



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Gesundheitsversorgung

Juliane Haas
Projektleiterin Spitalplanung 2023
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 21 54
juliane.haas@gd.zh.ch

Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023: Ergebnisse der Vernehmlassung

29. Juni 2021



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	3
2	Gesamteindruck der Vernehmlassungsteilnehmenden.....	6
2.1	Generelle Anmerkungen und Kritik.....	6
2.2	Übersicht der Rückmeldungen und Anpassungen nach Bereichen im Versorgungsbericht.....	8
2.2.1	Einleitung	8
	Zürcher Spitalplanung.....	8
	Rahmenbedingungen.....	8
	Projekt Spitalplanung 2023	9
2.2.2	Methodik	9
	Bedarfsermittlung und Prognose	9
	Evaluationskriterien.....	10
	Akutsomatik.....	13
	Psychiatrie.....	14
	Rehabilitation	15
2.3	Übersicht der Rückmeldungen und Anpassungen nach Bereichen in der Beilage zum Versorgungsbericht.....	17
2.3.1	Generelle Anforderungen	17
2.3.2	Weitergehende generelle Anforderungen und Leistungsspezifische Anforderungen	17
	Allgemein	17
	Akutsomatik.....	17
	Psychiatrie.....	18
	Rehabilitation	18
2.3.3	Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht- universitären Gesundheitsberufen	19
3.	Anregungen für das weitere Vorgehen	20
4.	Nächste Schritte.....	20
	Anhang 1: Hinweise auf konkrete Fehler	21
	Anhang 2: Verzeichnis der Vernehmlassungsadressaten	22

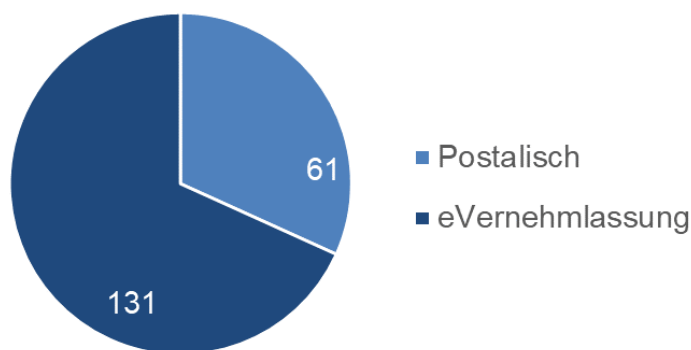
1 Ausgangslage

Mit der Spitalplanung 2023 erarbeitet der Kanton Zürich eine langfristige Strategie für die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung. Dies erfolgt in den drei Etappen Versorgungsbericht, Bewerbungsverfahren und Strukturbericht mit Festsetzung der Spitalisten 2023. Die erste Etappe wurde mit dem Versorgungsbericht abgeschlossen. Darin wurden die für die Spitalplanung notwendigen konzeptionellen Grundlagen festgehalten. Der Versorgungsbericht zeigt den bisherigen Bedarf an stationären Leistungen in den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation auf und ermittelt darauf gestützt den künftigen Bedarf mit Blick auf das Jahr 2032.

Am 01.03.2021 hat die Gesundheitsdirektion Zürich den Versorgungsbericht in die Vernehmlassung gegeben (RRB-Nr. 18/2021). Gemeinden, Kantone, Spitalträger, Berufsverbände und weitere interessierte Organisationen wurden eingeladen, ihre Stellungnahme bis zum 30.04.2021 einzureichen. Mit diesem Vorgehen stellt die Gesundheitsdirektion ein transparentes Verfahren in der Spitalplanung 2023 sicher. Im vorliegenden Bericht werden nun die Vernehmlassungsergebnisse, die Einschätzung der Gesundheitsdirektion und die Anpassungen am finalen Versorgungsbericht zusammengefasst.

Mit der Vernehmlassung des Versorgungsberichtes zur Spitalplanung 2023 nutzte die Gesundheitsdirektion erstmals eine Webapplikation. Diese wurde von der grossen Mehrheit der Teilnehmenden in Anspruch genommen, knapp ein Drittel der Stellungnahmen trafen noch postalisch ein. Diese Stellungnahmen wurden zwecks strukturierter Beurteilung durch die Gesundheitsdirektion auf der Vernehmlassungsplattform nacherfasst.

Abbildung 1 Anzahl der Teilnehmenden (unabhängig von der Zustellungsart der Stellungnahmen)



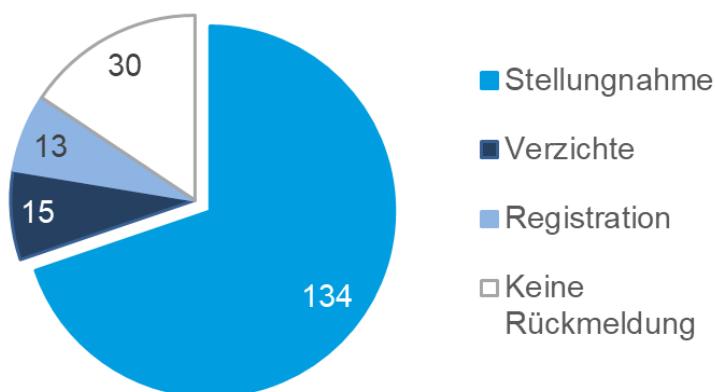
Mehr als 75% aller zur Vernehmlassung eingeladenen Institutionen haben eine Stellungnahme verfasst (vgl. Abbildung 2). Die politischen Gemeinden im Kanton Zürich wurden ebenfalls über die Inhalte und Fristen der Vernehmlassung per Schreiben der Gesundheitsdirektion informiert, ein Grossteil von ihnen schloss sich den Stellungnahmen des Gemeindepräsidentenverbandes oder der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich an. Im Anhang 2 sind alle zur Vernehmlassung eingeladenen Institutionen aufgeführt. Darüber hinaus sind zusätzliche 64 Rückmeldungen (Stellungnahmen oder Verzichte) von weiteren Interessierten eingegangen.

Abbildung 2 Vernehmlassungsadressaten und Rücklaufquote nach Kategorie

	Versand	Rücklauf	Quote
Zürcher Regierung	7	7	100%
Gesundheitsdepartemente der Schweizer Kantone	25	18	72%
Verbände und Interessensvertretungen	15	11	73%
Politische Parteien des Kantons Zürich	11	7	64%
Akutspitäler und Geburtshäuser	30	25	83%
Psychiatrische Kliniken	11	9	82%
Rehabilitationskliniken	13	8	62%
Total	112	85	76%

Im Rahmen der Vernehmlassung haben 134 Teilnehmende eine Rückmeldung eingereicht. 15 Teilnehmende haben aktiv auf eine Stellungnahme verzichtet; 13 Teilnehmende haben sich zwar auf der Vernehmlassungsplattform registriert, ihre Stellungnahme jedoch nicht abgeschlossen. Von 30 Eingeladenen hat die Gesundheitsdirektion trotz Nachfrage in Form eines Erinnerungsmails keine Stellungnahme erhalten. Die überwiegende Mehrheit der eingetroffenen Rückmeldungen enthielt mehr als eine Stellungnahme. Rückmeldungen erfolgten zu allen Kapiteln und Bereichen der Aufledgedokumente. Sämtliche an der Erstellung beteiligten Fachexpertinnen, -experten und Abteilungen innerhalb der Gesundheitsdirektion waren in die Sichtung, Prüfung und Beurteilung der Rückmeldungen eingebunden. Dieser Ergebnisbericht dient zur summarischen Einordnung der abgeschlossenen Vernehmlassung.

Abbildung 3 Art der Teilnahme



Von den zahlreichen Rückmeldungen führte rund die Hälfte zu einer Anpassung am Versorgungsbericht oder einem der Dokumente der Beilage. Die andere Hälfte enthielt zwar

Anträge mit konstruktiven, nachvollziehbaren Hinweisen, diese wurden aber aus folgenden Gründen nicht weiter berücksichtigt:

- Die Stellungnahme enthält keinen Antrag, wohl aber Äusserungen zum Vorgehen oder zum Inhalt des Versorgungsberichtes (z.B. Lob, Würdigung, Kritik). Demnach wurden die Ausführungen zur Kenntnis genommen, hatten jedoch keine Anpassung zur Folge.
- Die Stellungnahme enthält Anträge, welche aufgrund des derzeit gültigen Rechts nicht umgesetzt werden können.
- Die Stellungnahme enthält Anträge, welche wiederholt in verschiedenen Fachgruppen oder Gremien platziert worden waren und bereits mehrfach von unseren Fachexperten beantwortet wurden. Demnach erfolgte im Rahmen der Vernehmlassung keine weitere Berücksichtigung

Stellungnahmen, welche einen begründeten, nachvollziehbaren Antrag enthielten, dessen Umsetzung sowohl im Berichtstext wie auch mit der strategischen Ausrichtung der Spitalplanung 2023 und den zeitlichen Implikationen im Projekt vereinbar ist, wurden in der Version nach Vernehmlassung berücksichtigt bzw. teilweise berücksichtigt. Dies zeigt den erfolgreichen partizipativen Prozess, den die Gesundheitsdirektion damit fördert.

Die Gesundheitsdirektion dankt allen Beteiligten für die zahlreichen konstruktiven Rückmeldungen und verschiedenen Anregungen. Diese haben dazu beigetragen, den Versorgungsbericht zu optimieren.

2 Gesamteindruck der Vernehmlassungsteilnehmenden

Insgesamt wurde der Versorgungsbericht positiv aufgenommen. Der Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden bezeichnete den Versorgungsbericht als gut strukturiert, lesefreundlich und verständlich. Die Methodik der Bedarfsermittlung wurde als fundiert und nachvollziehbar eingestuft. Im Allgemeinen wird der Versorgungsbericht als eine gute Grundlage für die Spitalplanung 2023 bewertet und der transparente und nachvollziehbare Prozess verdankt. Begrüsst wird die Weiter- bzw. Neuentwicklung der Leistungsgruppenmodelle explizit in der Psychiatrie und Rehabilitation.

Die kritischen Anmerkungen in den Stellungnahmen lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Ziffer 2.2): Einzelne Rückmeldung enthielten den Hinweis, der Umfang und Detaillierungsgrad sei herausfordernd. In Bezug auf die Evaluationskriterien fehle die Publikation von Zielgrössen oder Schwellenwerten. Ferner regten mehrere Teilnehmende an, vermehrt auf eine Harmonisierung der Qualitätsanforderungen des Bundes und die des Kantons Zürich zu setzen, statt kantonale Vorgaben zu definieren.

Im Übrigen lieferten einige Vernehmlassungsteilnehmende wertvolle Anregungen für die Präzisierung der Erläuterungen zum methodischen Vorgehen der Bedarfsprognose und zur Ausgestaltung und zu Anforderungen der Leistungsgruppenmodelle.

2.1 Generelle Anmerkungen und Kritik

Der Versorgungsbericht wird teilweise aufgrund des Umfangs und Detaillierungsgrades als Herausforderung gesehen. Bei der Erstellung der Unterlagen war die Gesundheitsdirektion bemüht, einen möglichst breiten Adressatenkreis informieren zu können. Der Umfang der Informationen kann aufgrund der komplexen Zusammenhänge nur bedingt gekürzt werden. Das Gros der Rückmeldungen bestätigt das gewählte Vorgehen und damit den publizierten Detaillierungsgrad.

Bezugnehmend auf die Ergänzung und Gestaltung der **Leistungsgruppenmodelle** in allen drei Fachbereichen gingen unterschiedliche Rückmeldungen ein. Eine grosse Mehrheit begrüsst die neu- und weiterentwickelten Leistungsgruppenmodelle. Vereinzelt kritische Anmerkungen erfolgten insbesondere zum Detaillierungsgrad und zur Kategorisierung der Leistungsgruppenmodelle Psychiatrie und Rehabilitation.

Eine Vielzahl der Teilnehmenden forderte die Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der **Covid-19-Pandemie** im Rahmen der Spitalplanung 2023. Die Ausführungen zur notwendigen Abgrenzung wurden im Versorgungsbericht daraufhin präzisiert. Obschon alle Leistungserbringer im Kanton während der Covid-19-Pandemie grossen Einsatz gezeigt haben, muss hier zwischen einer Spitalplanung und einer Pandemieplanung deutlich unterschieden werden. Die Spitalplanung kann diese pandemische Ausnahmesituation nicht als Ausgangspunkt zur Vergabe der langfristigen Leistungsaufträge bis in das Jahr 2032 verwenden. Entscheidend ist die Vorhersehbarkeit und damit Möglichkeit zur Ableitung eines linearen Faktors im Prognosemodell. Es gilt zu beachten, dass nur Daten bis und mit 2019 verwendet werden. Dies gilt für den Aufsatzpunkt der Bedarfsprognose aber auch für das Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit. Einzig die aktualisierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes aus dem Jahr 2020 stellt eine Ausnahme dar. Aussagen im Kapitel zur Methodik der Bedarfsprognose und zur epidemiologischen Entwicklung beziehen sich auf die vorhandene Studienlage, welche es der Gesundheitsdirektion erlaubt, lineare Faktoren

für die Bedarfsprognose festzulegen oder nicht. Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung können entgegen der Forderungen einzelner Teilnehmenden auf Grund der fehlenden Daten ebenfalls nicht im Rahmen der Spitalplanung 2023 berücksichtigt werden. Die kantonale Festlegung von Vorhalteleistungen zur Pandemieprävention ist auf die Vorgaben des Bundes abzustimmen, eine Evaluation ist derzeit noch nicht möglich und bedarf einer engen Koordination mit den Bundesbehörden.

Hinsichtlich der **Qualitätsanforderungen** äusserten sich einige Spitäler in Bezug auf die ausstehende Harmonisierung der kantonalen und nationalen Anforderungen besorgt. Es wird befürchtet, es könne zu widersprüchlichen Vorgaben kommen. Die Gesundheitsdirektion kann diese Besorgnis nachvollziehen und ist um einen engen Austausch mit den Involvierten bemüht. Auf nationaler Ebene (beispielsweise dem nationalen Qualitätsvertrag sowie dem Qualitätsentwicklungskonzept der Vertragspartner) hat die Gesundheitsdirektion jedoch keinen Einfluss. Bis zur Publikation des finalen Versorgungsberichtes zur Spitalplanung 2023 existierte noch keine finale Version dieser nationalen Qualitätsanforderungen. Die Gesundheitsdirektion würde es begrüessen, wenn die Vertragspartner die bereits bekannten kantonalen Vorgaben in ihre Überlegungen einfliessen liessen. Im klinischen Qualitätscontrolling strebt die Gesundheitsdirektion nationale Aktivitäten (beispielsweise Register oder Zertifikate) an und ist dazu auch im engen Austausch mit den jeweiligen Fachgesellschaften. Dadurch kann eine nationale Ausweitung der Vorgaben bestmöglich unterstützt werden. Dem Wunsch nach einer deutlichen Reduktion der Zürcher Anforderungen kann nicht entsprochen werden. Insbesondere eine Einschätzung der Erfüllung qualitätssichernder Vorgaben ausschliesslich anhand einer qualitativen Selbsteinschätzung der Leistungserbringer ist nicht möglich.

Dem nachvollziehbaren Antrag auf Publikation der Schwellenwerte, Zielgrössen oder einer Gewichtung der verwendeten **Evaluationskriterien** kann nicht entsprochen werden. Im Rahmen der Evaluation der Bewerbungen durch die Gesundheitsdirektion ist die Betrachtung aller Bewerber im Vergleich zueinander relevant. Ebenso ist der Kanton gesetzlich nicht verpflichtet, die entsprechende Gewichtungen vorgängig zu kommunizieren. Erst mit Blick auf die Grundgesamtheit aller interessierten Leistungserbringer unter der Prämisse einer bedarfsgerechten Vergabe von Leistungsaufträgen ist die Festlegung relevanter Schwellenwerte möglich. Würden diese festgelegt, ohne die Grundgesamtheit zu kennen, bestünde unter Umständen die Gefahr einer Unterversorgung nach Vergabe der Leistungsaufträge.

Ferner entstand bei einzelnen Teilnehmenden der Eindruck, das **Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit** würde gegenüber der Qualität und der Zugänglichkeit höher gewichtet. Der Hauptfokus bei der Planung liegt auf der Qualität und Versorgungssicherheit. Die Wirtschaftlichkeit ist entsprechend bundesrechtlicher Vorgaben ein weiterer Aspekt, der bei den kantonalen Vorgaben jedoch nicht überwiegt, sondern gleichberechtigt berücksichtigt wird.

2.2 Übersicht der Rückmeldungen und Anpassungen nach Bereichen im Versorgungsbericht

Die zahlreichen Rückmeldungen betreffen – wie eingangs erwähnt – alle Kapitel des Versorgungsberichtes. Die nachfolgenden Abschnitte zeigen die Einschätzungen der Gesundheitsdirektion zu den einzelnen Rückmeldungen auf, diese orientieren sich zur besseren Übersicht eng an der Kapitelstruktur des Versorgungsberichtes und seiner Beilage.

2.2.1 Einleitung

Zürcher Spitalplanung

Die kantonale Vision zur Spitalplanung wurde wie folgt formuliert: «Die neue Spitalplanung des Kantons Zürich sorgt für eine fokussierte, evidenzbasierte und bedarfsgerechte Patientenversorgung der Zukunft». Die daraus resultierende Ausrichtung der Zürcher Spitalplanung 2023 wurde von den Vernehmlassungsteilnehmenden gewürdigt. Ein Grossteil bewertet die im Versorgungsbericht dargelegte Fokussierung der komplexen und seltenen Medizin in spezialisierten Einrichtungen sowie die Erbringung der häufigen Medizin auch an Regionalspitalern als sinnvoll. Die Verwendung der Begrifflichkeiten «häufige und seltene Medizin» sorgte jedoch vereinzelt für Verwirrung. Mit der Fokussierung der seltenen Medizin an ausgewählten, qualifizierten Spitälern wird der Umsetzung der Strategie Rechnung getragen. Gemäss Bedarfsprognose und Auslegung der kantonalen Vision und Strategie wird bei der Vergabe dennoch auch die notwendige spezialisierte Versorgung ausserhalb der Zentrums- und Universitätsspitäler berücksichtigt.

Ferner wurde vereinzelt die Ergänzung der Evaluationskriterien um die Gemeinnützigkeit des Spitals bzw. der Klinik gefordert. Der Kanton Zürich grenzt jedoch die Trägerschaften der Listenspitäler und –kliniken diesbezüglich in den Anforderungen nicht ein. Grundsätzlich steht es sämtlichen Trägern offen, sich für einen Standort um einen Spitallistenplatz zu bewerben. Die Gemeinnützigkeit einer Unternehmung ist demnach kein Evaluationskriterium. Der Zürcher Kantonsrat verzichtete explizit in der ersten Lesung zur SPFG-Revision auf einen entsprechenden Minderheitsantrag. Die Berücksichtigung würde allenfalls Spitälern oder Kliniken ausschliessen, die einen Teil des Gewinns an die Trägerschaft auszahlten.

Rahmenbedingungen

Folgende Aktualisierungen und Präzisierungen wurden in der finalen Version des Versorgungsberichtes zu den genannten Rahmenbedingungen auf Grund der Rückmeldungen und der erfolgten Beschlussfassung seit Publikation der Vernehmlassungsversion im Februar 2021 vorgenommen:

Im Text zu den gesetzlichen Grundlagen (Kapitel B 2.1) befinden sich Aktualisierungen bezüglich des Inkrafttretens der Revisionen, da die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) abgeschlossen ist. Ferner enthält die Version nach Vernehmlassung detailliertere Ausführungen zu bundesrechtlichen Vorgaben zu den Spitalplanungskriterien und zum Verfahren der Spitalplanung (Kapitel 2.1.1) sowie eine Präzisierung der Schilderungen zum Spitalplanungs- und –finanzierungsgesetz und dem entsprechenden Revisionsentwurf (Kapitel B 2.1.3).

Projekt Spitalplanung 2023

Einige wenige Aktualisierungen und Präzisierungen wurden in der finalen Version des Versorgungsberichtes in der Projektbeschreibung vorgenommen und beziehen sich auf die Berücksichtigung der **GDK-Empfehlungen** zur Spitalplanung, auf die notwendige Differenzierung von Spitalplanung und Pandemieplanung und die daraus resultierende Nicht-Verwendung von Leistungsdaten des Jahres 2020 im Rahmen des Projektes. Um dem wiederholten Antrag zur Präzisierung der **Befristung eines Leistungsauftrages** Rechnung zu tragen, wurde das entsprechende Kapitel (B 3.4.1) ergänzt.

Einige Stellungnahmen beantragten die finanzielle Unterstützung ambulanter Angebote in allen Versorgungsbereichen durch den Kanton. Die Förderung ambulanter Strukturen im Rahmen der Spitalplanung, welche sich auf stationäre Leistungen bezieht, ist nur bedingt möglich, z.B. über Subventionen. Hier sind die Tarifpartner in der Verantwortung. Der Kanton ist kein Verhandlungspartner, sondern Genehmigungs- und/oder Festsetzungsinstanz. Gleiches gilt für die Forderung der Sicherstellung kostendeckender **Tarife**. Auch dies ist nicht Teil des Projektauftrages zur Spitalplanung 2023.

Die geäusserten Anliegen zur Gestaltung der **interkantonalen Planung** werden im Kapitel B 4 aufgegriffen. Eine interkantonale Spitalplanung bedarf intensiver Abstimmung mit ausgedehnter Vorlaufzeit. Dies kann nicht mit der Spitalplanung 2023 abgedeckt werden, wird aber von der Gesundheitsdirektion für kommende Planungsintervalle berücksichtigt werden.

2.2.2 Methodik

Die Methodik, welche die Gesundheitsdirektion im Versorgungsbericht darlegte, wird von der grossen Mehrheit der Teilnehmenden an der Vernehmlassung begrüsst und für die Transparenz und Nachvollziehbarkeit gelobt. Vereinzelt wurde Kritik bezüglich der Modellannahmen geäussert, welche zu Textergänzungen und Präzisierungen in der Version nach Vernehmlassung führte.

Bedarfsermittlung und Prognose

Mit dem finalen Versorgungsbericht wurden sämtliche Datentabellen der Prognoseergebnisse unter Berücksichtigung desselben Datenjahres für die Zürcher Wohnbevölkerung wie auch die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 aktualisiert. In die Bedarfsprognose floss ausserdem die Aktualisierung der Daten der kantonalen Bevölkerungsprognose des Jahres 2020 mit ein.

An der **Methodik** zur Berechnung der Prognose selbst gab es keine Anpassungen. Grundsätzlich erhielt die Gesundheitsdirektion diverse nachvollziehbare Hinweise zur Ausgestaltung des Prognosemodells. Jedoch kann nicht von der Prämisse abgewichen werden, einen Faktor nur dann im Prognosemodell zu berücksichtigen, wenn dieser auch datenbasiert hergeleitet werden kann. So ist zum Beispiel ein Abbild der Tarifentwicklung als Faktor im Prognosemodell nicht möglich. Auch können allfällige zukünftige Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen oder gar die Personalverfügbarkeit in einer Region nicht berücksichtigt werden. Das Personal spielt in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle, das ist unbestritten. Per Gesetz ist es die Aufgabe der Regierung, eine bedarfsgerechte Spitalplanung zu erstellen. Die Prognose schätzt dazu den zu erwartenden

Bedarf der stationären Leistungen. Dieser Bedarf besteht unabhängig davon, ob die Leistungen erbracht werden können, somit ist die Bedarfsschätzung auch unabhängig von der Personalsituation. Zur epidemiologischen Entwicklung ist festzuhalten, dass auch hier nur vorhersehbare epidemiologische Faktoren in der Bedarfsprognose berücksichtigt werden können.

Mehrere Anträge forderten betreffend die für die Prognose verwendete Datengrundlage, eine Erweiterung entweder auf Vorjahre und/oder das Jahr 2020. Die Bedarfsprognose zur Spitalplanung 2023 wird auf den neusten verfügbaren und gleichwohl geeigneten **Daten** durchgeführt. Eine Berücksichtigung mehrerer vergangener Jahre bringt demgegenüber keine Vorteile, ausser möglicherweise bei Spitalplanungsleistungsgruppen mit sehr tiefen Fallzahlen und entsprechend starker Schwankung. Die Prognose stützt sich auf die angesprochenen Gutachten. Für die Bedarfsprognose sind nur medizintechnische Entwicklungen relevant, die zu einer Zu- oder Abnahme der stationären Fälle führen. Zudem muss die Höhe dieser Zu- oder Abnahme geschätzt und in einen numerischen Faktor umgesetzt werden können. Aus Sicht des Projektteams des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der ZHAW ist eine Vorhersage diesbezüglich nur für ganz wenige Entwicklungen möglich.

Einzelne Rückmeldungen regten eine **periodische Überprüfung** der Prognoseergebnisse an. Dies erachtet die Gesundheitsdirektion als sinnvoll und wird dies in regelmässigen Abständen vorsehen. So wäre die unterjährig Anpassung einer bestehenden Spitalliste auch ohne vollumfassende Neuplanung grundsätzlich möglich, wenn die Versorgungssituation dies verlangt (vgl. §8a, nSPFG).

Das Kapitel D 1.3.1 des Versorgungsberichtes wurde auf Grund wiederholter Hinweise im Kontext der **Über- oder Unterversorgung** überarbeitet und um Belege für eine mögliche Überversorgung und gegen eine aktuelle Unterversorgung unabhängig von der Pandemiesituation ergänzt. An den Annahmen wird seitens Gesundheitsdirektion festgehalten. Auch hier ist auf die Unterscheidung zwischen Spitalplanung und Pandemieplanung hinzuweisen.

Die Gesundheitsdirektion Zürich verfügt aktuell weder über die rechtlichen Instrumente zur Steuerung im ambulanten Bereich noch über die umfassende ambulante Datengrundlage. Die Spitalplanung 2023 bezieht sich aufgrund der rechtlichen Vorgaben explizit nur auf den stationären Bereich.

Evaluationskriterien

Wiederholt beantragten die Teilnehmenden an der Vernehmlassung eine Reduktion der Anforderungen und die Festlegung von Schwellenwerten. Diese Anträge konnte die Gesundheitsdirektion nur in Teilen berücksichtigen, sofern plausibel, wurden Präzisierungen vorgenommen.

Evaluationskriterium Qualität

Ein Grossteil der Spitäler wies in der Vernehmlassung darauf hin, die Dokumentation der jeweiligen Leitlinie pro Patientin oder Patient und Behandlung sei nicht angemessen. Diese Hinweise wurden aufgenommen, geprüft und mündeten in der Anpassung der Anforderung. Zukünftig muss nicht in jeder Behandlung auf die spezifische Leitlinie referenziert werden, jedoch sind Abweichungen von Leitlinien oder Behandlungskonzepten begründet festzuhalten. Angepasst wurde ebenfalls, in welchem Umfang Standard Operating Procedures

(SOPs) oder Behandlungskonzepte vorliegen müssen. Neu muss nicht mehr für jede Leistungsgruppe eine SOP oder ein Behandlungskonzept vorliegen, sondern jede Klinik/jeder Fachbereich verfügt für die angebotenen medizinischen Leistungen über entsprechende SOPs und Behandlungskonzepte. Hinsichtlich der geforderten Konzepte (beispielsweise Hygienekonzept, Risikokonzept etc.) wurden von einzelnen Spitälern explizite Inhalte erbeten. Die Gesundheitsdirektion verzichtet darauf, solche zu benennen und möchte den Spitälern den Freiraum lassen, ihre Inhalte selbst zu definieren oder bestehende Konzepte zu nutzen. Die Existenz der Konzepte als Teil der Bewerbungsunterlagen ist oft im Sinne der Selbstdeklaration ausreichend. Auf Rückfrage seitens der Gesundheitsdirektion müssen diese aber zur Verfügung gestellt werden können. Dies gilt bereits im Zeitraum des Evaluationsverfahrens aber ebenso nach allfälliger Erteilung eines Leistungsauftrages. Eine Abfrage könnte dann zum Beispiel im Rahmen eines Audits erfolgen.

Mehrere Stellungnahmen forderten die Berücksichtigung anderer oder weiterer Evaluationskriterien im Bereich der Qualität. Diese muss die Gesundheitsdirektion aber aus unterschiedlichen Gründen ablehnen. Personal und Arbeitsbedingungen beispielsweise sind keine messbaren Evaluationskriterien. Ähnliche Einwände erfolgen auch an anderer Stelle. Kapitel B 2.2 listet die Empfehlungen der GDK auf. Welche Empfehlung seitens Gesundheitsdirektion berücksichtigt und wo die Schwerpunkte gesetzt werden, liegt im Ermessen der Gesundheitsdirektion Zürich.

Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit

Zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit erfolgten verschiedene Rückmeldungen. Diese wiesen darauf hin, das Evaluationskriterium sei zu stark gewichtet und würde zu stark auf die Kosten der Leistungserbringung ausgerichtet. Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit fokussiert im Rahmen der Spitalplanung 2023 jedoch auf die Beurteilung der Kosteneffizienz und der wirtschaftlichen Stabilität. Das Ergebnis dieser Evaluation fliesst zusammen mit den anderen Evaluationskriterien, den generellen und den leistungsbezogenen Anforderungen in die Gesamtbeurteilung ein.

Weitere Rückmeldungen forderten den ersatzlosen Verzicht der Kennzahlen «Eigenkapitalquote» und «Reservequote», da diese entweder als nicht zielführend oder im aktuellen Zinsumfeld als nicht sinnvoll und ungeeignet eingeschätzt wurden. Die Reservequote und die Eigenkapitalquote sind unabhängig vom Zinsumfeld. Die Wahl der Höhe der Eigenkapitalquote ist ein strategischer Entscheid des Unternehmens. Die Reservequote setzt das Eigenkapital ins Verhältnis zum Betriebsaufwand. Auch diese Kennzahl ist unabhängig vom Zinsumfeld.

Die **betriebswirtschaftlichen Kennzahlen** werden auf Ebene Körperschaft, mit der letztendlich eine Leistungsvereinbarung unterzeichnet wird, getroffen. An der Verwendung der Kennzahlen Reserve- und Eigenkapitalquote wird festgehalten, da beide Aussagen über die wirtschaftliche Stabilität zulassen. Es geht bei diesen Kennzahlen in erster Linie darum, den Status Quo der Eigentümerverhältnisse und den der Liquidität zu evaluieren und weniger darum, zusätzliche Anforderungen an die Kostenrechnung zu stellen. Rückmeldungen zur Liquiditätsplanung mündeten in der Präzisierung des Versorgungsberichts. Die Gesundheitsdirektion erhebt hier eine langfristige Geldflussrechnung. Die Analyse der **wirtschaftlichen Stabilität** soll vor allem Aufschluss auf potentielle Engpässe in der Liquidität zum Beispiel aufgrund tariflicher Unsicherheiten geben. Jeder Leistungserbringer auf der Spitalliste des Kantons Zürich soll wirtschaftlich gesund sein und bei unerwarteten finanziellen Schwierigkeiten weiterhin wirtschaftlich handlungsfähig sein. Aus wirtschaftli-

cher Sicht ist die langfristige Versorgungssicherheit nur so gewährleistet. Die Gesundheitsdirektion stützt auf die genannten drei Kennzahlen ab, welche die Liquidität, Profitabilität und Unabhängigkeit gegenüber Kreditgebern evaluieren. Obschon die Rechtsform die Höhe dieser Kennzahlen beeinflussen kann, wird diese im Rahmen der Evaluation der wirtschaftlichen Stabilität nicht gesondert betrachtet werden.

Die **Reservequote** berechnet die Eigentumsverhältnisse der Vermögenswerte des Spitals oder der Klinik, nicht die Barbestände. Wenn ein Grossteil des Vermögens fremden Kreditgebern gehört, kann bei einem allfälligen Ertragsausfall nicht flexibel und zeitnah reagiert werden. Für die Beurteilung der wirtschaftlichen Stabilität spielt die Liquidität eine wichtige Rolle, deshalb hält die Gesundheitsdirektion an dieser Kennzahl fest.

Ziel der Berücksichtigung der **Eigenkapitalquote** ist, dadurch die Unabhängigkeit von Kreditgebern evaluieren zu können. Aus wirtschaftlicher Sicht soll die Versorgungssicherheit durch wirtschaftlich gesunde Leistungserbringer gewährleistet sein. Dabei sollen die Leistungserbringer relativ unabhängig und nicht zu stark von fremden Kapitalgebern abhängig sein. Je unabhängiger der Eigentümer ist, desto selbstständiger kann dieser handeln. Es geht hier lediglich um eine Analyse der aktuellen Verhältnisse und nicht um ein Aufstellen neuer Vorschriften.

Die **EBITDAR-Marge** wird in verschiedenen Stellungnahmen als dienliche Kennzahl für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bewertet. Entgegen einzelner Anträge ist diese im Kontext der kantonalen Spitalplanung der EBITDA-Marge als Kennzahl vorzuziehen. Anlagen im Besitz werden über die Abschreibungen und kalkulatorischen Zinsen in beiden Kennzahlen berücksichtigt. Werden Anlagen hingegen gemietet, berücksichtigt die EBITDA-Marge diese Anlagenutzungskosten nicht. Mit dem Ziel der Verwendung möglichst aussagekräftiger Kennzahlen, hält die Gesundheitsdirektion an der EBITDAR-Marge fest.

Obschon wiederholte Rückmeldungen den Antrag zur vorgängigen Publikation der **Schwellenwerte** enthielten, können diese nicht bereits mit dem Versorgungsbericht festgelegt und veröffentlicht werden. Erst mit Berücksichtigung der Grundgesamtheit aller Bewerbungen ist dies plausibel möglich.

Die Evaluation der **Fallkosten** auf Ebene Spitalplanungsleistungsbereich und Spitalplanungsleistungsgruppe wird auf Basis der Daten 2019 vorgenommen. Gemäss den generellen Anforderungen im Anhang der Zürcher Spitalisten müssen die Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag ein REKOLE-Zertifikat vorweisen können. Das Zertifikat bestätigt eine verursachergerechte Buchung der Kosten auf die Kostenträger. Damit müssen die Fallkosten auf jeder Ebene vergleichbar sein, wenngleich einzelne Stellungnahmen dies in Frage stellten. Deshalb hält die Gesundheitsdirektion an der Option zur Berücksichtigung der Fallkosten auf Ebene Spitalplanungsleistungsbereich und Spitalplanungsleistungsgruppe fest.

Evaluationskriterium Zugänglichkeit

Die Erreichbarkeit definiert sich in erster Linie durch eine zeitgerecht zugängliche Grundversorgung. Der Fokus liegt daher auf akutsomatischen Spitälern mit Leistungsauftrag «Basispaket Chirurgie und Innere Medizin». Für die Psychiatrie und den Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» erfolgte diese Anpassung analog. Die Gesundheitsdirektion stützt die Analyse auf Leistungserbringer mit dem «Basispaket» bzw. Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» im Sinne der Grundversorgung und damit nicht ausschliesslich für die Notfallversorgung. Dieser Hinweis aus der Vernehmlassung wurde berücksichtigt. Eine gesonderte

Betrachtung der Zugänglichkeit für ältere Patientinnen und Patienten ist jedoch trotz Rückmeldung einzelner Teilnehmenden aus Sicht der Gesundheitsdirektion nicht angezeigt: Es gilt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen nach KVV 58b Abs. 4 lit. b im Sinne der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist zu berücksichtigen. Die Datengrundlage zur Verwendung einer altersspezifischen Zugänglichkeit ist nicht gegeben, auch das Gesetz unterscheidet Altersgruppen nicht.

Akutsomatik

Im Fachbereich der Akutsomatik gingen umfangreiche Rückmeldungen zum Leistungsgruppenmodell, speziell in Bezug auf die Gruppierung bestimmter CHOP- und ICD-Codes ein. In einzelnen Leistungsgruppen wurden folgende Anpassungen vorgenommen und Anforderungen präzisiert.

BEW8 Wirbelsäulenchirurgie

Seit 01.01.2021 können Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie absolvieren. Ab 01.01.2023 wird dieser Schwerpunkttitel für einzelne Leistungsaufträge (BEW8) verpflichtend, mit einer Übergangsfrist von drei Jahren. Neben der Zuordnung der CHOP- und ICD-Codes werden die Fälle im SPLG-Grouper hierarchisch absteigend angeordnet. Sollten bei einem Fall nun mehrere SPLG zur Auswahl stehen, wird der Grouper die Fälle hierarchisch abstuft und gruppieren. Dadurch ist eine Abgrenzung auch im Grouper sichergestellt.

GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital

Die Unterschiede zwischen Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser in Gegenüberstellung zu Hebammengeleitete Geburt sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich. Patientinnen nach Kaiserschnitt können nur in Institutionen angrenzend an eine Geburtsklinik behandelt werden, um kurze Wege bei Komplikationen sicherzustellen. Die Operationalisierung ist durch die Elemente Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht sichergestellt.

GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum

Die Gesundheitsdirektion unterstützt die Aktivität des Universitären Geriatrie-Verbands Zürich, der sich bei der Entwicklung eines Assessment Tools engagiert hat. Das Assessment-Tool berechnet, welche Patientinnen und Patienten einer Behandlung in einem akutgeriatriischen Kompetenzzentrum bedürfen. Mit Hilfe dieses Assessment-Tools wird eine effiziente Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern koordiniert, damit die begrenzt verfügbaren Fachkräfte möglichst gut eingesetzt werden können. Die Akutgeriatrie wird dabei weiterhin als Querschnittsbereich definiert und nicht mittels separater Leistungsgruppe dargestellt.

KAR Kardiologie

In Rücksprache mit Fachexpertinnen und -experten wurden im Bereich Kardiologie die strukturellen Eingriffe neu auf zwei SPLG verteilt: KAR3.1 enthält Eingriffe, für die keine Herzchirurgie «in-house» benötigt wird; KAR3.1.1 findet Verwendung für komplexe Eingriffe, für die eine enge Zusammenarbeit mit der Herzchirurgie «in-house» nötig ist. Die Anforderungen sind in der aktualisierten Beilage zur Spitalliste ersichtlich.

PAL Querschnittsbereich Palliative Care

Die Palliative Care ist ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung und ist im Basispaket der Spitalleistungen verankert. Die älter werdende Bevölkerung sowie die Entwicklung medizinischer Technologien machen einen Ausbau des stationären, spezialisierten Angebotes erforderlich. Die stationäre Versorgung im Bereich der Palliative Care orientiert sich an der nationalen Strategie. In diesem Zug werden auch die bestehenden Zertifikate als Nachweis einer hervorragenden Struktur- und Prozessqualität der palliativen Versorgung übernommen. Bei der Zertifizierung der spezialisierten Palliative Care Einheiten werden die Zentren als Palliativstationen und/oder als mobile Konsiliardienste klassifiziert. Im Rahmen der integrierten Versorgung wird ein Augenmerk auf die verbesserte Koordination von Schnittstellen (ambulant, stationär, Langzeitpflege etc.) gelegt. An der Zuordnung als Querschnittsbereich wird festgehalten, da aktuell noch keine Möglichkeit einer eindeutigen Abgrenzung und damit Operationalisierung im SPLG-Grouper besteht.

Mindestfallzahlen

Die Gesundheitsdirektion wurde darauf hingewiesen, dass zu hohe Vorgaben zu Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur zu negativen Auswirkungen auf die Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses führen würden. Die Spitäler sind verpflichtet, angemessene Aus-, Fort- und Weiterbildungen sicherzustellen und müssen das auch in den bestehenden Strukturen und den vorherrschenden Regulationen garantieren können. Hierfür führte die Gesundheitsdirektion den «Supervisions-Status» ein. Die Supervision stellt das Teaching von Nachwuchs sicher, indem auf eine Punkteteilung verzichtet wird. Detailliertere Ausführungen sind im Kapitel der Beilage zu «Weitergehenden generellen Anforderungen» ersichtlich.

Ferner ging die Anregung ein, ambulante Operationen sollten für die Bewertung der Mindestfallzahlen ebenfalls berücksichtigt werden. Diesen Hinweis greift die Gesundheitsdirektion auf und wird Anpassungen am Monitoring prüfen.

Die Liste der Operateurinnen und Operateure, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen, wird künftig je Trimester von der Gesundheitsdirektion aktualisiert und publiziert werden.

Die Rückmeldungen enthielten auch den Antrag, vollumfänglich auf die Erhebung und Prüfung der Mindestfallzahlen zu verzichten. Die Gesundheitsdirektion weist auf die Relevanz der Indikationsqualität hin. Deren Messung ist teilweise herausfordernd. Mit Indikationsboards wird die Indikationsstellung interdisziplinär überprüft. Längerfristig könnten auch PROMs (Patient Reported Outcome Measures) Aufschluss auf die Indikationsqualität geben. Aktuell werden hierzu aber nur in ausgewählten Fachbereichen klare Vorgaben gemacht. Das Ersetzen der Mindestfallzahlen ist nicht angezeigt.

Psychiatrie

In den Ausführungen zum Prognoseergebnis in der Psychiatrie wurde eine zusätzliche Abbildung, gegliedert nach Spitalplanungsleistungsbereich, für die Pflagestage in den Jahren 2019 und 2032 ergänzt.

Es erfolgte eine Präzisierung in den Anforderungen der **Auftragstypen** mit der Ergänzung zu SPV Spitalversorgung: Die Behandlungsdauer im Kriseninterventionszentrum beträgt für Erwachsene in der Regel höchstens sieben Tage, für Kinder und Jugendliche in der Regel höchstens 28 Tage.

Rehabilitation

In den Ausführungen zum Prognoseergebnis in der Rehabilitation wurde eine zusätzliche Abbildung, gegliedert nach Spitalplanungsleistungsbereich für die Pflage in den Jahren 2019 und 2032 ergänzt.

Die Mehrheit der Stellungnahmen begrüsst das **Leistungsgruppenmodell Rehabilitation**. Die differenzierteren Leistungsgruppen würden eine Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler ermöglichen, welche die entsprechenden Anforderungen erfüllen. Damit würde die Behandlungsqualität in den Kliniken sowie eine patientengerechtere Versorgung gefördert. Vereinzelt Rückmeldungen forderten Anpassungen am Modell, wie z.B. eine eigene Leistungsgruppe für die geriatrische Rehabilitation. Die Gesundheitsdirektion hält jedoch an der definierten Leistungsgruppensystematik fest. Diese wurde unter Einbezug verschiedener Fachexpertinnen und -experten entwickelt und auch in einer der Vernehmlassung vorangegangenen Fachanhörung positiv beurteilt.

GER Querschnittsbereich Geriatrische Rehabilitation

Verschiedene Stellungnahmen äusserten sich kritisch zur Umsetzung der «automatischen» Verknüpfungen der Leistungsgruppen RKA1, PNE1 und INO1 mit einem Leistungsauftrag GER. Nach vertiefter Prüfung kommt die Gesundheitsdirektion zum Schluss, dass diese Verknüpfung bei der Leistungsvergabe nicht angewendet werden kann, da sie nicht den Vorgaben für die Spitalplanung gemäss KVG entspricht. Eine solche Vergabe entspräche keiner bedarfsgerechten Planung, da eine «automatische» Verknüpfung nicht am Bedarf ausgerichtet ist. Zudem würden die Leistungserbringer ungleich behandelt. Während Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag GER die leistungsspezifischen Anforderungen für die Leistungsgruppen RKA1, PNE1 und INO1 zu erfüllen hätten, bräuchten hingegen diejenigen Leistungserbringer mit Leistungsauftrag GER die Strukturanforderungen nicht zu erfüllen. Damit würden die Patientinnen und Patienten auch nicht von den fachspezifischen Anforderungen der Leistungsgruppen RKA1, PNE1 und INO1 profitieren können. Die Verknüpfung des Leistungsauftrags für den Querschnittsbereich GER erfolgt deshalb immer in Kombination mit einer Leistungsgruppe. Diese muss für die Bedarfsabdeckung notwendig sein und die Rehabilitationsklinik hat alle Anforderungen hierfür zu erfüllen. Damit ist sichergestellt, dass diese vulnerable Gruppe von Patientinnen und Patienten sowohl die fachspezifische Rehabilitation als auch die altersmedizinische Behandlung erhalten und die Leistungsvergabe dem Bedarf entspricht.

UEB Querschnittsbereich Überwachungspflichtigkeit

Rückmeldungen von Vernehmlassungsteilnehmenden zeigen, dass Unklarheiten in Bezug auf die medizinische Abgrenzung der Akutsomatik zur Rehabilitation bestehen, insbesondere zu den Patientinnen und Patienten der überwachungspflichtigen Rehabilitation. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb den Versorgungsbericht um medizinische Abgrenzungskriterien zwischen der Akutsomatik und der Rehabilitation ergänzt. Damit einhergehend hat sie die Definition der Patientengruppen mit Überwachungsbedarf im Querschnittsbereich «Überwachungspflichtigen Rehabilitation» geschärft.

Verschiedene Rückmeldungen hielten fest, die **Akut- und Übergangspflege (AÜP)** übernehme zunehmend Aufgaben der Rehabilitation. Sie fordern deshalb, die Rolle der stationären Langzeitpflege in der Rehabilitation, insbesondere hinsichtlich der geriatrischen Rehabilitation im Versorgungsbericht zu klären. Die Gesundheitsdirektion weist darauf hin, dass es Aufgabe der Spitalplanung ist, die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben

des KVG sicherzustellen (vgl. SPFG § 4 Abs. 1). Die AÜP hingegen gehört zum Pflegebereich und ist somit nicht Gegenstand der Spitalplanung 2023. Die Gesundheitsdirektion ist sich jedoch der Herausforderungen der AÜP bewusst.

Die Mehrheit der Rückmeldungen begrüsst, dass für die Zürcher Bevölkerung zukünftig vermehrt auch wohnorts- und akutspitalnahe, respektive integrierte **Versorgungsstrukturen** der Rehabilitation zur Verfügung stehen sollen. Im Zuge der Anpassung der Verknüpfung des Leistungsauftrags für den Querschnittbereich GER verzichtet die Gesundheitsdirektion auf die konkrete Vorgabe von Leistungskombinationen in Verbindung mit der SPLG GER für wohnorts- und akutspitalnahe Leistungsangebote. Ihr besonderes Augenmerk auf Leistungsangebote für geriatrische Rehabilitationspatientinnen und -patienten bei der Vergabe von wohnortsnahen Leistungsaufträgen bleibt jedoch bestehen.

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung zeigten, dass eine **Buchungsplattform** für Rehabilitationsbetten von wichtigen Interessenvertretern nicht gewünscht ist. Die Gesundheitsdirektion verzichtet deshalb auf das Projekt und die entsprechende generelle Qualitätsanforderung. Im Hinblick auf die nach wie vor bestehenden Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Rehabilitation wird die Gesundheitsdirektion die Situation neu analysieren, wenn die Spitalliste Rehabilitation 2023 eingeführt worden ist. Bei Bedarf würde dann in einem ersten Schritt mit den Listenspitäler Akutsomatik und Rehabilitation nach Lösungen gesucht werden.

2.3 Übersicht der Rückmeldungen und Anpassungen nach Bereichen in der Beilage zum Versorgungsbericht

Wiederholt äusserten die Teilnehmenden an der Vernehmlassung eine Forderung nach Reduktion der Anforderungen. Diesem Wunsch ist die Gesundheitsdirektion nicht in vollem Umfang nachgekommen, wo nötig wurden hingegen Präzisierungen vorgenommen. So wurden auch die Erläuterungen zur Berechnung und Prüfung der Mindestfallzahlen ergänzt.

2.3.1 Generelle Anforderungen

In den generellen Anforderungen wurden einzelne Qualitätskriterien präzisiert, insbesondere in den Kapiteln «Leitlinien und Behandlungskonzepte», «Qualitäts- und Risikomanagement», «Qualitätsmessung» sowie «Koordinierte Versorgung» und «Verlegungen ab Geburtshaus». Die Begriffe «Qualitätskonzept» und «Risikokonzept» wurden durch «Qualitätsmanagement» und «Risikomanagement» ersetzt.

Unter den zusätzlichen Anforderungen im Bereich Akutsomatik erfolgten Präzisierungen in den Anforderungen «Hygienemanagement» und «Qualitätscontrolling», im Bereich Rehabilitation erfolgten ebenfalls Konkretisierungen der dort aufgeführten Anforderungen.

Aufgrund der Rückmeldungen sowie mit Blick auf die in ST Reha definierten Vorgaben mit den dazugehörigen CHOP-Kodes verzichtet die Gesundheitsdirektion auf Vorgaben zu den Therapieeinheiten.

Die Anforderung zur räumlichen Abgrenzung der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation wurde vereinzelt in den Stellungnahmen kritisiert. Diese besteht derzeit bereits (vgl. Merkblatt für Leistungserbringer mit Leistungsaufträgen in mehreren Versorgungsbereichen) und unterbindet integrierte Versorgungsformen nicht. Die Gesundheitsdirektion behält diese bei.

2.3.2 Weitergehende generelle Anforderungen und Leistungsspezifische Anforderungen

Allgemein

Ergänzend zu den «Mindestfallzahlen pro Operateur/-in» führt das Kapitel weitergehende generelle Anforderungen auch Konzepte «Mindestfallzahlen pro Spital» und «Mindestfallzahlen Rehabilitation» aus. Zusätzlich wurde im Bereich «Aus- und Weiterbildung» die zeitliche Voraussetzung für eine unverschuldete Minderleistung konkretisiert.

Akutsomatik

Vereinzelt wurde gefordert, die Liste der Operateurinnen und Operateure, welche die Anforderungen an die Mindestfallzahlen erfüllen, mehrfach pro Kalenderjahr zu publizieren. Diese Liste wird bereits drei Mal jährlich aktualisiert. Im Juli erstellt die Gesundheitsdirektion die erste Liste basierend auf dem Leistungscontrolling. Zwischen Juli und September werden Korrekturen und Anpassungen vorgenommen, im Oktober wird eine neue Liste publiziert. Die Operateurinnen und Operateure, welche die Mindestfallzahlen nicht erreichen

oder sich in einer Ausnahmesituation befinden, haben bis zum 28. Februar des folgenden Jahres die Möglichkeit, ihre Situation der Gesundheitsdirektion zu melden. Mitte März erfolgt die dritte Aktualisierung der Liste. Mit diesem Vorgehen ermöglicht es die Gesundheitsdirektion den Spitälern, Änderungen in der Arztbelegschaft zu mehreren Zeitpunkten zu melden.

Vervollständigende Angaben zu den Mindestfallzahlen wurden in den Leistungsgruppen der Kardiologie (KAR1, KAR2, KAR 3.1) und der Wirbelsäulenchirurgie (BEW8, BEW8.1, BEW8.1.1) vorgenommen.

Die in der Beilage zum Versorgungsbericht aufgeführte Legende und Konkretisierung zu den leistungsspezifischen Anforderungen (S. 24ff, Version Versorgungsbericht zur Vernehmlassung) wurde im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung in die Excel-Tabelle «Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik» integriert.

Psychiatrie

In Bezug auf die Dienstärztinnen/ärzte-Regelung in Kliniken mit Auftragsstyp SPV ging der Antrag ein, die Anforderungen von 30 Minuten auf 60 Minuten anzupassen. Die Gesundheitsdirektion hat dies berücksichtigt. Die diensthabende Ärztin / der diensthabende Arzt ist von Montag bis Freitag von 8-17 Uhr am Spitalstandort. Ausserhalb dieser Zeiten ist dieser/diese jederzeit erreichbar und bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten am Spitalstandort. Zudem ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.

Die **Aufenthaltsdauer** in einem Krisenintenzionszentrum (KIZ) für Erwachsene ist in der bisherigen Formulierung mit «max. 7 Tage» zu rigide. Die Gesundheitsdirektion nimmt eine Anpassung auf «in der Regel max. 7 Tage» vor. Zudem wird die Anforderung für KIZ für Kinder und Jugendliche ergänzt, hier gilt eine Aufenthaltsdauer von «in der Regel max. 28 Tage».

Die Altersgrenze **Gerontopsychiatrie** wurde im Rahmen der Fachanhörungen aus medizinischen Überlegungen auf 65 Jahre festgelegt, Anträge auf Anpassung wurden demzufolge nicht berücksichtigt. Die einzelnen Altersbereiche müssen analog zu den Leistungsgruppen klar operationalisierbar sein, d.h. eine «flexible Gestaltung» der Altersbereiche ist nicht möglich. Grundsätzlich gilt, alle Leistungserbringer können sich für alle Altersbereiche bewerben, sofern sie die dazugehörigen Anforderungen erfüllen. Die teils in den Anträgen geforderten «klaren Anforderungen bezüglich personeller Qualifikation» finden sich bereits in den Anforderungen zum Altersbereich Gerontopsychiatrie.

Rehabilitation

Die Mehrheit der Rehabilitationskliniken fordern, auf Vorgaben zu **Festanstellungen** zu verzichten, da solche Vorgaben innovative, integrierte Versorgungsmodelle einschränken würden. Zudem beantragen sie, von Vorgaben zu konkreten **Verfügbarkeiten, Mindestdotationen** und **Anzahl Therapieeinheiten** abzusehen und diesen Ressourceneinsatz der unternehmerischen Verantwortung der Rehabilitationskliniken zu überlassen. Die Gesundheitsdirektion erachtet die Rückmeldungen als berechtigt und verzichtet deshalb weitgehend bis vollständig auf diese Anforderungen. Die Listenspitäler bleiben verpflichtet, eine interdisziplinär ausgerichtete Behandlung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam sicherzustellen.

Die Anforderung an die Leistungsgruppen MSK1 und NER1 neben der stationären Rehabilitation auch eine **Tagesklinik** zu betreiben, wird von einzelnen Leistungserbringern als kritisch beurteilt. Sie weisen darauf hin, dass es zur Förderung der ambulanten Rehabilitation klare politische Vorgaben bräuchte, ebenso eine adäquate Finanzierung der ambulanten Angebote. Die Zürcher Gesundheitsdirektion hat die Anforderung überprüft und ist zum Schluss gekommen, unter den gegebenen Rahmenbedingungen kein Angebot einer Tagesklinik im Kanton zu fordern. Die Gesundheitsdirektion würde jedoch nach wie vor tagesklinische Angebote in wohnortsnähe zur Zürcher Bevölkerung sehr begrüßen.

2.3.3 Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen

In den Unterlagen zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen wurden auf Basis der eingereichten Stellungnahmen vereinzelte Präzisierungen in Bezug auf die **Erfassung der Personen und Vollzeitäquivalente zur Evaluation des Bedarfs** vorgenommen. Das Berechnungsmodell wurde vor initialer Einführung allen Betrieben zur Stellungnahme bekannt gegeben und alle Betriebe konnten während der damaligen Vernehmlassung ihre Stellungnahmen einreichen. Dieses Berechnungsmodell wurde aufgrund der einfachen und unkomplizierten Anwendung allseits geprüft und für praktikabel befunden.

In Bezug auf die **unverschuldeten Minderleistungen** hat die Gesundheitsdirektion entgegen der eingegangenen Forderungen keine Anpassung der zeitlichen Komponenten vorgenommen. Gerade dem Umstand soll Rechnung getragen werden, wenn zwei Wochen vor Ausbildung ein Abbruch stattfindet, dass dies als unverschuldete Minderleistung deklariert werden kann und als Minderleistung von der Gesundheitsdirektion akzeptiert wird. Kann die Stelle nicht besetzt werden, wird dies bei der Leistungsüberprüfung berücksichtigt und vom entsprechenden Soll abgezogen. Dazu müssen die Betriebe die Belege im Rahmen des jährlichen Leistungsnachweises einreichen und die unverschuldete Minderleistung belegen.

Die Berechnung des **Ausbildungspotentials** in Wochen eines jeden Listenspitals erfolgt mittels der Normwerte in Relation zu den IST-Stellenplänen (zweijährliche Stellenerhebung (Vollzeitäquivalente und Anzahl Personen) in den betreffenden Berufen, resp. Berufsgruppen).

3. Anregungen für das weitere Vorgehen

Kantone äusserten ein gesteigertes bis grosses Interesse, künftig eine gemeinsame Planung vorzunehmen. Die Gesundheitsdirektion begrüsst das Interesse und wird dies im weiteren Vorgehen auch über das Projekt Spitalplanung 2023 hinaus berücksichtigen.

4. Nächste Schritte

Die Gesundheitsdirektion hat die zahlreichen Kritiken und Anregungen sorgfältig geprüft und diese soweit möglich und sinnvoll in das weitere Vorgehen mit einbezogen. Gestützt auf dieser Beurteilung der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde im Juni 2021 die definitive Version des Versorgungsberichtes publiziert.

Basierend auf den Planungsgrundlagen der ersten Etappe werden ab dem 01.07.2021 die Bewerbungen aller an einem Leistungsauftrag interessierten Leistungserbringer bis zum 14.09.2021 entgegengenommen. Anschliessend werden die Bewerbungen geprüft und evaluiert. In allen drei Fachbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) werden mit der Spitalplanung 2023 neue Spitalisten erstellt und somit sämtliche Leistungsaufträge neu vergeben. Eine Fortführung bestehender Listenplätze ist nicht möglich.

Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens werden im Strukturbericht festgehalten und die Leistungsaufträge in den provisorischen Spitalisten dargestellt. Der Strukturbericht inklusive der provisorischen Spitalisten wird im Frühjahr 2022 in die Vernehmlassung gegeben.

Anhang 1: Hinweise auf konkrete Fehler

- Korrektur der Mindestfallzahl pro Operateur in der Spitalplanungsgruppe BEW7.1 in Höhe von 1530
- Ergänzung der Angaben für fehlende Mindestfallzahlen pro Operateur einzelner Leistungsgruppen in der Akutsomatik

Anhang 2: Verzeichnis der Vernehmlassungsadressaten

Kantonebene

Direktionen des Regierungsrates und Staatskanzlei des Kantons Zürich
Gesundheitsdepartemente der Schweizer Kantone

Gemeindeebene

Gemeindepräsidentenverband des Kantons Zürich
Politische Gemeinden des Kantons Zürich

Verbände / Interessensvertretungen

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich
curafutura
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
Patientenstelle Zürich
santésuisse
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
Schweizerische Stiftung Patientenorganisation (SPO)
Verband des Personals öffentlicher Dienste Region Zürich (VPOD Zürich)
Verband Schweizerische Assistenz- und Oberärzte Sektion Zürich (VSAO)
Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)
Vereinigte Personalverbände des Kantons Zürich (VPV)
Zürcher Privatkliniken (ZUP)

Politische Parteien

Politische Parteien des Kantons Zürich

Akutspitäler und Geburtshäuser

Adus Medica AG
EulachKlinik AG
Geburtshaus Delphys
Geburtshaus Zürcher Oberland
GZO AG Spital Wetzikon
Hirslanden AG
Hirslanden Klinik im Park
Kantonsspital Schaffhausen
Kantonsspital Winterthur
Kinderspital Zürich
Klinik Lengg
Klinik Pyramide am See
Klinik Susenberg
Klinik Tiefenbrunnen

Limmatklinik
Privatklinik Bethanien AG
Privatklinik Lindberg
Schulthess-Klinik
See-Spital
Sune-Egge
Spital Affoltern
Spital Bülach
Spital Limmattal
Spital Männedorf AG
Spital Uster
Spital Zollikerberg
Stadtspital Triemli und Waid
Universitätsklinik Balgrist
UniversitätsSpital Zürich
Uroviva Klinik für Urologie

Psychiatrische Kliniken

Clienia Privatklinik Littenheid
Clienia Privatklinik Schlössli
Forel Klinik AG
Integrierte Psychiatrie Winterthur -
Klinik Meissenberg
Klinik Sonnenhof
Modellstation SOMOSA
Privatklinik Hohenegg AG
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Sanatorium Kilchberg AG
Suchtfachklinik Zürich

Rehabilitationskliniken

aarReha Schinznach
Klinik Gais
Kliniken Valens
Rehaklinik Dussnang AG
Reha Seewis
Reha Rheinfelden
RehaClinic Zurzach (ZURZACH Care Bad Zurzach)
RehaClinic Zürich AG (ZURZACH Care AG)
REHAB Basel
Rehaklinik Bellikon
Rehaklinik Zihlschlacht AG
Rheinburg-Klinik AG
Zürcher RehaZentrum Davos und Wald