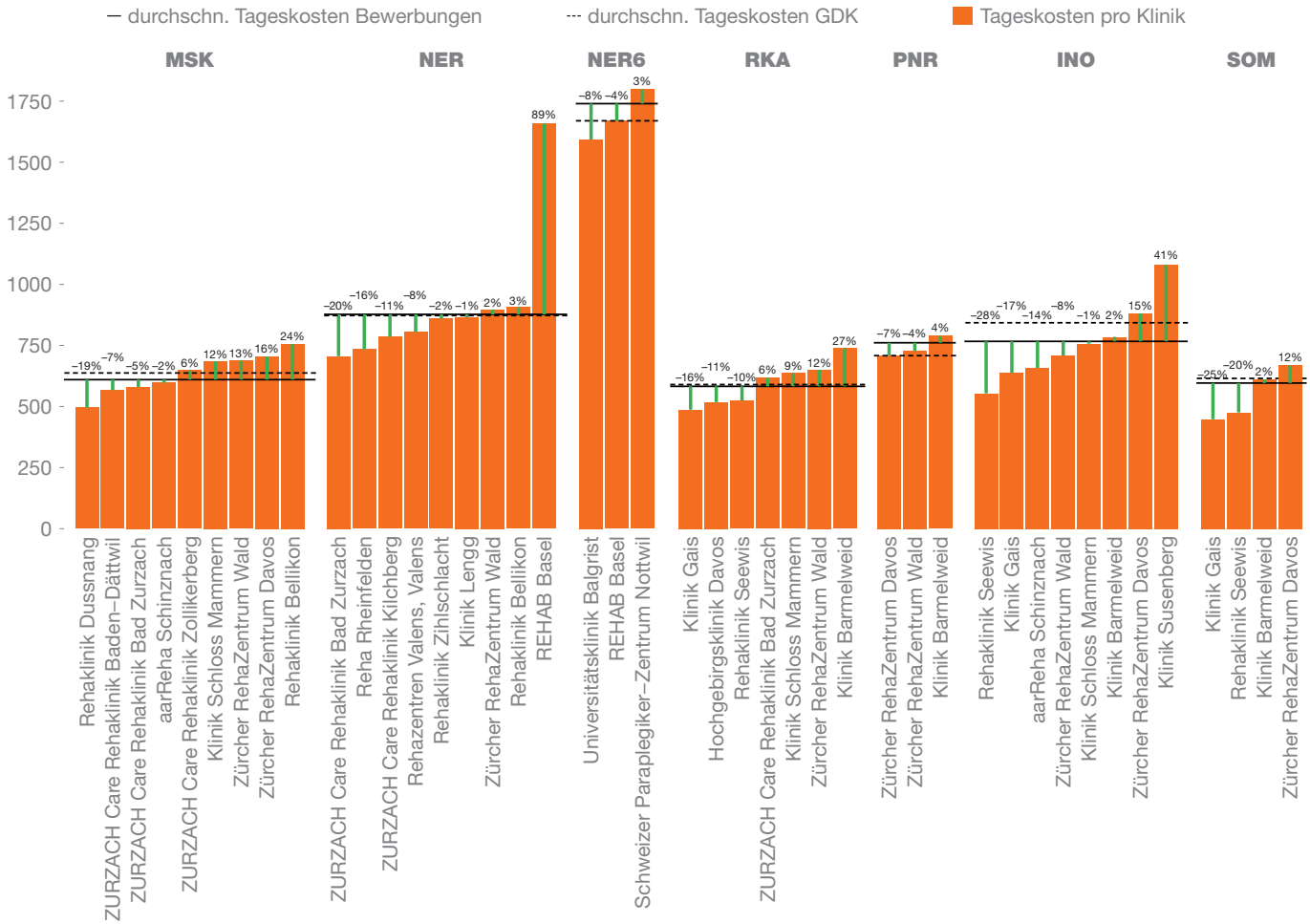
Im Bereich der Rehabilitation ist einem aussagekräftigen Kostenvergleich Grenzen gesetzt. Im Gegensatz zur Akutsomatik und Psychiatrie steht in der Rehabilitation 2019 kein Indikator für den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten zur Verfügung, der für die Normierung bzw. Schweregradbereinigung der Kosten angewendet werden könnte. Überdurchschnittlich hohe Kosten können deshalb entweder auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung, aber auch auf kostenintensive Behandlungen bei besonders aufwendigen Fällen zurückgeführt werden. Um das Risiko irreführender Kostenvergleiche aufgrund unterschiedlich komplexer Behandlungen zu minimieren, werden die Kosten pro Leistungsbereich evaluiert. Es werden somit die Kosten ähnlicher Patientengruppen und damit ähnlichen Behandlungskosten verglichen. Als Grundlage für die Beurteilung der Kosteneffizienz sind die Tageskosten pro Spitalleistungsbereich (SPLB) und Klinik berechnet worden. Aufgrund der separaten Erhebung der Kosten im Bereich der Paraplegiologie im ITAR-K konnte die Leistungsgruppe NER6 Querschnittslähmung auf Ebene Spitalleistungsgruppe (SPLG) evaluiert werden.

In Abbildung E30 sind die Tageskosten 2019 der Bewerberinnen und Bewerber pro Leistungsbereich gemäss der neuen Spitalleistungsgruppensystematik dargestellt. Auf der X-Achse sind die Kliniken ausgewiesen und auf der Y-Achse die entsprechenden Frankenbeträge der Tageskosten abgebildet. Als Richtwert für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind zwei Werte eingezeichnet. Die durchgezogene Linie stellt die durchschnittlichen Tageskosten der Rehakliniken dar, die sich für den jeweiligen Leistungsbereich oder die Leistungsgruppe beworben haben (SPL23-Durchschnitt). Die gestrichelte Linie bildet die durchschnittlichen Tageskosten aller Kliniken in der Schweiz gemäss GDK-Datenpool ab. In diesem Durchschnitt werden alle Rehakliniken berücksichtigt, die gemäss ihrem Standortkanton plausible und vergleichbare Daten eingereicht haben (GDK-Durchschnitt). In erster Linie ist der SPL23-Durchschnitt massgeblich, wobei der GDK-Durchschnitt mit einer grösseren Anzahl Kliniken pro Leistungsbereich als Robustheitsprüfung dient. Weichen die beiden Durchschnitte wesentlich voneinander ab, weist die Grundgesamtheit der Bewerbungen entweder tiefere oder höhere Tageskosten als der GDK-Durchschnitt aus. Ausgehend von der Annahme, dass der GDK-Durchschnitt im Zweifelsfall aussagekräftiger ist als der SPL23-Durchschnitt, muss im Detail geprüft werden, ob wesentlich darüber liegende Tageskosten auf die Komplexität des Patientengutes oder auf eine ineffiziente Leistungserbringung zurückzuführen ist.

Das Universitäts-Kinderspital Zürich (Kinder-Reha Schweiz) ist in Abbildung E31 nicht dargestellt, weil die Kosten 2019 im Rahmen des damaligen Leistungsmodells komplett der pädiatrischen Rehabilitation zugeordnet wurden. Im neuen Leistungsgruppenmodell wird die pädiatrische Rehabilitation als Querschnittsbereich und nicht mehr als separater Leistungsbereich definiert. Die insgesamt 61 Patientinnen und Patienten, die 2019 im OKP-Bereich behandelt worden sind, werden gemäss neuer Leistungsgruppensystematik INO, MSK, NER, NER6, PNR, RKA und SOM zugeordnet. Die Mehrheit der Fälle fallen unter die Bereiche der neurologischen Rehabilitation (67 Prozent) – mit einem Fall in NER6 – und der muskuloskelettalen Rehabilitation (20 Prozent). Die Tageskosten 2019 in der pädiatrischen Rehabilitation der Kinder-Reha Schweiz belaufen sich auf 1466 CHF. Die Höhe der Tageskosten ist vor allem auf hohe Behandlungskosten pädiatrischer Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Als einzige Leistungserbringerin in diesem kostenintensiven Querschnittsbereich ist sie nicht vergleichbar mit den anderen Kliniken in den jeweiligen Leistungsbereichen. Die Kinder-Reha Schweiz wird deshalb als wirtschaftlich eingestuft.

Die am stärksten über den beiden Durchschnitten liegenden Tageskosten weisen die Klinik Susenberg in der internistischen und onkologischen Rehabilitation (INO) sowie die REHAB Basel in der neurologischen Rehabilitation (NER) auf. Die Klinik Susenberg hatte 2019 durchschnittliche Tageskosten von 1080 CHF, 28 Prozent über dem GDK-Durchschnitt und 41 Prozent über dem SPL23-Durchschnitt. Diese relativ hohen Tageskosten sind vor allem auf hohe Behandlungskosten geriatrischer Patientinnen und Patienten zurückzuführen und weniger auf Kosteneffizienzen in der Erbringung dieser Leistungen. Trotz hoher Tageskosten wird die Leistungserbringung der Klinik Susenberg entsprechend nicht als kosteneffizient eingestuft. Die Tageskosten der REHAB Basel sind mit 1658 CHF fast doppelt so hoch wie die beiden Richtwerte (SPL23: 877 CHF; GDK: 875 CHF). Obschon die REHAB Basel kostenintensive Fälle im Wachkoma und mit schweren traumatischen Hirnverletzungen in einem hochspezialisierten Setting behandelt, ist aufgrund der wesentlichen Abweichung zu den Richtwerten nicht auszuschliessen, dass die Höhe der Tageskosten auch auf eine ineffiziente Erbringung dieser Leistungen zurückzuführen ist. Deshalb kann die REHAB Basel in NER nicht als kosteneffizient eingestuft werden.

Abbildung E30: Tageskosten pro Leistungsbereich 2019



Quelle: Eigene Darstellung

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen erfüllen alle Kliniken das Kriterium der Wirtschaftlichkeit mit Ausnahme der REHAB Basel, die das Wirtschaftlichkeitskriterium mit Blick auf die ungenügende Kosteneffizienz nur teilweise erfüllt.

Neubewerbungen

Folgende Kliniken sind neu oder haben sich auf ein bis anhin noch nicht angebotenes Leistungsspektrum beworben und haben deshalb Plandaten eingereicht:

- Klinik Barmelweid (MSK und NER)
- Kliniken Valens, Rehazentrum Triemli
- Rehaklinik Winterthur (VAMED Management und Service Schweiz AG)
- Rehaklinik Zihlschlacht Bodan
- Zürcher RehaZentrum Uster
- Zürcher RehaZentrum Lengg
- ZURZACH Care Rehaklinik Bad Zurzach (INO, SOM)
- ZURZACH Care Rehaklinik Baden-Dättwil (NER)
- ZURZACH Care Rehaklinik Horgen
- ZURZACH Care Rehaklinik Limmattal
- ZURZACH Care Rehaklinik Verenhof Baden
- ZURZACH Care Rehaklinik Wald
- ZURZACH Care Rehaklinik Winterthur

Diese Kliniken wurden separat basierend auf den eingereichten Plandaten evaluiert und sind deshalb nicht Teil des Kostenvergleichs der Bewerberinnen und Bewerber mit Ist-Daten. Die Plandaten wurden auf Ihre Plausibilität hin geprüft. Basierend auf diesen Plandaten wurde keine Klinik als unwirtschaftlich identifiziert.

5.2.4 Prüfung der weiteren Anforderungen

Neben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit müssen die Leistungserbringer weitere Anforderungen erfüllen. Diese ergeben sich teils aus dem Bundesrecht (Aufnahmepflicht, Zugänglichkeit), teils aus dem kantonalen Recht (§ 5 Abs. 1 SPFG).

Aufnahmepflicht

Gemäss Art. 41a KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Im Rahmen der Bewerbungsgespräche wurden insbesondere auch Neubewerberinnen und Neubewerber auf die Aufnahmepflicht aufmerksam gemacht. Die Bewerberinnen und Bewerber haben der Gesundheitsdirektion zugesichert, dass sie alle Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufnehmen werden.

Zugänglichkeit

Im Rahmen der Evaluation der Zugänglichkeit des einzelnen Leistungserbringers geht es in erster Linie um die zeitgerecht zugängliche Grundversorgung. Im Bereich Rehabilitation wird die zeitliche Erreichbarkeit dabei nicht so stark gewichtet wie in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie, da die Eintritte in die Rehabilitationskliniken – anders als in der Notfallversorgung – geplant sowie nach vorgängiger Kostengutsprache des Krankenversicherers erfolgen. Die Prüfung der eingegangenen Bewerbungen für die Spitalliste Rehabilitation 2023 hat ergeben, dass grundsätzlich alle Kliniken das Evaluationskriterium Zugänglichkeit erfüllen. In Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung und der oftmaligen Multimorbidität der Patientinnen und Patienten bedarf es in der Rehabilitation jedoch zunehmend wohnorts- und akutspitalnaher Versorgungsstrukturen. Künftig soll für die Zürcher Bevölkerung ein grösseres Angebot an Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich verfügbar sein, die sich auf dem Gelände eines Spitals mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik mit intensivmedizinischem Angebot (mindestens Level I) (s. Kapitel B 3.2). Der vermehrte Bedarf an integrierten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation in bevölkerungsdichtem Gebiet des Kantons Zürich besteht ergänzend zu bereits vorhandenen, wohnortsfernen und bewährten Leistungsangeboten.

Bei der Auswahl der für eine ausgewogene und bedarfsgerechte Spitalliste Rehabilitation 2023 am besten geeigneten Bewerberinnen wurden diese Aspekte entsprechend berücksichtigt (s. Kapitel C 5.3).

Vergütungssystem

Kantone und Versicherer haben Leistungen eines Spitals zu vergüten, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG; sog. WZW-Kriterien). Gemäss Rechtsprechung ist eine Leistung wirksam, wenn sie geeignet ist, den angestrebten medizinischen Nutzen zu fördern. Eine Leistung gilt als zweckmässig, wenn der medizinische Nutzen die medizinischen Risiken überwiegt. Wirtschaftlich ist eine Leistung dann, wenn der medizinische Nutzen die Kosten überwiegt. Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind gradueller Natur: Unter allen zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt es solche die zweckmässiger bzw. wirtschaftlicher sind als andere. Die beiden Kriterien hängen nicht voneinander ab: Es gibt Behandlungen, die sehr zweckmässig, aber unwirtschaftlich sind, und umgekehrt. Die Wahl der optimalen Behandlung beruht deshalb auf einer Gesamtbeurteilung. Der Kanton ist berechtigt und verpflichtet, mit planerischen Vorkehrungen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sicherzustellen. Er hat nicht nur die Möglichkeit, Spitälern, die diese Vorgabe nicht erfüllen, keinen Leistungsauftrag zu erteilen, sondern er kann die Einhaltung dieser Vorgaben auch durch Regelungen sicherstellen.

Gemäss § 5 Abs. 1 lit. i SPFG soll das Vergütungssystem eines Spitals für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für eine unwirksame, unzureichende oder unwirtschaftliche Leistungserbringung aufweisen. Insbesondere sollen sich die Menge und die Art der von einer Ärztin oder einem Arzt veranlassenen, durchgeführten oder begleiteten Behandlung wie auch der mit den Behandlungen erzeugte Umsatz nicht in wesentlicher Weise auf ihre oder seine Vergütung auswirken. Eine allfällige Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Spitals oder einer Klinik darf nicht so hoch sein, dass daraus spürbare Fehlanreize für die Vornahme nicht oder nicht klar indizierter Eingriffe entstehen. Der Anreiz darf nicht so stark sein, dass damit gerechnet werden muss, dass die Ärztin oder der Arzt eine Behandlung allein deshalb vornimmt, um die eigene Vergütung zu erhöhen.

Anders als die von einem Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte beziehen die an einem Spital tätigen Belegärztinnen und -ärzte kein festes Salär des Spitals. Vielmehr fließen ihnen die Vergütungen der Versicherer für die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten und von Selbstzahlerinnen und -zahlern direkt zu, wobei sie dem Spital eine Abgeltung für die Nutzung der Infrastruktur und für medizinische und pflegerische Supportleistungen zu entrichten haben. Die Höhe der Vergütung von Belegärztinnen und -ärzten hängt deshalb unmittelbar und in erheblichem Mass von dem von ihnen erzielten Umsatz ab. Es besteht ein Anreiz zur Durchführung von medizinisch nicht oder nur schwach indizierten Behandlungen. Die Listenspitäler sollen deshalb mit geeigneten Massnahmen sicherstellen, dass die Belegärztinnen und -ärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen vornehmen (§ 5 Abs. 1 lit. j SPFG).

Die Umsetzungen dieser genannten Anforderungen und damit die Einführung entsprechender Vergütungssysteme werden für jene Spitäler und Kliniken, welche die Anforderungen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht erfüllen, etwas Zeit in Anspruch nehmen und schwerwichtig in drei Bereichen zu einem administrativen Mehraufwand führen:

1. Wechsel zu einem Lohnsystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte, das frei von allfälligen Fehlanreizen zur Durchführung medizinisch nicht klar indizierter Behandlungen ist, sofern das Spital nicht bereits über ein solches System verfügt;
2. Einführung von Kontrollmechanismen, die sicherstellen, dass Belegärztinnen und -ärzte nur medizinisch klar indizierte Behandlungen vornehmen, soweit solche Kontrollsysteme nicht bereits heute bestehen;
3. Verbesserung des Datenschutzes und der Informationssicherheit, soweit das Spital den in den Anhängen zur Spitalliste zu konkretisierenden Anforderungen noch nicht genügt.

Diese Vorgaben gelten für die Listenspitäler ab 1. Januar 2023.

5.2.5 Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Von den insgesamt 33 Bewerberinnen und Bewerber erfüllen alle Bewerberinnen und Bewerber die einzelnen Anforderungen an die Leistungserbringer zumindest teilweise. Überall, wo Leistungserbringer die leistungsspezifischen Anforderungen nur teilweise erfüllen, ist dies auf noch nicht erreichte Mindestfallzahlen zurückzuführen. Bewerberinnen und Bewerber, welche die Anforderungen nicht oder nur teilweise erfüllen, qualifizieren sich nicht für einen definitiven Leistungsauftrag (vgl. Kapitel E 5.3).

Abbildung E31: Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer

Leistungserbringer	Qualität		Wirtschaftlichkeit		Zugänglichkeit
	Generelle Anforderungen	Leistungsspezifische Anforderungen	Wirtschaftliche Stabilität	Kosteneffizienz	
Zürcher RehaZentrum Wald (Stiftung Zürcher RehaZentren)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Zürcher RehaZentrum Uster (Stiftung Zürcher RehaZentren)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Zürcher RehaZentrum Lengg (Stiftung Zürcher RehaZentren)	ja	ja	ja	ja	ja
Kliniken Valens, RehaZentrum Triemli (Stiftung Kliniken Valens)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Zollikerberg (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Waid (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Kilchberg (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Limmattal (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Winterthur (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Horgen (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Winterthur (VAMED Management und Service Schweiz AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Susenberg (Stiftung Klinik Susenberg)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Universitätsklinik Balgrist (Schweizerischer Verein Balgrist)	ja	ja	ja	ja	ja
Kinder-Reha Schweiz (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Lengg (Klinik Lengg AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Rehaklinik Bellikon (SUVVA)	ja	ja	ja	ja	ja
aarReha Schinznach (Stiftung aarReha)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Bad Zurzach (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Baden-Dättwil (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Verenhof Baden (ZURZACH Care AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Barmelweid (Klinik Barmelweid AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Reha Rheinfelden (Stiftung Reha Rheinfelden)	ja	ja	ja	ja	ja
Klinik Gais (Klinik Gais AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
REHAB Basel (REHAB Basel AG)	ja	teilweise	ja	nein	ja
Zürcher RehaZentrum Davos (Stiftung Zürcher RehaZentren)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Hochgebirgsklinik Davos (Hochgebirgsklinik Davos AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Seewis (Rehaklinik Seewis AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil (Schweizer Paraplegiker-Zentrum AG)	ja	ja	ja	ja	ja
Kliniken Valens, RehaZentrum Valens (Stiftung Kliniken Valens)	ja	ja	ja	ja	ja
Rehaklinik Dussnang (Rehaklinik Dussnang AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Zihlschlacht (Rehaklinik Zihlschlacht AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Rehaklinik Zihlschlacht, Standort Bodan (Rehaklinik Zihlschlacht AG)	ja	teilweise	ja	ja	ja
Klinik Schloss Mammern (Klinik Schloss Mammern AG)	ja	ja	ja	ja	ja

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Ergebnis

In Phase II wird geprüft, welche Leistungserbringer für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und die Zielvorgaben sowie die Anforderungen bestmöglich erfüllen (§ 6 SPFG). Die Auswahl der bestmöglichen Bewerberinnen und Bewerber liegt, sofern mehrere potenzielle Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen, im Ermessen der Behörden. Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen.

Unter Anwendung der vorab dargestellten Evaluationskriterien erläutert Kapitel 5.3 die konkrete Vergabe der Leistungsaufträge. Nachfolgend wird pro Bewerberin und Bewerber ausgeführt, für welche Leistungsgruppen kein Leistungsauftrag erteilt wird, weil die jeweiligen Anforderungen nicht erfüllt sind oder das Angebot mit Blick auf eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nicht erforderlich ist und/oder den strategischen Zielen der Zürcher Spitalplanung 2023 nicht entspricht. Thematisiert werden lediglich diejenigen Leistungsgruppen, für die sich ein Spital zwar definitiv beworben hat (vgl. Kapitel E 4.2; zu den definitiven Bewerbungen s. Abbildung E27), für welche es jedoch keinen Leistungsauftrag erhält. Wenn noch nicht alle Anforderungen erfüllt sind, werden in Einzelfällen provisorische Leistungsaufträge erteilt. Diese Fälle werden ebenfalls pro Spital erläutert. Unter gewissen Voraussetzungen werden bedingte Leistungsaufträge vergeben (s. Kapitel E 5.1 Box). Auch diese Fälle werden pro Spital erörtert. In allen Spitalplanungsleistungsgruppen übersteigt das Angebot jener Leistungserbringer, die sämtliche Anforderungen grundsätzlich erfüllen, den prognostizierten Bedarf. Aus den grundsätzlich geeigneten Kliniken werden die am besten geeigneten ausgewählt. Mit den ausgewählten Kliniken kann im Bereich Rehabilitation auch unter Berücksichtigung der zu erwartenden Patientenströme und der für das Jahr 2032 prognostizierten Bedarfsentwicklung grundsätzlich in sämtlichen Spitalplanungsleistungsgruppen eine bedarfsgerechte Versorgung der Zürcher Bevölkerung erreicht werden.

5.3.1 Allgemeines zur bedarfsgerechten Auswahl der Bewerberinnen

Die bedarfsgerechte Auswahl erfolgt anhand der Strategie Rehabilitation (vgl. Kapitel B 3.2). Aus dieser ergibt sich ein vermehrter Bedarf an integrierten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation in bevölkerungsdichtem Gebiet des Kantons Zürich. Der entsprechende Bedarf besteht ergänzend zu bereits vorhandenen, wohnortsfernen und seit längerer Zeit bewährten Leistungsangeboten. Mit dem Ziel, eine ausgewogene, bedarfsgerechte Spitalliste Rehabilitation 2023 zu erstellen, werden die Bewerbungen einander vergleichend gegenübergestellt. Betrachtet wird nebst Standort unter anderem die konkrete Kombination von Leistungsangeboten der jeweiligen Bewerberin. Ein besonderes Augenmerk bei der Vergabe von wohnortsnahen Leistungsaufträgen ist auf Leistungsangebote für geriatrische Rehabilitationspatientinnen und -patienten zu legen¹⁷.

Im Folgenden werden je spezialisierter Leistungsgruppe (vgl. Kapitel E 1.3) zusätzliche versorgungsplanerische Abwägungen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung (vgl. § 6 SPFG) für die Erwachsenenrehabilitation dargelegt. Gemäss Ziel Nr. 3 «Konzentration spezialisierter Leistungen» der Strategie Rehabilitation (vgl. Kapitel B 3.2) erfolgt in den spezialisierten Leistungsgruppen die Leistungsauftragsvergabe, soweit von Bedarf und Angebot her möglich, in der Regel an eine bis drei Leistungserbringerinnen (Rehabilitationskliniken). In erster Linie soll dadurch eine Konzentration des Leistungsangebots und damit eine Spezialisierung der Infrastruktur, Kenntnisse und Fähigkeiten der Leistungserbringerinnen erreicht werden, sofern diese nicht bereits vorhanden ist. Die Gegenüberstellung der Bewerbungen hat zudem gezeigt, dass die geeignetsten Bewerberinnen für die jeweilige spezialisierte Leistungsgruppe folgende Eignungsmerkmale aufweisen:

- I. **MSK2 Entzündliches Rheuma:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten integriert versorgen zu können. Mindestens eine Bewerberin bietet die Leistungen in Kombination mit «GER Geriatrische Rehabilitation» an, um die optimale Versorgung der von entsprechenden Erkrankungen betroffenen geriatrischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

¹⁷ Die Nähe zum Wohnort ermöglicht dem stationären Rehabilitationsteam, sowohl das häusliche Umfeld der geriatrischen Patientinnen und Patienten stärker einzubeziehen als auch enger mit nachgeschalteten Versorgern (Hausärzte/innen, SpitexDienste, ambulante Rehabilitationen oder Pflegeheime) zusammenzuarbeiten. Das Rehabilitationsziel der geriatrischen Patientinnen und Patienten, wieder eine bestmögliche selbstständige Lebensführung in angestammter Wohnsituation zu erlangen, wird damit gefördert (vgl. Versorgungsbericht, Kapitel G 1).

- II. MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten integriert versorgen zu können. Die Leistungserbringerinnen verfügen über den Leistungsauftrag MSK4, MSK5 und NER5, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.
- III. MSK4 Amputationen:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten integriert versorgen zu können. Die Leistungserbringerinnen verfügen über den Leistungsauftrag MSK3, MSK5 und NER5, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können. Mindestens eine Leistungserbringerin verfügt zudem über den Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich «GER Geriatrische Rehabilitation», um die optimale Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in diesem Bereich sicherzustellen.
- IV. MSK5 Verbrennungen:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten integriert versorgen zu können. Die Leistungserbringerinnen verfügen über den Leistungsauftrag MSK3, MSK4 und NER5, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.
- V. NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über einen Leistungsauftrag «NER1 Allgemein neurologisch», um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.
- VI. NER3 Multiple Sklerose (Spätphase):** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik in städtischer Agglomeration des Kantons Zürich, um eine integrierte Versorgung für diese chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich zu ermöglichen. Die geeignetsten Bewerberinnen in städtischer Agglomeration des Kantons Zürich bieten zudem die Leistungen in Kombination mit «GER Geriatrische Rehabilitation» an, um die optimale Versorgung der von entsprechenden Erkrankungen betroffenen geriatrischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.
- VII. NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase):** Es gelten dieselben Abwägungen wie bei NER3 (Ziff. VI).
- VIII. NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten integriert versorgen zu können. Die Leistungserbringerinnen verfügen über den Leistungsauftrag MSK3, MSK4 und MSK5, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.
- IX. NER6 Querschnittlähmung:** Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über eine ausgewiesene Spezialisierung für diese Leistungsgruppe und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik in städtischer Agglomeration des Kantons Zürich, um eine integrierte Versorgung für die Zürcher Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.
- X. RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz:** Aufgrund der geringen Fallzahl wird dieser Leistungsauftrag nur an eine Leistungserbringerin erteilt. Die geeignetste Bewerberin verfügt über ausgewiesene Erfahrung in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten aus der Leistungsgruppe RKA2. Zudem verfügt sie über den Leistungsauftrag RKA1 und über den Leistungsauftrag PNR2, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.
- XI. PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation:** Aufgrund der geringen Fallzahl wird dieser Leistungsauftrag nur an eine Leistungserbringerin erteilt. Die geeignetste Bewerberin verfügt über ausgewiesene Erfahrung in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten aus der Leistungsgruppe PNR2. Zudem verfügt sie über den Leistungsauftrag PRN1 und über den Leistungsauftrag RKA1, um zu Gunsten der Patientinnen und Patienten Behandlungssynergien nutzen zu können.

XII. INO2 Onkologisch: Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik, um Patientinnen und Patienten zwischen oder während onkologischen Behandlungen im akutsomatischen Spital integriert versorgen zu können. Mindestens eine Leistungserbringerin bietet die Leistungen in Kombination mit «GER Geriatrische Rehabilitation» an, um die optimale Versorgung der von entsprechenden Erkrankungen betroffenen geriatrischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Für die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach onkologischen Behandlungen sollte jedoch mindestens eine Rehabilitationsklinik an einem wohnortsfernen Standort zur Verfügung stehen, da eine geografische Veränderung die psychische Erholung der Patientinnen und Patienten nach onkologischen Behandlungen nachhaltig unterstützen kann.

XIII. SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen: Die geeignetsten Bewerberinnen verfügen über ausgewiesene Erfahrung in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten aus der Leistungsgruppe SOM1 und über hohe Fallzahlen in diesem Bereich. Sie verfügen über den Leistungsauftrag «MSK1 Allgemein Muskuloskelettal», um Synergien in der Schmerzbehandlung zu Gunsten der Patientinnen und Patienten nutzen zu können.

5.3.2 Auswahl im Einzelnen

Nachfolgend wird je Bewerberin ausgeführt, welche Leistungsaufträge konkret erteilt bzw. nicht erteilt werden. Die Rehabilitationskliniken sind alphabetisch aufgeführt.

aarReha Schinznach

aarReha Schinznach erhält einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskelettal in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und GER Geriatrische Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen und MSK4 Amputationen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, II und III, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO2 Onkologisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel 5.3.1, Ziff. XII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Hochgebirgsklinik Davos

Die Hochgebirgsklinik Davos erhält einen Leistungsauftrag für RKA1 Allgemein kardiovaskulär in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. X, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden kann.

Kinder-Reha Schweiz

Die Kinder-Reha Schweiz hat sich als einzige Leistungserbringerin für die pädiatrische Rehabilitation beworben und erhält alle Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Klinik Barmelweid

Die Klinik Barmelweid hat sich für verschiedene Leistungsgruppen und mehrere Querschnittsbereiche beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Mit den geplanten Austritten in den Leistungsgruppen MSK1 und NER1 würde die Klinik Barmelweid nur einen marginalen Beitrag zur Deckung des Bedarfs der Zürcher Bevölkerung an entsprechenden Leistungen leisten. Diese geringe Anzahl geplanter Austritte für Zürcher Fälle kann zu unnötigen Ineffizienzen bei den Zürcher Spitälern Akutsomatik in der Organisation eines Rehabilitationsplatzes führen. Der Bedarf in diesen Leistungsgruppen kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und/oder wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben und/oder bereits heute weitaus mehr Kapazitäten für Zürcher Patientinnen und Patienten zur Verfügung haben.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe MSK2 kann durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe RKA1 Allgemein kardiovaskulär kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben und/oder erheblich mehr Kapazitäten für Zürcher Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz kann durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. X, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe PNR1 Allgemein pulmonal kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind oder über einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik verfügen. Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation kann durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. XI, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe INO1 Internistisch kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen INO2 Onkologisch und SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. XII und XIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Rehabilitationsklinik Barmelweid keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche ERW Erwachsenen Rehabilitation, GER Geriatrische Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation erteilt werden.

Klinik Gais

Die Klinik Gais hat sich für mehrere Leistungsgruppen und zwei Querschnittsbereiche beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe RKA1 Allgemein kardiovaskulär kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben oder aber im Jahr 2019 ohne Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 mehr Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt haben als die Klinik Gais mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz, INO2 Onkologisch und SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. X, XII und XIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Klinik Gais keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche ERW Erwachsenen Rehabilitation und GER Geriatrische Rehabilitation erteilt werden.

Klinik Lengg

Die Klinik Lengg erhält alle Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung (s. auch Zürcher RehaZentrum Lengg).

Klinik Schloss Mammern

Die Klinik Schloss Mammern erhält einen Leistungsauftrag für RKA1 Allgemein kardiovaskulär in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal erteilt, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die seit längerer Zeit bewährt und/oder wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben und/oder im Durchschnitt tiefere Tageskosten aufweisen.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO2 Onkologisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. XII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Klinik Susenberg

Die Klinik Susenberg erhält alle Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung. Der Leistungsauftrag für INO1 Internistisch wird allerdings im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt, da im relevanten Beobachtungszeitraum 2019 die Mindestfallzahl nicht erreicht wurde.

REHAB Basel

Die REHAB Basel behandelt unter anderem Patientinnen und Patienten mit Wachkoma oder schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial) in einem hochspezialisierten Setting. Solche Fälle sind besonders kostenintensiv und werden kaum oder nur bedingt in anderen Rehabilitationskliniken behandelt. Da die REHAB Basel das Kriterium der Wirtschaftlichkeit gesamthaft betrachtet nicht erfüllt (s. Kapitel E 5.2.3), können ihr nur auf diese Patientinnen und Patienten beschränkte Leistungsaufträge erteilt werden. Sie erhält in diesem Sinne einen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, beschränkt auf Patientinnen und Patienten mit Wachkoma, und für NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen, beschränkt auf Patientinnen und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial), beide in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation. Da die Leistungsaufträge auf ausgewählte Patientinnen und Patienten beschränkt sind, können die für diese Leistungsgruppen vorgegebenen Mindestfallzahlen unberücksichtigt bleiben.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und NER6 Querschnittlähmung, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. V, VI und IX, besser geeignete sowie insgesamt wirtschaftlichere Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Rehaklinik Bad Zurzach

Die Rehaklinik Bad Zurzach erhält einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal und NER1 Allgemein neurologisch und NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen, MSK4 Amputationen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase), da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel 5.3.1, Ziff. I, II, III, VI und VII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für RKA1 Allgemein kardiovaskulär, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben oder aber im Jahr 2019 ebenfalls ohne Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 noch mehr Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt haben als die Rehaklinik Bad Zurzach.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO2 Onkologisch und SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. XII und XIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Rehaklinik Bellikon

Die Rehaklinik Bellikon erhält alle Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Rehaklinik Dussnang

Die Rehaklinik Dussnang erhält einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und GER Geriatrische Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen und MSK4 Amputationen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, II und III, von besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Rehaklinik Kilchberg/Rehaklinik Horgen

ZURZACH Care Zürich AG hat sich am linken Zürichseeufer mit zwei Standorten auf unterschiedliche Zeitpunkte für Leistungsaufträge beworben, einerseits mit der Rehaklinik Kilchberg, andererseits mit der Rehaklinik Horgen. Das Angebot der beiden Standorte ist identisch. Hintergrund dieser Doppelbewerbung ist, dass mit der Schliessung des Seespitals Kilchberg und dem Verkauf der Immobilie die Rehabilitationsklinik an diesem Standort nur noch bis Ende 2025 betrieben werden kann. Daher ist geplant, im Jahr 2026 das gesamte Leistungsangebot an den Standort des Seespitals Horgen in eine dafür neu zu bauende Rehabilitationsklinik zu verlegen.

Die Rehaklinik Kilchberg bzw. Horgen hat sich für verschiedene Leistungsgruppen und mehrere Querschnittsbereiche beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die seit längerer Zeit bewährt sind, spezialisiert sind, durch ein breiteres Leistungsangebot bestehende Behandlungssynergien nutzen können, während der gesamten Planungsperiode ihren Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben, ein geriatrisches Kompetenzzentrum aufbauen oder sich an mit Blick auf die Wohnregionen geeigneteren Standorten im Kanton befinden.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder spezialisiert sind, durch ein breiteres Leistungsangebot bestehende Behandlungssynergien nutzen können, während der gesamten Planungsperiode ihren Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben oder ein geriatrisches Kompetenzzentrum aufbauen. Folglich erhält sie auch keinen Leistungsauftrag für NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen; der Bedarf an entsprechenden Leistungen kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. V, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase), da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Rehaklinik Kilchberg bzw. Horgen keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche ERW Erwachsenen Rehabilitation, GER Geriatrische Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation erteilt werden.

Rehaklinik Limmattal

Die ZURZACH Care Zürich AG hat sich mit der Rehaklinik Limmattal für verschiedene Leistungsgruppen und mehrere Querschnittsbereiche beworben. Die Rehaklinik Limmattal plant, ihre Leistungen ab dem 1. Januar 2023 in Räumlichkeiten des neuen Pflegezentrums auf dem Areal des Spitals Limmattal zu erbringen. Der Rehaklinik Limmattal wird ein Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal in Kombination mit GER Geriatrische Rehabilitation und ERW Erwachsenen Rehabilitation im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen, unter anderem auch in der Nähe zum Standort Spital Limmattal, gedeckt werden kann, die entweder bereits seit längerem spezialisiert sind und entsprechende Fallzahlen ausweisen, durch ein sehr breites Leistungsangebot bestehende Behandlungssynergien nutzen können oder ein geriatrisches Kompetenzzentrum aufbauen. Folglich erhält sie auch keinen Leistungsauftrag für NER2 Neu-

rologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen; der Bedarf an entsprechenden Leistungen kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. V, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. II, VI und VIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Die Bewerberin positionierte sich in der Bewerbung als Standort für neurologische Rehabilitation und Unfallrehabilitation. In diesem Zusammenhang wurde auch der Querschnittsbereich UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation beantragt. Da die Bewerberin weder Leistungsaufträge aus dem Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation noch für MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen erhält, wird ihr auch kein Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation erteilt.

Rehaklinik Seewis

Die Rehaklinik Seewis hat sich für verschiedene Leistungsgruppen und den Querschnittsbereich ERW Erwachsenen Rehabilitation beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe RKA1 Allgemein kardiovaskulär kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben oder aber im Jahr 2019 ohne Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 mehr Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt haben als die Rehaklinik Seewis mit Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz kann durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. X, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppe INO1 Internistisch kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder über einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik verfügen.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen INO2 Onkologisch und SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. XII und XIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Rehaklinik Seewis keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich ERW Erwachsenen Rehabilitation erteilt werden.

Rehaklinik Baden-Dättwil

Der Rehaklinik Baden-Dättwil wird ein Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch und NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal, da die Bewerberin sich nur für einen auf ein Jahr bis 31. Dezember 2023 befristeten Leistungsauftrag beworben hat und der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch geeignetere Bewerberinnen gedeckt werden kann, die den Leistungsauftrag langfristig, d.h. für die gesamte Spitalplanungsperiode, ausführen können.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER3 Multiple Sklerose (Spätphase), da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VI, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Rehaklinik Verenhof Baden

ZURZACH Care AG hat sich mit dem geplanten Standort Rehaklinik Verenhof Baden für die Leistungsgruppe MSK1 Allgemein muskuloskeletal in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation beworben.

Die geplante Rehaklinik Verenhof Baden erhält keinen Leistungsauftrag. Der Bedarf an entsprechenden Leistungen kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder bereits in diesem oder zusätzlichen Bereichen spezialisiert und längerer Zeit bewährt sind, durch ein breiteres Leistungsspektrum bestehende Behandlungssynergien

nutzen können und/oder den Querschnittsbereich GER Geriatrische Rehabilitation anbieten. Gemäss Angaben der ZURZACH Care AG sollen zudem in der Rehaklinik Verena Hof Baden ausschliesslich Fälle mit einfacherem bis mittlerem Schweregrad behandelt und damit – anders als in den besser geeigneten Kliniken – nicht das gesamte Leistungsspektrum der beantragten Leistungsgruppe angeboten werden.

Rehaklinik Waid

Die ZURZACH Care Zürich AG hat sich am Standort Waid für verschiedene Leistungsgruppen und mehrere Querschnittsbereiche beworben. Die Leistungen sollen ab 1. August 2023 in der bestehenden Infrastruktur des Stadtspitals Waid erbracht werden.

Der Rehaklinik Waid wird ein Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskelettal, MSK2 Entzündliches Rheuma, NER1 Allgemein neurologisch, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen und INO1 Internistisch in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation, GER Geriatrische Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation ab 1. August 2023 im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt. Die Leistungsaufträge stehen unter der Bedingung, dass die Rehaklinik spätestens auf diesen Zeitpunkt eine Betriebsbewilligung innehat.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER3 Multiple Sklerose (Spätphase), da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VI, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Rehaklinik Winterthur (ZURZACH Care Zürich AG)

Die ZURZACH Care Zürich AG hat sich mit der auf dem Areal der Privatklinik Lindberg geplanten Rehaklinik Winterthur für verschiedene Leistungsgruppen und mehrere Querschnittsbereiche beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen MSK1 Allgemein muskuloskelettal, NER1 Allgemein neurologisch, RKA1 Allgemein kardiovaskulär, PNR1 Allgemein pulmonal und INO1 Internistisch kann durch besser geeignete Bewerberinnen, unter anderem in der Nähe des Standorts Rehaklinik Winterthur, gedeckt werden, die entweder bereits in diesen und zusätzlichen Bereichen spezialisiert und/oder seit längerer Zeit bewährt sind und/oder über einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik verfügen und/oder ein geriatrisches Kompetenzzentrum aufbauen.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen und MSK4 Amputationen, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und INO2 Onkologisch, kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, II, III, V, VI und XII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Rehaklinik Winterthur keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche ERW Erwachsenen Rehabilitation, GER Geriatrische Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation erteilt werden.

Rehaklinik Winterthur (VAMED Management und Services Schweiz AG)

Die VAMED Management und Services Schweiz AG hat sich am Standort Winterthur für zwei Leistungsgruppen und drei Querschnittsbereiche beworben. Die Leistungen sollen ab 1. Januar 2024 in der bestehenden Infrastruktur des Kantonsspitals Winterthur erbracht werden.

Der Rehaklinik Winterthur wird ein Leistungsauftrag für PNR1 Allgemein pulmonal in Kombination mit GER Geriatrische Rehabilitation, ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation ab 1. Januar 2024 im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen bis 31. Dezember 2027 provisorisch erteilt. Die Leistungsaufträge stehen unter der Bedingung, dass die Rehaklinik Winterthur spätestens auf diesen Zeitpunkt eine Betriebsbewilligung innehat.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die entweder seit längerer Zeit bewährt sind und/oder spezialisiert sind und/oder durch ein breiteres Leistungsangebot bestehende Behandlungssynergien nutzen können.

Rehaklinik Zihlschlacht

Die Rehaklinik Zihlschlacht erhält einen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen und NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation. Sie erhält keinen Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER Geriatrische Rehabilitation, da für geriatrische Patientinnen und Patienten ein wohnortsnahes Rehabilitationsangebot von wesentlicher Bedeutung ist (s. Rehabilitationsstrategie, Kapitel B.3.2) und der Standort Zihlschlacht aufgrund seiner wohnortsfernen Lage für diese Patientengruppe weniger geeignet ist als andere, wohnortsnäher gelegene Standorte.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VI und VIII, besser geeignete Bewerberinnen abgedeckt werden kann.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für NER6 Querschnittlähmung, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch eine im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. IX, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden kann, die einerseits schon seit längerer Zeit bewährt ist und andererseits – im Gegensatz zur Rehaklinik Zihlschlacht – das gesamte Patientenspektrum der Leistungsgruppe NER6 behandeln kann.

Rehaklinik Zihlschlacht Bodan

Die Rehaklinik Zihlschlacht Bodan hat sich für NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation beworben. Sie erhält keinen Leistungsauftrag, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Rehaklinik Zollikerberg

Die Rehaklinik Zollikerberg erhält einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskelettal in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation.

Sie erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen und MSK4 Amputationen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I, II und III, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Reha Rheinfelden

Die Reha Rheinfelden hat sich für mehrere Leistungsgruppen und zwei Querschnittsbereiche beworben. Sie erhält aus den nachfolgend dargelegten Gründen keinen Leistungsauftrag.

Mit den geplanten Austritten in der Leistungsgruppe NER1 würde die Reha Rheinfelden nur einen marginalen Beitrag zur Deckung des Bedarfs der Zürcher Bevölkerung an entsprechenden Leistungen leisten. Gegenwärtig ist zudem fraglich, ob sie überhaupt in der Lage wäre, die geplanten Austritte tatsächlich zu leisten. Trotz Leistungsauftrag auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 hat die Reha Rheinfelden im Jahr 2019 lediglich 23 Zürcher Fälle behandelt, was für diesen Zeitraum weniger als 1 Prozent aller Zürcher Fälle in der Neurologische Rehabilitation entspricht. Die Bettenbelegung im Jahr 2019 betrug dabei 97 Prozent. Ein Bettenausbau ist bis 2032 nicht geplant. Diese geringe Anzahl geplanter Austritte für Zürcher Fälle kann zu unnötigen Ineffizienzen bei den Zürcher Spitälern Akutsomatik in der Organisation eines Rehabilitationsplatzes führen. Der Bedarf in diesen Leistungsgruppen kann durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden, die entweder seit längerer Zeit bewährt und wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben und/oder bereits heute weitaus mehr Kapazitäten für Zürcher Patientinnen und Patienten zur Verfügung haben.

Der Bedarf an Leistungen der Leistungsgruppen NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) und NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) kann durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. V, VI und VII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden.

Ein Leistungsauftrag in einem Querschnittsbereich setzt einen Leistungsauftrag für mindestens eine Leistungsgruppe der Leistungsbereiche voraus. Da die Reha Rheinfelden keinen entsprechenden Leistungsauftrag erhält, kann ihr auch kein Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation erteilt werden.

Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil

Das Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil hat sich für NER6 Querschnittlähmung in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation beworben. Es erhält keinen Leistungsauftrag, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch eine bewährte und im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. IX, besser geeignete Bewerberin gedeckt werden kann.

Kliniken Valens, Rehaszentrum Triemli

Die Kliniken Valens haben sich am Standort Triemli für verschiedene Leistungsaufträge auf unterschiedliche Zeitpunkte beworben. Einige Leistungen sollen ab 1. Juli 2023 und weitere Leistungen ab 1. Juli 2024 in der bestehenden Infrastruktur des Stadtspitals Triemli erbracht werden; ab 1. Januar 2026 sollen diese sowie zusätzliche Leistungen in einem geplanten neuen Rehabilitationsgebäude auf dem Gelände des Stadtspitals Triemli erbracht werden. Das Rehaszentrum Triemli erhält ab 1. Juli 2023 im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen provisorisch bis 31. Dezember 2026 einen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, INO1 Internistisch und INO2 Onkologisch. Ab 1. Juli 2024 erhält es im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen provisorisch bis 31. Dezember 2027 einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskeletal, MSK2 Entzündliches Rheuma, MSK4 Amputationen, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen und NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen. Ab 1. Januar 2026 erhält es im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen provisorisch bis 31. Dezember 2029 einen Leistungsauftrag für RKA1 Allgemein kardiovaskulär und PNR1 Allgemein pulmonal. Das Rehaszentrum Triemli erhält zudem ab 1. Juli 2023 einen Leistungsauftrag für die Querschnittsbereiche GER Geriatrische Rehabilitation und ERW Erwachsenen Rehabilitation sowie ab 1. Juli 2024 für den Querschnittsbereich UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation. Die Leistungsaufträge für die Querschnittsbereiche werden im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) zu den Mindestfallzahlen bis 31. Dezember 2029 provisorisch erteilt. Sie können definitiv erteilt werden, sobald mindestens ein Leistungsauftrag der Leistungsbereiche definitiv erteilt worden ist. Sämtliche Leistungsaufträge stehen unter der Bedingung, dass das Rehaszentrum Triemli spätestens auf den jeweiligen Zeitpunkt eine Betriebsbewilligung innehat.

Es erhält keinen Leistungsauftrag für MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen, NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) und NER3 Multiple Sklerose (Spätphase), RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz und PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. II, VI, VII, X und XI, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Kliniken Valens, Rehaszentrum Valens

Das Rehaszentrum Valens erhält einen Leistungsauftrag für NER1 Allgemein neurologisch, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen und NER3 Multiple Sklerose (Spätphase) in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation und UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation. Es erhält keinen Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER Geriatrische Rehabilitation, da für geriatrische Patientinnen und Patienten ein wohnortsnahes Rehabilitationsangebot von wesentlicher Bedeutung ist (s. Rehabilitationsstrategie, Kapitel B.3.2) und der Standort Valens aufgrund seiner wohnortsfernen Lage für diese Patientengruppe weniger geeignet ist als andere, wohnortsnäher gelegene Standorte. Es erhält keinen Leistungsauftrag für NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) und NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. VII und VIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Universitätsklinik Balgrist

Die Universitätsklinik Balgrist erhält alle beantragten Leistungsaufträge gemäss ihrer definitiven Bewerbung.

Zürcher RehaZentrum Davos

Das Zürcher RehaZentrum Davos erhält einen Leistungsauftrag für MSK1 Allgemein muskuloskelettal, INO2 Onkologisch und SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen in Kombination mit ERW Erwachsenen Rehabilitation.

Es erhält keinen Leistungsauftrag für MSK2 Entzündliches Rheuma und MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. I und II, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

Es erhält keinen Leistungsauftrag für PNR1 Allgemein pulmonal und INO1 Internistisch, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann, die wohnortsnäher sind und/oder einen Standort an einem Zürcher Listenspital Akutsomatik haben.

Zürcher RehaZentrum Lengg

Die Klinik Lengg AG und die Stiftung Zürcher RehaZentren haben die Gesundheitsdirektion darüber informiert, dass sie eine Übernahme des Fachbereichs Rehabilitation der Klinik Lengg durch die Zürcher RehaZentren prüfen. Ein Entscheid wird in der ersten Jahreshälfte 2022 erwartet. Aus diesem Grund haben sich sowohl die Klinik Lengg AG als auch die Stiftung Zürcher RehaZentren für dieselben Leistungsaufträge am Standort Klinik Lengg für die Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation beworben. Die Evaluation der beiden Bewerbungen hat ergeben, dass dem künftigen Rechtsträger des Fachbereichs der Rehabilitation der Klinik Lengg, also entweder der Klinik Lengg AG oder im Falle einer Übernahme des Fachbereichs durch die Zürcher RehaZentren dem Zürcher RehaZentrum Lengg, alle Leistungsaufträge gemäss der definitiven Bewerbung erteilt werden können.

Zürcher RehaZentrum Uster

Die Zürcher RehaZentren haben sich am Standort Uster für verschiedene Leistungsaufträge auf unterschiedliche Zeitpunkte beworben. Hintergrund ist, dass die Zürcher RehaZentren beabsichtigen, einen Teil ihres bisher am Standort Wald erbrachten Angebots künftig am Standort Uster zu erbringen. Wenige Leistungen sollen bereits ab 1. Januar 2023 in der bestehenden Infrastruktur des Spitals Uster erbracht werden. Ab 1. Januar 2026 sollen sämtliche von der vorgesehenen Verschiebung betroffenen Leistungen in einem geplanten mehrgeschossigen Neubau (für den Akutbereich und die Rehabilitation) erbracht werden.

Die Leistungsaufträge des Spitals Uster im Bereich der Akutsomatik werden bis 31. Dezember 2025 provisorisch erteilt: Das Spital Uster erhält Gelegenheit, innerhalb von zwei Jahren seine Wirtschaftlichkeit und seine Kosteneffizienz zu verbessern. Das Spital hat zudem in einem umfassenden Konzept aufzuzeigen, wie die Versorgungsstrukturen nachhaltig und wirtschaftlich gestaltet werden können und dass das geplante Bauprojekt diesen Anforderungen gerecht wird und langfristig tragbar ist (s. Kapitel C 5.3). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist daher ungewiss, ob die Zürcher RehaZentren die bestehende Infrastruktur des Spitals Uster ab 1. Januar 2026 noch nutzen können und ob und gegebenenfalls wann der geplante Neubau für die Rehabilitationsklinik in Uster umgesetzt werden kann. Des Weiteren ist noch offen, wo die Versorgung mit Rehabilitationsleistungen durch die Zürcher RehaZentren in der Region Zürcher Oberland künftig erfolgen wird (s. Zürcher RehaZentrum Wald). Aufgrund dieser Ungewissheiten ist die Erteilung von Leistungsaufträgen an das Zürcher RehaZentrum am Standort Uster zum heutigen Zeitpunkt nicht angezeigt.

Zürcher RehaZentrum Wald

Die Zürcher RehaZentren ersuchen für den Standort Wald für eine Reihe von Leistungsgruppen um unbefristete Erteilung von Leistungsaufträgen. Für weitere Leistungsgruppen ersuchen sie um Erteilung von Leistungsaufträgen, die bis 31. Dezember 2025 befristet sind, weil sie diese ab 2026 am Standort Uster erbringen möchten (s. Zürcher RehaZentrum Uster).

Das Zürcher RehaZentrum Wald ist heute die grösste Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich. Von den Listenspitälern der Zürcher Spitalliste Rehabilitation behandelt es mit Abstand die meisten Zürcher Patientinnen und Patienten. Das Leistungsspektrum der Rehabilitationsklinik umfasst die muskuloskelettale, neurologische, kardiovaskuläre, pulmonale sowie internistisch und onkologische Rehabilitation. Ihr kommt damit zum heutigen Zeitpunkt eine wichtige Rolle in der stationären Rehabilitation für die Zürcher Bevölkerung zu. Ihr werden die Leistungsaufträge MSK1 Allgemein muskuloskelettal, NER1 Allgemein neurologisch, NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen, RKA1 Allgemein kardiovaskulär, RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz, PNR1 Allgemein pulmonal, PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation, INO1 Internistisch und INO2 Onkologisch in Kombination mit GER Geriatrie Rehabilitation und ERW Erwachsenen Rehabilitation erteilt. Der Leistungsauftrag für PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation wird im Sinne der Ausführungen gemäss Kapitel E 5.1 (Box) bis 31. Dezember 2026 provisorisch erteilt, da im relevanten Beobachtungszeitraum 2019 die Mindestfallzahl nicht erreicht wurde.

Das Zürcher RehaZentrum Wald befindet sich weder in bevölkerungsdichtem Gebiet des Kantons Zürich noch in Akutspitalnähe, wie es die Strategie Rehabilitation vorsieht (vgl. Kapitel B 3.2). Sie trägt daher trotz ihrer gegenwärtigen Versorgerrolle nur unwesentlich zur wohnorts- und akutspitalnahen Versorgung bei. Ihre grundsätzliche Bereitschaft, einen neuen Rehabilitationsstandort in Wohnorts- und Akutspitalnähe in der Versorgungsregion Zürcher Oberland aufzubauen, haben die Zürcher RehaZentren durch ihre Bewerbung für gewisse Leistungsgruppen am Standort Uster zum Ausdruck gebracht (s. Zürcher RehaZentrum Uster). Vor diesem Hintergrund wird die Gesundheitsdirektion im Laufe der Vernehmlassungsfrist mit der Bewerberin klären, ob die Zürcher RehaZentren ihre Leistungen mittel- bis langfristig anstatt in Wald an einem geeigneteren Standort erbringen bzw. anbieten könnten. Ein solcher neuer Standort befände sich optimalerweise weiterhin in der Versorgungsregion Zürcher Oberland, jedoch in dichter besiedeltem Gebiet und näher an einem resp. gemäss der Strategie Rehabilitation idealerweise unmittelbar bei einem Zürcher Listenspital Akutsomatik. Die Pläne der Zürcher RehaZentren sehen bisher am Standort Wald vor, auf den 1. Januar 2026 einen Neubau zu erstellen und das bestehenden Klinikgebäude abzubauen.

Das Zürcher RehaZentrum Wald erhält keinen Leistungsauftrag für MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen und MSK4 Amputationen, NER3 Multiple Sklerose (Spätphase), NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase) und NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen, da der Bedarf an entsprechenden Leistungen durch im Sinne von Kapitel E 5.3.1, Ziff. II, III, VI, VII und VIII, besser geeignete Bewerberinnen gedeckt werden kann.

6. Provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation

Die Abbildung E32 zeigt die provisorische Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation.

Abbildung E32: Provisorische Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2023

Leistungsbereich	Leistungsgruppen	Leistungserbringer (Rechtsträger)																					
		ZH								AG				BS	GR	SG	TG						
		Kliniken Valens, Rehaszentrum Triemli ^a (Stiftung Kliniken Valens)	Zürcher Rehaszentrum Waid (Stiftung Zürcher Rehaszentren)	Rehaklinik Waid ^b (ZÜRZACH Care Zürich AG)	Klinik Lengg (Langg AG)	Klinik Susenberg (Stiftung Klinik Susenberg)	Rehaklinik Zollikoferberg (ZÜRZACH Care Zürich AG)	Rehaklinik Limmatal (ZÜRZACH Care Zürich AG)	Rehaklinik Winterthur ^c (Vamed Management und Services Schweiz AG)	Universitätsklinik Balgrist (Schweizerische Verein Balgrist)	KinderReha Schweiz (Kinderspital Zürich - Elternvereinstiftung)	Rehaklinik Bellikon (SUVA)	Rehaklinik Bad Zürich (ZÜRZACH Care AG)	Rehaklinik Baden-Dättwil (ZÜRZACH Care AG)	aarReha Schinznach (Stiftung aarReha)	REHAB Basel (Rehab Basel AG)	Zürcher Rehaszentrum Davos (Stiftung Zürcher Rehaszentren)	Hochgebirgsklinik Davos (Hochgebirgsklinik Davos AG)	Kliniken Valens, Rehaszentrum Valens (Stiftung Kliniken Valens)	Rehaklinik Zihlschacht (Rehaklinik Zihlschacht AG)	Rehaklinik Dussnang (Rehaklinik Dussnang AG)	Klinik Schloss Mammern (Klinik Schloss Mammern AG)	
Muskuloskelettale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskelettal	c, 4	b, 2				b																
	MSK2 Entzündliches Rheuma	c, 4	b, 2																				
	MSK3 Polytrauma ohne neurologische Verletzungen																						
	MSK4 Amputationen	c, 4																					
	MSK5 Verbrennungen																						
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch	b, 1	b, 2										b			6							
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen	c, 4	b, 2										b										
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)																						
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)																						
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen	c, 4															7						
	NER6 Querschnittlähmung																						
Kardiovaskuläre Rehabilitation	RKA1 Allgemein kardiovaskulär	d, 5																					
	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen / Kunstherz																						
Pulmonale Rehabilitation	PNR1 Allgemein pulmonal	d, 5						c, 3															
	PNR2 Pulmonale Hypertonie / Lungentransplantationen		b																				
Internistische und onkologische Rehabilitation	INO1 Internistisch	b, 1	b, 2																				
	INO2 Onkologisch	b, 1				b																	
Somatoforme Störungen	SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen																						
Querschnittsbereiche	PÄD Pädiatrische Rehabilitation																						
	ERW Erwachsenenrehabilitation	d, 1	b, 2				b	c, 3					b										
	GER Geriatrische Rehabilitation	d, 1	b, 2				b	c, 3															
	UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation	d, 4	b, 2						c, 3					b									

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

■ Definitiver Leistungsauftrag
 ■ Provisorischer Leistungsauftrag

^a Leistungsaufträge unter der Bedingung, dass die Betriebsbewilligung spätestens zum Zeitpunkt der definitiven Betriebsaufnahme vorliegt.

^b Leistungsauftrag provisorisch bis 31. Dezember 2026.

^c Leistungsauftrag provisorisch bis 31. Dezember 2027.

^d Leistungsauftrag provisorisch bis 31. Dezember 2029.

¹ Leistungsauftrag gültig ab 1. Juli 2023.

² Leistungsauftrag gültig ab 1. August 2023.

³ Leistungsauftrag gültig ab 1. Januar 2023.

⁴ Leistungsauftrag gültig ab 1. Juli 2024.

⁵ Leistungsauftrag gültig ab 1. Januar 2026.

⁶ Leistungsauftrag beschränkt auf Patientinnen und Patienten mit Wachkoma.

⁷ Leistungsauftrag beschränkt auf Patientinnen und Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).



Ausblick

- 1 Vernehmlassungsverfahren und Festsetzung der Zürcher Spitallisten 2023**
 - 2 Datenlieferung über SDEP und jährliches Leistungscontrolling**
 - 3 Spitalplanung als rollende Planung**

1. Vernehmlassungsverfahren und Festsetzung der Zürcher Spitallisten 2023

Der vorliegende Strukturbericht wird per 15. März 2022 bis zum 14. Mai 2022 in eine breite Vernehmlassung gegeben. Alle interessierten Akteure haben die Gelegenheit, eine Stellungnahme einzureichen. Die Rückmeldungen werden sorgfältig analysiert. Je nach Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens wird der Strukturbericht ergänzt und aktualisiert. Auf der Basis des überarbeiteten Strukturberichtes wird der Regierungsrat voraussichtlich im Sommer 2022 die Zürcher Spitallisten 2023 festsetzen.

Die neuen Spitallisten 2023 werden ab 1. Januar 2023 gelten und berechtigen die aufgeführten Listenspitäler, im Umfang der erteilten Leistungsaufträge zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig zu sein bzw. verpflichtet sie, Leistungen im Umfang der erteilten Leistungsaufträge zu erbringen und die damit verbundenen Anforderungen zu erfüllen. Mit der Festsetzung der neuen Spitallisten 2023 werden die bisherigen Zürcher Spitallisten 2012 per 31. Dezember 2022 integral aufgehoben.

2. Datenlieferung über SDEP und jährliches Leistungscontrolling

Mit dem Erhalt eines Zürcher Leistungsauftrages geht auch die Verpflichtung einher, der Gesundheitsdirektion Daten auf unterschiedlichen Aggregationsstufen zur Verfügung zu stellen. Diese sollen u. a. dazu dienen, die Einhaltung der Anforderungen an die Leistungserbringer überprüfen zu können.

Spitaldatenerhebungsplattform (SDEP)

Wie in der Beilage zum Versorgungsbericht im Kapitel Generelle Anforderungen unter Ziffer 7.1 Datenlieferung festgehalten, ist ein Listenspital verpflichtet, der Gesundheitsdirektion Kosten-, Leistungs- und weitere Daten zuzustellen, die für die optimale Umsetzung des KVG und des SPFG erforderlich sind. Die Datenlieferungen erfolgen fristgerecht in der erforderlichen Qualität. Ergänzend liefert das Listenspital Daten an die von der SwissDRG AG bezeichneten Stellen. Gesetzliche Grundlage für die Erhebung bietet neben dem Bundesstatistikgesetz §17 des revidierten Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes. Von den innerkantonalen Listenspitälern werden jedes Jahr umfassende Daten erhoben. Von ausserkantonalen Listenspitälern erhebt die Gesundheitsdirektion nur bei Bedarf Daten.

Die jährliche Datenlieferung an die Gesundheitsdirektion erfolgt über die Spitaldatenerhebungsplattform (SDEP). Zielsetzung dieser Erhebungsplattform ist es, sämtliche Informationen möglichst nur einmal und auf der tiefsten benötigten Aggregationsstufe zu erheben. Davon ausgehend lassen sich dann sämtliche gleich oder höher aggregierten Datenformate abbilden. Des Weiteren sollen die Daten auch möglichst strukturiert erhoben werden, um die technische Erstellung und Verarbeitung zu vereinfachen. Gleichzeitig werden, wo möglich und sinnvoll, nationale Standards übernommen. Die Erhebung erfolgt jährlich für das zurückliegende Kalenderjahr. Die Abgabefrist via Upload orientiert sich am vom Bundesamt für Statistik gesetzten Termin zur Abgabe der Medizinischen Statistik jeweils Ende Februar. Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Fehler entweder korrigiert oder auf SDEP begründet sein. Da auf SDEP eine statistikübergreifende Prüfung der Daten erfolgt, ist eine gestaffelte Erhebung nicht möglich.

Es gilt zu beachten, dass nebst Listenspitälern auch Vertragsspitäler Daten an die Gesundheitsdirektion liefern. Hier wird der Umfang jedoch differenziert. Bestimmte Statistiken sind zwar von Listenspitälern zu liefern, jedoch nicht von Vertragsspitälern. Betriebe im Kanton Zürich mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich liefern folgende Statistiken via SDEP: MS, SDEP-KTR, SDEP-ZH, SDEP-D Anlagebuchhaltung und SDEP-E Abstimmbrücke. Zudem erfassen sie die Krankenhausstatistik (KS) auf der BFS-Plattform, wobei Teile der KS direkt aus SDEP importiert werden können. Betriebe im Kanton Zürich ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich liefern die MS sowie SDEP-ZH und erfassen die Krankenhausstatistik auf der BFS-Plattform.

Weitere Details zur Datenerhebung können der Webseite der Gesundheitsdirektion entnommen werden.¹

¹ <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/daten-statistiken-spitaeler.html#-1347683788>

Leistungscontrolling

Im Rahmen des Leistungscontrollings überprüft die Gesundheitsdirektion, ob die Spitäler ihren Leistungsauftrag einhalten. Grundlage dieser Überprüfung ist der von der Gesundheitsdirektion entwickelte SPLG-Grouper auf Basis der Zürcher Leistungsgruppensystematik, welcher Fälle anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren in eine der Leistungsgruppen der Zürcher Modelle gruppiert. Bisher erfolgte das Leistungscontrolling für die Akutsomatik. Für das Jahr 2023 wird auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation ein Leistungscontrolling implementiert.

Weist ein Listenspital Fälle in einer Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) aus, für die das Spital über keinen Leistungsauftrag verfügt, muss es der Gesundheitsdirektion begründen, warum diese Behandlungen trotzdem durchgeführt wurden. Bei fehlender oder ungenügender Begründung werden die entsprechenden Fälle vom Kanton Zürich nicht vergütet. Die Prüfung erfolgt grundsätzlich für alle Fälle und damit unabhängig davon, ob für eine SPLG Mindestfallzahlen gefordert werden.

Im Versorgungsbericht zur Spitalplanung 2023 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Daten des Jahres 2020 auf Grund der aussergewöhnlichen pandemischen Situation nicht für die Zürcher Spitalplanung 2023 berücksichtigt werden. Dies gilt nicht nur für den Aufsatzpunkt der Bedarfsprognose (vgl. Versorgungsbericht, Version nach Vernehmlassung, S. 21 und S. 34), sondern auch für die Leistungsdaten zur Beurteilung der Erreichung von Mindestfallzahlen.

Um die Leistungsdaten des Jahres 2021 für die Betrachtung der Mindestfallzahlen auch der ausserkantonalen Bewerber berücksichtigen und die Informationen in den Regierungsratsbeschluss zu den Spitallisten 2023 einfliessen lassen zu können, werden die ausserkantonalen Bewerber aufgefordert, der Gesundheitsdirektion ihre Daten der Medizinischen Statistik 2021 zur Verfügung zu stellen. Die Gesundheitsdirektion wird die betroffenen Spitäler und Kliniken gesondert kontaktieren und technische Details kommunizieren.

Weitere Informationen zum SPLG-Grouper können der Webseite der Gesundheitsdirektion entnommen werden.²

3. Spitalplanung als rollende Planung

Mit der Spitalplanung 2012 haben die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat die Planung stationärer Leistungen über die Kantonsgrenzen hinaus in neue Bahnen gelenkt. In der Umsetzung der kantonalen Vision und Strategie zur Gesundheitsversorgung bildet die Spitalliste als Ergebnis eines Planungszyklus einen wichtigen Meilenstein. Manche Innovationen in der stationären Versorgung der Zürcherinnen und Zürcher bedürfen einer mittel- und langfristigen Vorbereitung. So werden zwar viele Neuerungen auf den Stichtag 1. Januar 2023 umgesetzt werden können. Aber auch danach sind die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat bestrebt, die Grundlagen für eine fokussierte, qualitativ hochstehende Versorgung im Kanton kontinuierlich im Sinne einer rollenden Planung zu verbessern und auszubauen.

Auch in Zukunft wird in periodischen Abständen eine vollumfängliche neue Spitalplanung erfolgen. Innerhalb dieses Planungshorizontes werden die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat die akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Leistungsgruppen in kürzeren Abständen periodisch überprüfen und soweit nötig den verschiedenen Entwicklungen in der Medizin, in den medizinischen Klassifikationssystemen, in den Tarifsystemen sowie in der Kodierpraxis anpassen. Ebenso werden die generellen und leistungsspezifischen Anforderungen geprüft und wo sinnvoll ergänzt. Für den kommenden Planungszeitraum ist vorgesehen, die Einhaltung dieser Vorgaben und auch die leistungsspezifischen Anforderungen mittels Audits strukturiert zu überprüfen. Dazu wird ein Prozess erarbeitet. Eine Weiterentwicklung ist insbesondere bei den Qualitätsanforderungen geplant.

Zur Beurteilung der Qualität und zur Etablierung eines Benchmarkings werden gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften und Organisationen nationale Qualitätsprogramme angestrebt. Dabei ist nicht nur die Dokumentation in Registern zentral, sondern auch deren Einbettung in ein Qualitätsprogramm mit offener, transparenter Qualitätskultur, kollegialem Fachaustausch, Peer-Reviews und einem gemeinsamen Verbesserungsprozess. Ein Schwerpunkt des kommenden Planungshorizontes liegt im Bereich der Routinedaten. Anhand von Routinedaten können unter anderem Aussagen zur Prozessqualität und zur Patientensicherheit gemacht werden. Mit dem Ziel, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität zu schaffen, liegt künftig ein besonderer Fokus auf leistungsspezifischen Qualitätsindikatoren. Die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat werden in den nächsten Jahren insbesondere die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen in der Akutsomatik und Rehabilitation analysieren und nötigenfalls bestehende Mindestfallzahlen teilweise erhöhen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen prüfen und gegebenenfalls umsetzen.

² <https://www.zh.ch/de/gesundheits/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#-1651022165>

G

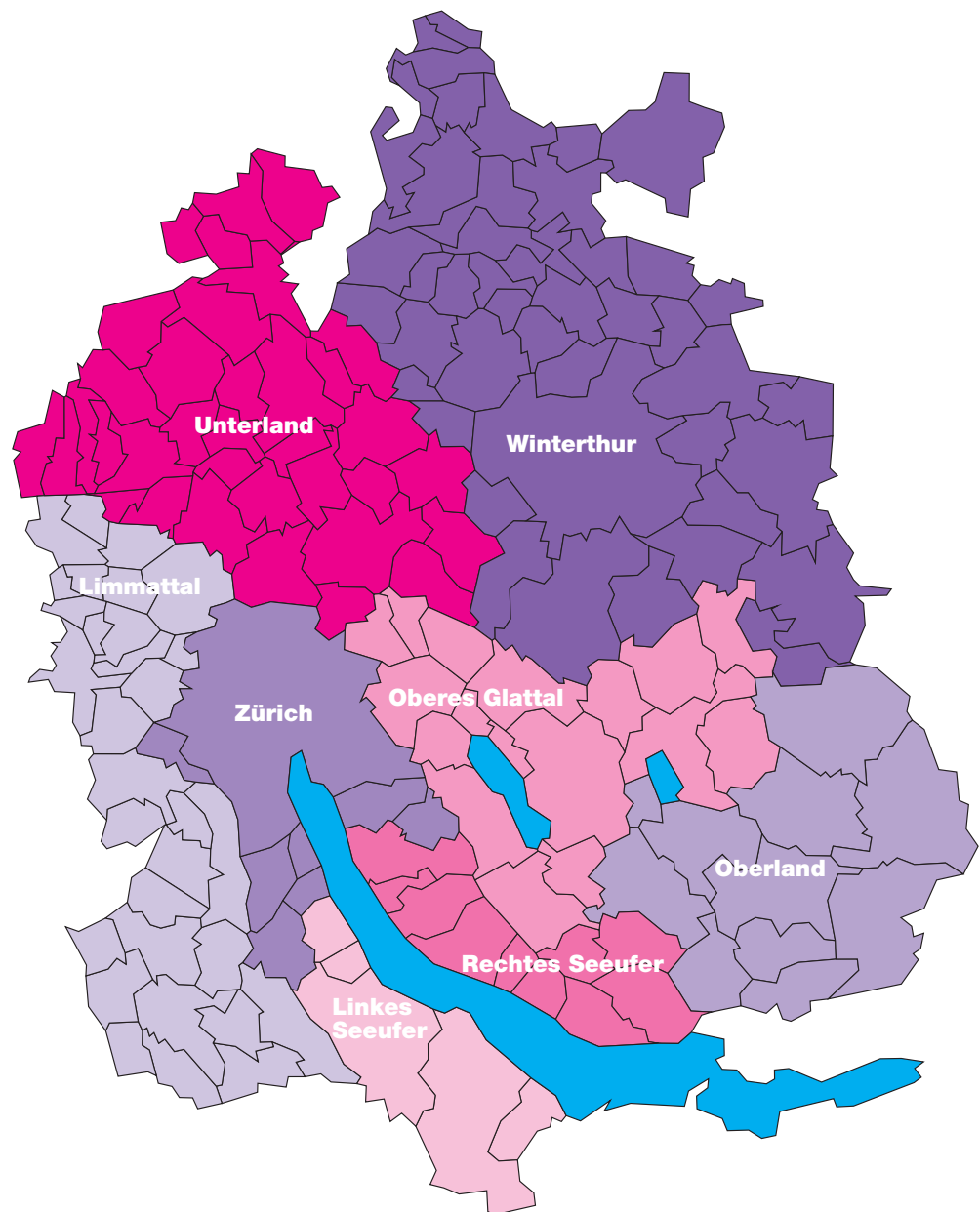
Anhang

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

1. Zuteilung zu den Wohnregionen

Nachfolgende Abbildungen zeigen, welche Gemeinden welcher Wohnregion zugeteilt werden.

Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Akutsomatik und Rehabilitation



Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Psychiatrie



2. Glossar und Verzeichnisse

2.1 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

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

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

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
ID Suisse AG	Die ID Suisse AG stellt Software für das Codieren von Diagnosen und Prozeduren in den verschiedensten Klassifikationen, Grouper für Entgeltermittlung in fallpauschalenbasierten Abrechnungssystemen sowie Systeme zur Leistungsanalyse und Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung.
Indikation	Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für die Patientin oder den Patienten) sinnvoll ist
Integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung wird in der Regel gleichbedeutend mit «vernetzter» oder «koordinierter» Versorgung verwendet, wobei je nach Kontext und treibendem Akteur die einzelnen Elemente unterschiedlich ausgestaltet und unterschiedlich gewichtet werden. Integrierte Versorgungsmodelle zeichnen sich durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und medizinischen Fachdisziplinen über den ganzen Behandlungspfad aus (Quelle: Obsan 2015, Dossier Nr. 45).
ISPM Bern	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis; es ist die jeweils aktualisierte Ermittlungsmethode, mit der sich die tarifrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen.
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
k. A.	Keine Angabe(n)
Kispi Zürich	Kinderspital Zürich
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KLV	Krankenpflegeleistungs-Verordnung vom 29.09.1995 (Stand 01.01.2020) (Systematische Sammlung des Bundes (SR) 832.112.31)
KR	Kantonsrat
KOREK	Das Kostenreporting des Kantons Zürich basiert auf dem Integrierten Tarifmodell Kostenrechnung (ITAR_K Version 8.0) von H+ Die Spitäler Schweiz und Ergänzungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Es dient einerseits als Reporting-Tool für Kostendaten gegenüber der Gesundheitsdirektion und kann gleichzeitig den nationalen Standard ITAR_K [®] produzieren.
Kostengewicht	Das Kostengewicht einer Fallgruppe reflektiert den relativen – d. h. im Vergleich zu den anderen in der Tarifstruktur abgebildeten Fallgruppen – durchschnittlichen Behandlungsaufwand. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler durch die SwissDRG AG ermittelt.
Kostenträgerrechnung (KTR)	Diese unterscheidet zwischen fallabhängigen (administrative Fälle) und fallunabhängigen (Aufträge) Leistungen. Als Unterscheidungskriterium gilt dabei, ob eine Leistung, welche entsprechende Kosten erzeugt hat, für eine Patientin oder einen Patienten, sprich einen administrativen Fall oder aber im Auftrag eines Dritten (z. B. Spital, Hausarzt) erfolgte.
KSW	Kantonsspital Winterthur
Kt.	Kanton
Kurzlieger	Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.10)
nKVG	Revision des Bundesgesetzes vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung
nKVV	Revision der Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung vom 27.06.1995 (Stand 01.01.2020) über die Krankenversicherung (SR 832.102)
Langlieger	Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP. Häufig werden solche Patientinnen und Patienten auch als Outlier bezeichnet.
Liegeklasse	Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht).
lit.	litera
Maximalszenario (Max.)	Für jeden Faktor wird der zur höchsten Zahl an Fällen führende, plausible Effekt verwendet. Im Maximalszenario wurden somit diejenigen Annahmen berücksichtigt, die zu einem hohen beziehungsweise maximalen Leistungsbedarf im Jahr 2032 führen bzw. zur höchsten Zahl an stationären Austritten führt und plausibel ist.

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

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

Abkürzung/ Stichwörter	Bezeichnung/Erläuterung
Zürcher Wohnbevölkerung	Der Begriff «Zürcher Wohnbevölkerung» steht dafür, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb des Kantons Zürich berücksichtigt sind. Demzufolge wird der Bedarf beziehungsweise die Nachfrage anhand der Einwohnerinnen und Einwohner, deren zivilstandsmässiger Wohnort im Kanton Zürich ist, ausgewiesen. Unabhängig wo (inner- oder ausserkantonale) eine stationäre Behandlung stattfindet. Die im Kanton Zürich behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten berücksichtigt dieser Begriff nicht.

2.2 Abkürzungen und Symbole in Abbildungen

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

2.3 Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung B1	Teilschritte der Spitalplanung 2023
	23
Abbildung B2	Etappen der Spitalplanung 2023 nach HERMES
	25
Abbildung C1	Von der horizontalen Konzentration betroffene Leistungsgruppen
	30
Abbildung C2	Leistungsgruppenmodell Akutsomatik
	31
Abbildung C3	Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019
	35
Abbildung C4	Subsidiäre Fallzuteilungslogik
	36
Abbildung C5	Wohnregionen Akutsomatik
	37
Abbildung C6	Herleitung der Fallzahlen und Pflage tage
	39
Abbildung C7	Prognosemodell der Akutsomatik
	40
Abbildung C8	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032
	41
Abbildung C9	Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032
	42
Abbildung C10	Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 bis 2032
	42
Abbildung C11	Verwendung der Einflussfaktoren Akutsomatik je Szenario
	45
Abbildung C12	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)
	46
Abbildung C13	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019
	47
Abbildung C14	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019
	48
Abbildung C15	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019
	48
Abbildung C16	Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen 2019
	49
Abbildung C17	Nettomigration im Kanton Zürich (>1000 Austritte) 2019
	49

	Seite	
Abbildung C18	Effekt der demografischen Entwicklung	50
Abbildung C19	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	51
Abbildung C20	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	52
Abbildung C21	Prognoseergebnis nach SPLB und Szenario	53
Abbildung C22	Prognoseergebnis nach Altersgruppe	53
Abbildung C23	Prognoseergebnis nach Wohnregion	54
Abbildung C24	Interkantonale Patientenmigration pro SPLB 2019	55
Abbildung C25	Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	56
Abbildung C26	Übersicht definitive Bewerbungen Akutsomatik	61
Abbildung C27	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	63
Abbildung C28	Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Durchschnitt 2023–2032)	68
Abbildung C29	Schweregradbereinigte Fallkosten 2019	69
Abbildung C30	Erreichbarkeit der akutsomatischen Grundversorgung	70
Abbildung C31	Erreichbarkeit von allen Akutspitälern mit Grundversorgung im Kanton Zürich 2023	71
Abbildung C32	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	73
Abbildung C33	Provisorische Spitalliste Akutsomatik 2023	85
Abbildung D1	Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	89
Abbildung D2	Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019	93
Abbildung D3	Subsidiäre Fallzuteilungslogik	94
Abbildung D4	Wohnregionen Psychiatrie	95
Abbildung D5	Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage	97
Abbildung D6	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	97
Abbildung D7	Prognosemodell der Psychiatrie	98
Abbildung D8	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032	99
Abbildung D9	Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032	100
Abbildung D10	Bevölkerung nach Wohnregionen, 2019 und 2032	100
Abbildung D11	Einflussfaktor Inanspruchnahme	102
Abbildung D12	Verwendung der Einflussfaktoren Psychiatrie je Szenario	102
Abbildung D13	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)	103
Abbildung D14	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach SPLB 2019	104
Abbildung D15	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	105
Abbildung D16	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	105
Abbildung D17	Innerkantonale Nettomigration 2019	106
Abbildung D18	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	107
Abbildung D19	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	108
Abbildung D20	Prognoseergebnis nach SPLB, Pflgetage 2019 und 2032	108
Abbildung D21	Prognoseergebnis nach Altersgruppen (Hauptszenario)	109
Abbildung D22	Entwicklung der Austritte nach Altersgruppen 2012 bis 2032	110
Abbildung D23	Prognoseergebnis nach Wohnregion (Hauptszenario)	110
Abbildung D24	Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019	111
Abbildung D25	Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	112
Abbildung D26	Übersicht definitive Bewerbungen Psychiatrie	121
Abbildung D27	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	123
Abbildung D28	Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Durchschnitt 2023–2032)	126
Abbildung D29	Schweregradbereinigte Tageskosten 2019	128
Abbildung D30	Schweregradbereinigte Fallkosten 2019	128
Abbildung D31	Erreichbarkeit der akutsomatischen Grundversorgung	129
Abbildung D32	Erreichbarkeit der Akut- und Vollversorgungskliniken (AVV) im Kanton Zürich 2023	130
Abbildung D33	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	133
Abbildung D34	Provisorische Spitalliste Psychiatrie 2023	139
Abbildung E1	Vergleich zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation	142
Abbildung E2	Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	145

	Seite	
Abbildung E3	Beispielhafte Spitalliste Rehabilitation	146
Abbildung E4	Fallzuteilung zu den Bereichen ab Datenjahr 2019	152
Abbildung E5	Subsidiäre Fallzuteilungslogik	153
Abbildung E6	Wohnregionen Rehabilitation	154
Abbildung E7	Herleitung der Fallzahlen und Pflgetage	156
Abbildung E8	Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	156
Abbildung E9	Prognosemodell der Rehabilitation	157
Abbildung E10	Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2015 bis 2032	158
Abbildung E11	Bevölkerung nach Altersgruppen indexiert, 2010 bis 2032	159
Abbildung E12	Bevölkerung nach Wohnregion, 2019 und 2032	160
Abbildung E13	Verwendung der Einflussfaktoren Rehabilitation je Szenario	161
Abbildung E14	Entwicklung Zürcher Bevölkerung und stationäre Leistungen (indexiert, 2010 = 100)	163
Abbildung E15	Austritte nach SPLB 2019	163
Abbildung E16	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Altersgruppe 2019	164
Abbildung E17	Austritte von Zürcherinnen und Zürchern nach Wohnregion 2019	164
Abbildung E18	Effekt der demografischen Entwicklung	165
Abbildung E19	Entwicklung der Austritte 2012 bis 2032	166
Abbildung E20	Prognoseergebnis nach SPLB, Austritte 2019 und 2032	166
Abbildung E21	Prognoseergebnis nach SPLB, Pflgetage 2019 und 2032	167
Abbildung E22	Prognoseergebnis nach Altersgruppen	167
Abbildung E23	Prognoseergebnis nach Wohnregionen	168
Abbildung E24	Interkantonale Patientenmigration nach SPLB 2019	168
Abbildung E25	Interkantonale Patientenmigration 2019	169
Abbildung E26	Austritte im Kanton Zürich nach SPLB und Wohnkanton 2019	169
Abbildung E27	Übersicht definitive Bewerbungen Rehabilitation	175
Abbildung E28	Prozessuales Vorgehen bei der Vergabe der Leistungsaufträge	177
Abbildung E29	Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Durchschnitt 2023–2032)	180
Abbildung E30	Tageskosten pro Leistungsbereich 2019	182
Abbildung E31	Übersicht über die Erfüllung der Anforderungen an die Leistungserbringer	185
Abbildung E32	Provisorische Spitalliste Rehabilitation 2023	199
	Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Akutomatik und Rehabilitation	206
	Zuteilung der Gemeinden zu den Wohnregionen – Psychiatrie	207

