



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Gesundheits- versorgung 2018

Akutsomatik

Rehabilitation

Psychiatrie

Herausgeberin

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

Dezember 2018

Vorwort

Unsere Gesundheit ist ein kostbares Gut, wir haben viele Möglichkeiten sie zu pflegen und zu erhalten. Im Krankheitsfall aber sind wir auf die Leistungen anderer angewiesen: Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Heime und Spitex, Bund, Kantone und Gemeinden, Patientenorganisationen und Angehörige. Die Qualität der Versorgung hängt dabei nicht nur von den Akteuren selbst ab, sondern auch davon, wie gut sie zusammenarbeiten. Um dieses Zusammenspiel zu optimieren, hat die Arbeit an den Schnittstellen für die Gesundheitsdirektion hohe Priorität. Der diesjährige Gesundheitsversorgungsbericht gibt Einblicke in diese «Schnittstellenarbeit». Ein eindrückliches Beispiel ist das Rettungswesen. Es ist ein wichtiger Teil der Versorgungskette für die Zürcher Bevölkerung. Hier müssen Alarmierung, Rettungseinsatz mit Transport ins Spital und (Weiter-)Behandlung jederzeit und überall bestmöglich funktionieren – jedes Element für sich und die gesamte Kette im Zusammenspiel.

Um dieses Zusammenspiel im Kanton Zürich zu optimieren, hat die Gesundheitsdirektion zusammen mit allen Beteiligten – Einsatzleitzentrale, Rettungsdienste, Ärzteschaft, Spitäler und Gemeinden – zwei zentrale Massnahmen erarbeitet: eine Erhöhung der Mindestqualität sowie die Anwendung einer Nächst-Best-Strategie. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das: garantierte Qualität, die schnellste Strecke, das geeignetste Spital.

Das gleiche Problem finden wir auch bei einem ganz anderen Thema: der Demenz. Hier treffen wir ebenfalls auf zahlreiche Schnittstellen, denn Demenz beschäftigt längst nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern betrifft die gesamte Gesellschaft. Und das wird sie auch in Zukunft: Aktuell leben 25 000 Menschen mit Demenz im Kanton Zürich, bis 2040 wird sich diese Zahl auf rund 50 000 verdoppeln. Um diese grosse Herausforderung anzugehen, braucht es eine gute Vernetzung über alle Schnittstellen hinweg. Diese hat das Projekt «Mäander» zum Ziel: Es wird Demenz gesamtgesellschaftlich angehen und die Koordination, Initiation und Kommunikation der unterschiedlichen Aktivitäten in diesem Bereich übernehmen.

Und nochmals ein Szenenwechsel: Auch beim Wechsel vom Akutspital in eine Rehaklinik oder ein Alters- und Pflegeheim zeigen sich Schnittstellen mit Verbesserungspotenzial: Statistiken weisen auf eine administrative Hürde beim Übertritt hin, die den Spitalaufenthalt verlängert. Die Gesundheitsdirektion nimmt sich dem Thema an und prüft wirksame Massnahmen dazu. Auch im Rahmen der Spitalplanung 2022 werden wir diese Schnittstelle gezielt angehen.

Schnittstellen: ein Stichwort, das Einblick in die unterschiedlichsten Bereiche der Gesundheitsversorgung bietet. Ich wünsche eine spannende Lektüre.

Regierungspräsident Dr. Thomas Heiniger
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Inhalt

Vorwort des Gesundheitsdirektors	3
01 Zürcher Gesundheitsversorgung	7
1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich	8
1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich	10
1.3 Optimierung der Gesundheitsversorgung	12
1.4 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen	33
02 Akutsomatik	37
2.1 Die Zürcher Spitallandschaft im Jahr 2018	38
2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler	40
2.3 Personal in Zürcher Spitälern	54
2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler	56
2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler	61
2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung	63
2.7 Patientenmigration	66
03 Rehabilitation	69
3.1 Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation	70
3.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Rehabilitationskliniken	71
3.3 Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken	73
3.4 Tarife der Zürcher Rehabilitationskliniken	74
3.5 Stationäre rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung	75
04 Psychiatrie	79
4.1 Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie	80
4.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Psychiatriekliniken	82
4.3 Personal in Zürcher Psychiatriekliniken	88
4.4 Tarife der Zürcher Psychiatriekliniken	90
4.5 Stationäre psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung	93
4.6 Patientenmigration	95

01

Zürcher Gesundheits- versorgung

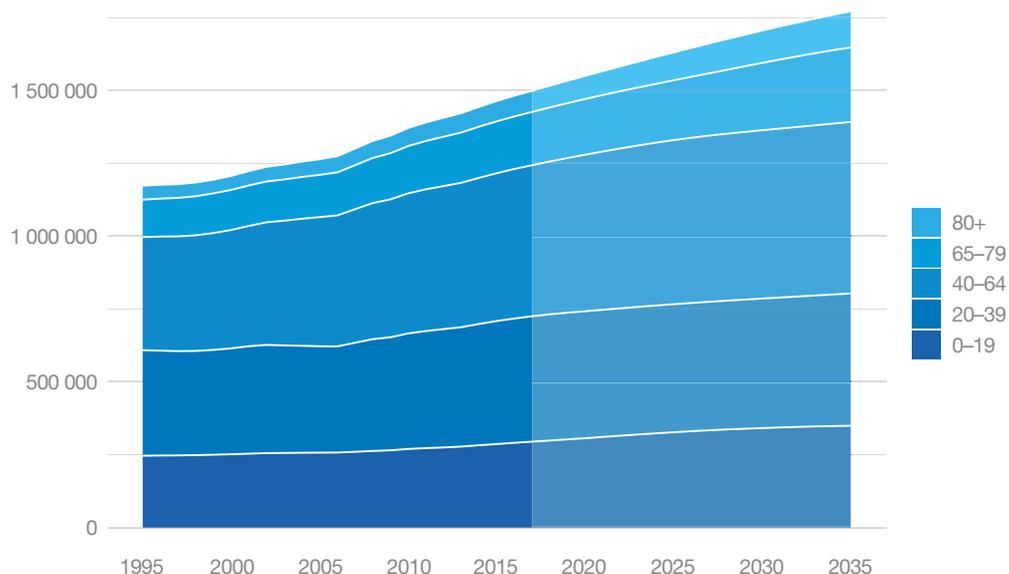
- 1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich
- 1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich
- 1.3 Optimierung der Gesundheitsversorgung
- 1.4 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden verschiedene für die Zürcher Gesundheitsversorgung und damit für die Zürcher Bevölkerung relevante Aspekte thematisiert. Als Erstes wird die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich nach Alter und Region dargestellt. Danach wird ein Überblick über das medizinische Angebot im Kanton Zürich gegeben. Anschliessend zeigt Kapitel 1.3 auf, wie die Gesundheitsdirektion die Gesundheitsversorgung weiter optimiert und gezielt Schnittstellen bearbeitet. Zum Abschluss wird im Kapitel 1.4 die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Zürcher Gesundheitsversorgung thematisiert.

1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich

Seit der Jahrtausendwende ist die Zürcher Bevölkerung von 1,2 Millionen auf rund 1,5 Millionen gewachsen, was einem jährlichen Wachstum von etwa 1,3 Prozent entspricht. Das Statistische Amt des Kantons Zürich geht davon aus, dass sich die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht grundsätzlich fortsetzen. Das Bevölkerungswachstum wird weiterhin vor allem mit der Zuwanderung aus dem Ausland und dem Geburtenüberschuss zusammenhängen. Jedoch wird erwartet, dass sich die Nettoeinwanderung verringert und steigende Sterbezahlen (geburtstarke Jahrgänge im Rentenalter) zu einer Abschwächung des Wachstums führen werden. In den nächsten fünf Jahren liegt gemäss Prognose das jährliche Bevölkerungswachstum bei gut einem Prozent (Statistisches Amt Kanton Zürich, 2018). Anschliessend lässt das Wachstum kontinuierlich von einem Prozent auf rund 0,7 Prozent für das Jahr 2035 nach. Demnach werden im Jahr 2030 rund 1,71 Millionen Personen im Kanton Zürich wohnhaft sein, 2035 1,78 Millionen (s. Abbildung G1).

Abbildung G1: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich nach Altersgruppen 1995 bis 2035

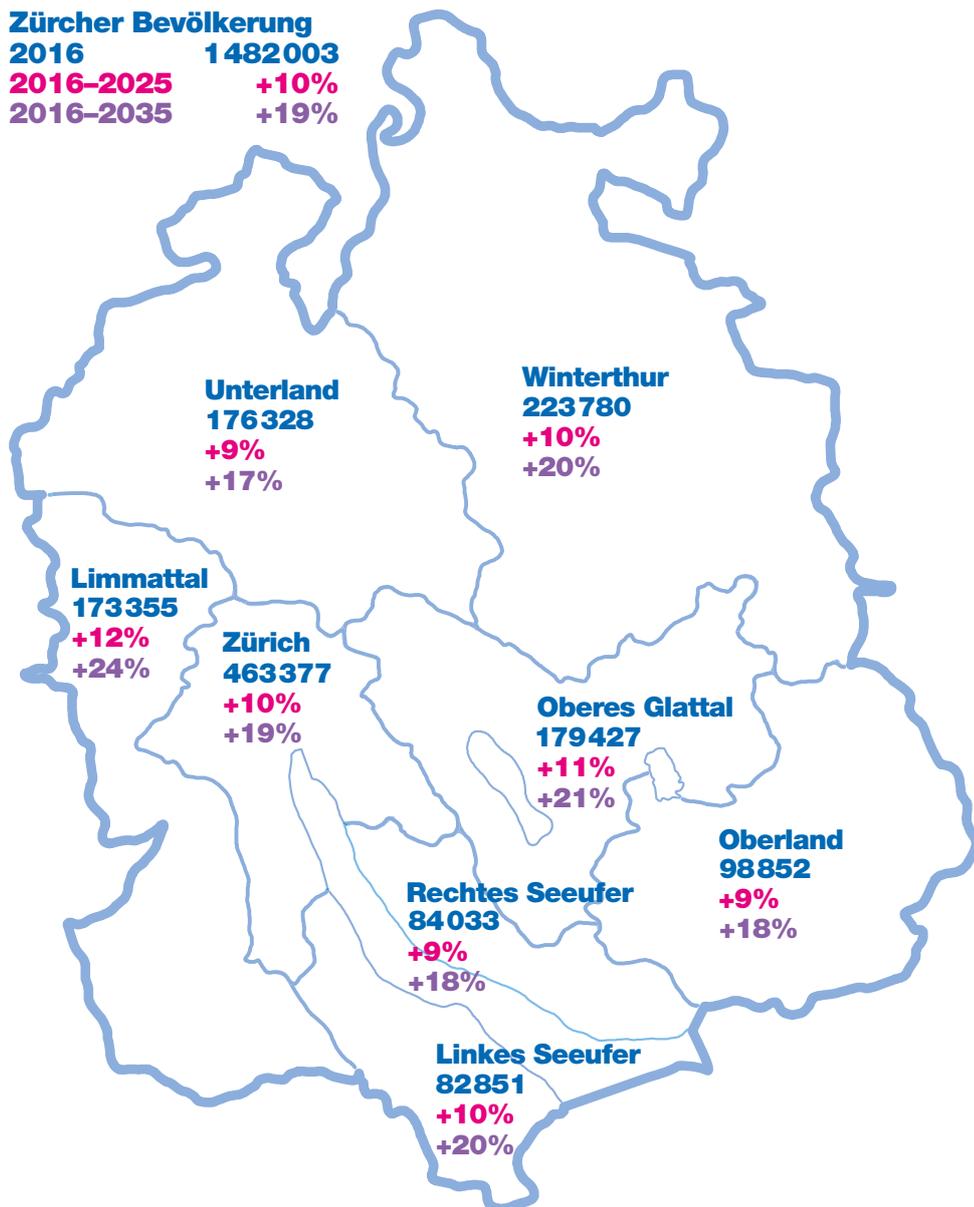


Quelle: Bevölkerungsprognose 2018, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Gesunde Lebensjahre nehmen zu

Die Schweizer Wohnbevölkerung lebt nicht nur länger, sondern bleibt erfreulicherweise in der Regel auch länger bei guter Gesundheit. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan, 2018) beträgt die Lebenserwartung in guter Gesundheit für 65-Jährige 12,9 Jahre für Frauen und 12,5 Jahre für Männer. 1992 waren es noch 11,9 Jahre für Frauen bzw. 11,1 Jahre für Männer.

Abbildung G1 veranschaulicht deutlich die erwartete Zunahme der Anzahl älterer Personen. Im Kanton Zürich sind zurzeit 17 Prozent der Bevölkerung älter als 65 Jahre, 2030 werden es gemäss Prognose 20 Prozent und 2035 gut 21 Prozent sein. Die Zahl der über 65-Jährigen steigt schweizweit gemäss dem neuesten Referenzszenario des Bundesamtes für Statistik (2015) bis ins Jahr 2035 um 54 Prozent, von rund 1,6 Millionen auf 2,4 Millionen. Für den Kanton Zürich wird eine Erhöhung von 49 Prozent prognostiziert. Damit liegt der Anteil der über 65-Jährigen auch in Zukunft etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt. Mit ein Grund für die zunehmende Alterung der Zürcher Bevölkerung ist die steigende Lebenserwartung: Die Lebenserwartung der Männer im Kanton Zürich beträgt 81 Jahre, diejenige der Frauen 85 Jahre (Bundesamt für Statistik, 2017). Es ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung in der Zukunft weiter steigen wird. Grundsätzlich wird für die ganze Schweiz eine zunehmende Alterung prognostiziert.

Abbildung G2: Unterschiedliches Bevölkerungswachstum in den Wohnregionen**Zürcher Bevölkerung****2016** 1482003**2016–2025** +10%**2016–2035** +19%

Quelle: Bevölkerungsprognose 2017, Statistisches Amt des Kantons Zürich

Das prognostizierte Wachstum der Zürcher Wohnbevölkerung unterscheidet sich nicht nur nach den Altersgruppen, auch regional bestehen Unterschiede. Während das Wachstum in der Wohnregion Unterland bis 2035 «lediglich» 17 Prozent betragen wird, rechnet das Statistische Amt des Kantons Zürich in seiner Prognoserechnung 2017 für die Wohnregion Limmattal mit einem Wachstum von 24 Prozent bis 2035 (s. Abbildung G2). Basis dieser Prognose sind die Bevölkerungszahlen des Jahres 2016. In absoluten Zahlen wächst die Bevölkerung in der Wohnregion Zürich mit rund 75000 Personen bis 2035 am stärksten.

Personen über 65 Jahre benötigen häufiger medizinische Leistungen und sind häufiger spitalbedürftig als jüngere Personen. Für die zukünftige medizinische Versorgung ist die Bevölkerungsentwicklung der Personen über 65 Jahre folglich von besonderem Interesse. Diese Bevölkerungsgruppe wächst im Kanton Zürich bis 2035 um 49 Prozent. Am stärksten wächst die Zahl der über 65-Jährigen in ländlicheren Regionen des Kantons wie dem Oberland und dem Unterland. In den Wohnregionen Zürich und den beiden Seeufnern wächst die Zahl der Personen über 65 Jahre etwas weniger stark (s. Abbildung G3).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zürcher Wohnbevölkerung kontinuierlich wächst und auch in Zukunft weiterwachsen wird. Gemäss der Prognose wird sich das Bevölkerungswachstum im Vergleich zu den letzten Jahren leicht abschwächen. Zusätzlich verschiebt sich die Bevölkerungsstruktur in Richtung mehr ältere Personen. Diese Entwicklungen gilt es – zusammen mit anderen – bei der Prognose der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und der Zahl der Hospitalisationen zu berücksichtigen.

Abbildung G3: Wachstum der Bevölkerung über 65 Jahre bis 2035

Wohnregion	Wachstum [in %]
Zürich	34
Winterthur	59
Oberland	66
Linkes Seeufer	49
Limmattal	59
Unterland	68
Rechtes Seeufer	43
Oberes Glattal	58
Total Kanton	49

Quelle: Bevölkerungsprognose 2017 (Regionen) / 2018 (Kanton), Statistisches Amt des Kantons Zürich

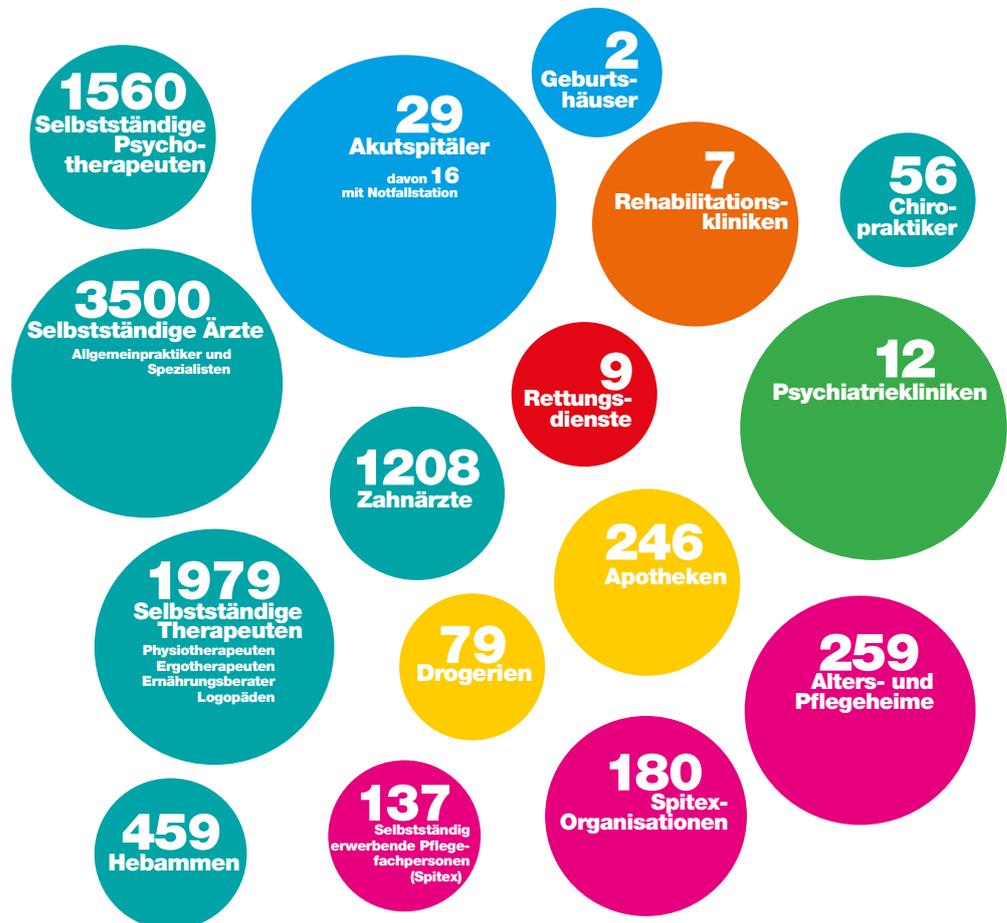
Wohnregionen

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

1.2 Medizinisches Angebot im Kanton Zürich

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

Abbildung G4: Vielfältiges medizinisches Angebot 2018



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Abbildung G4 bietet eine rasche Übersicht über die zahlreichen medizinischen Leistungserbringer im Kanton Zürich. Im ambulanten Bereich sind rund 3500 selbstständige Ärztinnen und Ärzte tätig. Darunter befinden sich Hausärztinnen und Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte in Praxisgemeinschaften sowie Spezialistinnen und Spezialisten mit einer eigenen Praxis. Daneben sind fast 2000 selbstständige Therapeutinnen und Therapeuten im Kanton Zürich zugelassen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und auf eigene Rechnung arbeiten. Knapp 460 Hebammen, 60 Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker, 1560 selbstständige Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 1200 Zahnärztinnen und Zahnärzte sind im Kanton Zürich tätig. In 246 Apotheken und 79 Drogerien können Arzneimittel, Medizinprodukte, Nahrungsmittelergänzungen usw. gekauft werden.

Eine besondere Apotheke ist die Kantonsapotheke Zürich (KAZ) als eigenständiges Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsdirektion. Ihr Kernauftrag ist es, jederzeit eine sichere Heilmittelversorgung der Zürcher Bevölkerung zu gewährleisten – auch im Katastrophenfall. Für ihre Partner – darunter das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur – stellt die KAZ individuell benötigte Arzneimittel her, die auf dem Markt nicht erhältlich sind.

Notdienstapotheken, der ärztliche Notfalldienst, neun Rettungsdienste und 16 Akutspitäler mit einer 24-Stunden-Notfallaufnahme gewährleisten im Kanton Zürich rund um die Uhr eine rasche medizinische Notfallversorgung.

Die stationäre Versorgung wird im Kanton Zürich durch 29 Akutspitäler, zwei Geburtshäuser, sieben Rehabilitations- und zwölf Psychiatriekliniken sichergestellt. Einige dieser Rehabilitations- und Psychiatriekliniken gehören zu einem Akutspital. Vier Institutionen haben universitären Charakter: Das Universitätsspital Zürich (USZ), das Kinderspital Zürich, die Universitätsklinik Balgrist und die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK). Neben der medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten wird an diesen Spitälern auch universitäre Lehre und Forschung betrieben.

Die 50 stationären Einrichtungen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie beschäftigen mit rund 38 000 Personen (rund 28 000 Vollzeitäquivalente) knapp vier Prozent der gesamten Erwerbsbevölkerung im Kanton Zürich. Doch nicht nur hinsichtlich Personal, sondern auch hinsichtlich Wertschöpfung sind die stationären Einrichtungen von grosser Bedeutung: Die Ärzte, Pflegepersonen, Medizintechniker usw. in den Spitälern und Kliniken erbringen eine Wirtschaftsleistung von 5,7 Milliarden Franken, was gut vier Prozent der Zürcher Wertschöpfung entspricht. Insgesamt gewinnt das Gesundheitswesen mit seinen deutlich überdurchschnittlichen Wachstumsraten bezüglich Personal und Wertschöpfung weiter an Bedeutung für den Standort Zürich: Mittlerweile ist das Gesundheitswesen eine der beschäftigungsstärksten Branchen im Kanton Zürich.

Dazu gehört auch die stationäre Langzeitversorgung im Kanton Zürich: Sie wird durch 259 Alters- und Pflegeheime abgedeckt, für die ambulante Pflegeversorgung sind 180 Spitex-Organisationen und 137 selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen (Spitex) zuständig. Im Zürcher Gesundheitssystem spielen auch Prävention und Gesundheitsförderung bedeutende Rollen. Denn Vorbeugen ist besser als Behandeln. Um die Anstrengungen jedes Einzelnen zu unterstützen und selbstverantwortliches Handeln für die Gesundheit zu fördern, finanziert die Gesundheitsdirektion Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Sie beauftragt hierzu die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich. Die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des EBPI koordiniert die Arbeit der Suchtpräventionsstellen im Kanton, leitet Schwerpunktprogramme und führt Sensibilisierungskampagnen durch.

Die Gesundheitsdirektion koordiniert

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

Langzeitversorgung

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

1.3 Optimierung der Gesundheitsversorgung

«Die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich ist optimiert»: So lautet das Legislaturziel 4.2 des Regierungsrates für die Legislaturperiode 2015 bis 2019. Die Gesundheitsdirektion hat dieses Ziel in unterschiedlichen Projekten verfolgt und das Versorgungssystem gezielt weiterentwickelt. Die Leistungserbringung in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsversorgung soll immer patientenorientiert erfolgen und sich an der jeweiligen Behandlungskette orientieren. Übergänge zwischen verschiedenen Institutionen sind im Sinne des Patientenwohls zu gestalten. Dies gelingt nur dann, wenn aus Schnittstellen Nahtstellen werden.

In den folgenden Kapiteln wird anhand von zwei Beispielen dargelegt, wie die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich gezielt optimiert wurde. Das Kapitel 1.3.1 beschreibt das Projekt «Optimierung des Rettungswesens». Im Kapitel 1.3.2 werden die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie und das daran anschliessende Projekt «Mäander» beschrieben. Kapitel 1.3.3 liefert einen Einblick, wie die Arbeit an den Schnittstellen im Rahmen des Projekts «Spitalplanung 2022» weitergeführt wird.

1.3.1 Das Rettungswesen im Kanton Zürich

Das medizinische Rettungswesen ist ein junger Bereich der Gesundheitsversorgung: Erst in den letzten fünfzig Jahren entwickelte sich der Rettungsdienst vom einfachen Transport hin zu einer präklinischen Versorgung und Behandlung. So hat sich auch das Spektrum an Notfallmedizinischen Leistungen stark erweitert. Die Rettungsdienste stellen heute nicht nur lebensrettende Massnahmen für akut lebensbedrohte Personen sicher; sie führen auch Verlegungen unter intensivmedizinischer Behandlung durch und betreuen Betroffene von Grosseignissen. Neben der bodengebundenen Rettung gibt es seit den 1950er-Jahren auch luftgestützte Rettungsdienste, welche die Versorgung in schwer zugänglichen Gebieten sicherstellen.

In medizinischen Not- und Krisensituationen sind sowohl professionelle Rettungskräfte als auch Ersthelferinnen und Ersthelfer stark gefordert. Eine zeitnahe und angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten erfordert, dass die Tätigkeiten der verschiedenen Akteure optimal aufeinander abgestimmt sind. Das heisst: Die Rettungskette muss funktionieren (s. Abbildung G5). Ersthelferinnen und Ersthelfer leisten Sofortmassnahmen vor Ort und wählen umgehend den Notruf 144. Sie werden mit einer Sanitätsnotrufzentrale verbunden, die telefonische Anweisungen für Basismassnahmen gibt und den Rettungsdienst aufbietet. Die professionellen Rettungspersonen leisten erweiterte medizinische Hilfe und transportieren die Patientinnen und Patienten unter medizinischer Betreuung ins Spital. Dort erfolgt die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Abbildung G5: Die Rettungskette



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Optische Unterschiede

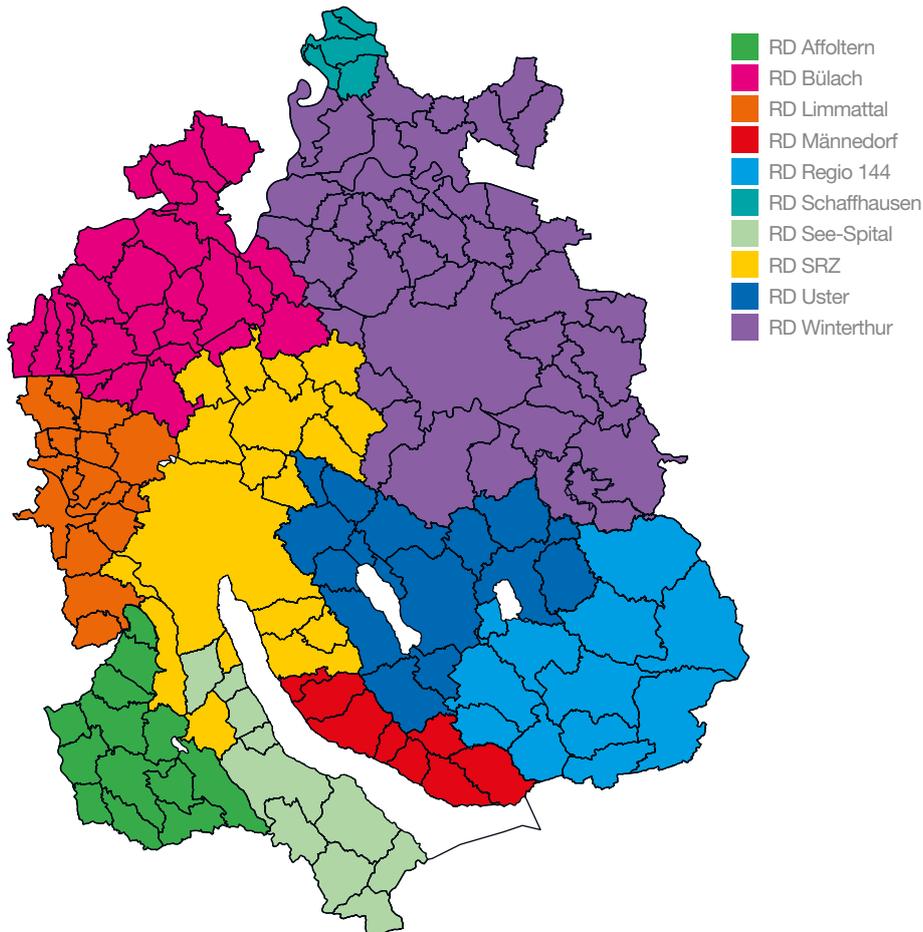
Die Rettungswagen der Rettungsdienste lassen sich optisch grob in zwei Gruppen einteilen. In der Stadt Zürich, aber auch in anderen Regionen des Kantons (z. B. den beiden Seeufnern) sind hauptsächlich weisse Rettungswagen unterwegs, währenddessen beispielsweise in Winterthur und im Oberland hauptsächlich gelbe Rettungswagen zu sehen sind.



Zehn Rettungsdienste für den Kanton Zürich

Zehn bodengebundene Rettungsdienste stellen – in Zusammenarbeit mit den Notärztinnen und Notärzten und den Notfallstationen der Spitäler – die medizinische Notfallversorgung auf dem Kantonsgebiet sicher. Dazu kommen drei Anbieter von Luftrettungen (vgl. Box S. 15). Die Zuständigkeiten im Bereich des Rettungswesens sind in §44 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG) festgelegt: Die Gemeinden gewährleisten das Kranken-transport- und Rettungswesen (§44 Abs. 1 GesG). Die Gesundheitsdirektion wiederum legt Rahmenbedingungen fest, zum Beispiel durch den Erlass von Qualitätsvorschriften und Einsatzrichtlinien, und stellt die Alarmierung durch eine Alarmzentrale sicher (§44 Abs. 2 und 3 GesG). Zudem erteilt sie den Rettungsdiensten eine Betriebsbewilligung (§§35 Abs. 1 lit. a und Abs. 2 lit. f i.V.m. §36 GesG).

Um ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, haben die Gemeinden des Kantons Verträge mit professionellen Rettungsdiensten abgeschlossen, die in deren Auftrag Notfalleinsätze auf dem Gemeindegebiet abdecken (s. Abbildung G6 S. 13). Die Rettungsdienste sind häufig an ein Akutspital angegliedert. Für die Notfallmedizinische Versorgung der fünf nördlichsten Gemeinden des Weinlandes ist der Rettungsdienst des Kantonsspitals Schaffhausen zuständig.

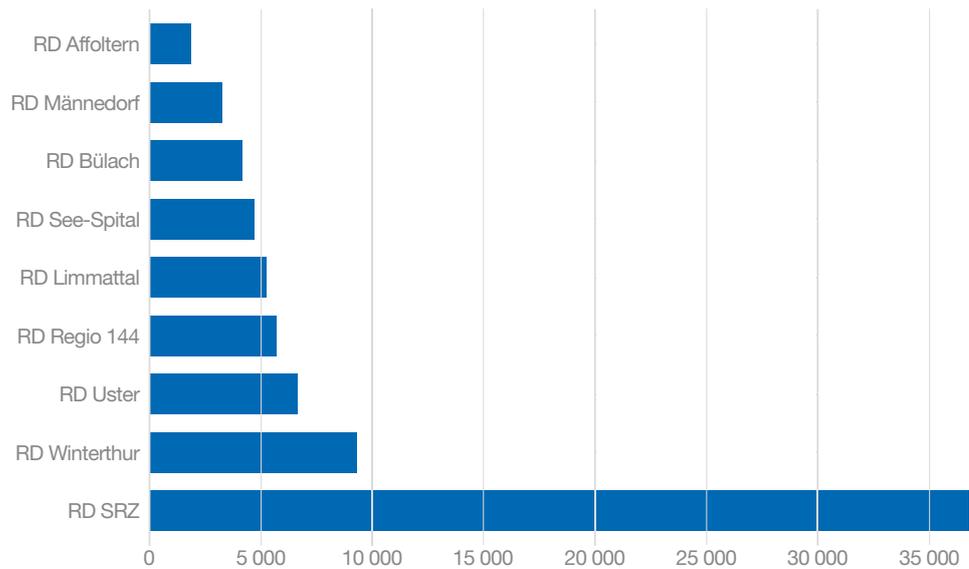
Abbildung G6: Einsatzgebiete der Rettungsdienste im Kanton Zürich

Quelle: Schutz & Rettung Zürich (SRZ, 2017)

Wie oft? Durch wen? Einsatzzahlen der Rettungsdienste 2017

Die bodengebundenen Rettungsdienste mit Standort im Kanton Zürich leisten im Jahr 2017 rund 78000 Einsätze. Dazu kommen rund 4500 Einsätze des Rettungsdienstes Schaffhausen, wovon ein Teil auf die Gemeinden des nördlichen Weinlandes entfällt. Hauptsächlich entfallen die Einsätze des Rettungsdienstes Schaffhausen indessen auf den Kanton Schaffhausen, weshalb dieser in den folgenden Zahlen nicht mitberücksichtigt wird. Abbildung G7 (S. 14) enthält die Zahl der Einsätze der Rettungsdienste mit mindestens 1000 Einsätzen im Jahr 2017. Kleinere private Rettungsdienste werden in der Abbildung G7 nicht aufgeführt, da diese zusammen lediglich einige Hundert Einsätze leisten. Knapp die Hälfte aller notfallmedizinischen Einsätze (rund 37000) führt der Rettungsdienst Schutz & Rettung Zürich (SRZ) durch. Sein Einsatzgebiet umfasst die Stadt Zürich, die nördliche Agglomeration und einen Teil der Gemeinden am Zürichsee. Der Rettungsdienst Winterthur leistet mit über 9000 Einsätzen am zweitmeisten Notfalleinsätze. Seine Einsätze finden hauptsächlich in der Region Winterthur, im Zürcher Weinland und im nördlichen Zürcher Oberland statt. Die restlichen knapp 32000 Einsätze (41 Prozent) verteilen sich auf sieben Rettungsdienste, die im Jahr 2017 zwischen 6700 (Rettungsdienst Uster) und 1900 Einsätze (Rettungsdienst Affoltern) leisten.

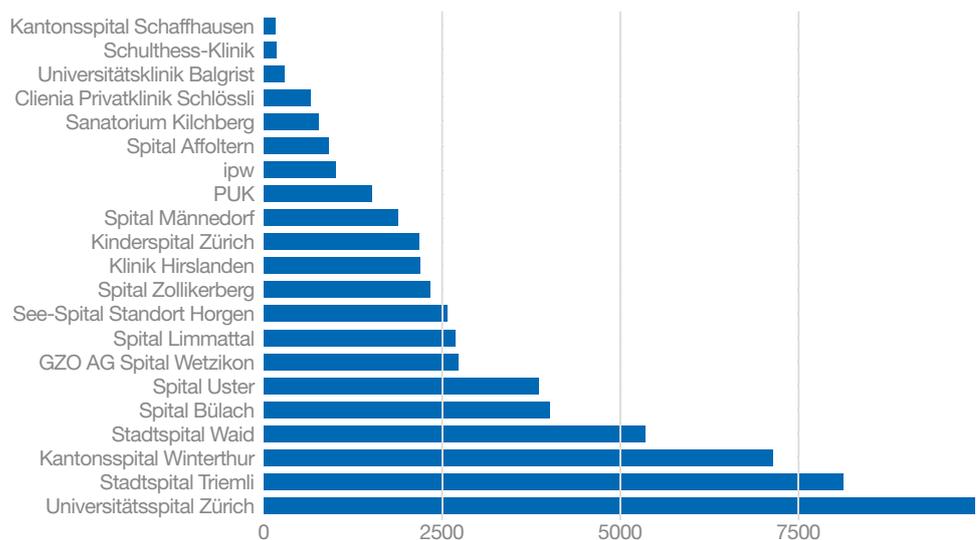
Abbildung G7: Einsätze der Rettungsdienste mit Standort im Kanton Zürich 2017



Quelle: Schutz & Rettung Zürich (SRZ, 2018)

Nach der Hilfe am Einsatzort werden die Patientinnen und Patienten in der Regel in ein Spital gebracht. Abbildung G8 enthält die Zahl der Einweisungen (inkl. Verlegungen) in die Zürcher Listenspitäler durch die neun Rettungsdienste im Kanton Zürich. Der Rettungsdienst Schaffhausen ist in Abbildung G8 nicht mitberücksichtigt. 2017 gibt es im USZ rund 10000 Einweisungen durch einen Rettungsdienst. In den Stadtspitälern Triemli und Waid sowie dem Kantonsspital Winterthur gibt es 2017 mehr als 5000 Einweisungen. Danach folgen die Regionalspitäler mit einer Notfallstation mit jeweils einigen Tausend Einweisungen. In der Regel bringen die Rettungsdienste die Patientinnen und Patienten in die Spitäler in ihrem Einsatzgebiet. 50 bis 65 Prozent der Einweisungen in die Regionalspitäler werden durch den entsprechenden Rettungsdienst gemacht. Im Kantonsspital Winterthur sind es sogar rund 84 Prozent aller Einweisungen. Und in der Stadt Zürich erfolgen rund 64 Prozent aller Einweisungen durch Schutz & Rettung Zürich in die Spitäler USZ, Triemli und Waid.

Abbildung G8: Einweisungen in die Zürcher Listenspitäler 2017



Quelle: Schutz & Rettung Zürich (SRZ, 2018)

Neu drei Anbieter von Luftrettungen zugelassen

Die Rega hat die Luftrettung in der Schweiz wesentlich vorangetrieben und geprägt. Sie war auch im Kanton Zürich lange Zeit der einzige Anbieter von Luftrettungseinsätzen. Mit dem Markteintritt von neuen Luftrettungsanbietern hat sich dies geändert. Dadurch ist ein Wettbewerb entstanden, der die Entwicklung in der Luftrettung beschleunigt. Die Einsatzleitzentrale (ELZ, s. folgenden Abschnitt) von Schutz & Rettung Zürich hat die neue Situation zusammen mit der Gesundheitsdirektion analysiert und ist zum Schluss gekommen, dass die Rega alleine die Luftrettung nicht jederzeit sicherstellen kann. In der Wintersaison wird der in Dübendorf stationierte Rega-Helikopter teilweise für Rettungseinsätze in den Bergen benötigt und steht dann im Kanton Zürich nicht zur Verfügung. Auch Wartungsarbeiten können dazu führen, dass im Kanton Zürich vorübergehend kein Rega-Helikopter für Einsätze bereit ist. Damit die Luftrettung im Kanton Zürich jederzeit gewährleistet ist, sind neben der Rega neu zwei weitere Luftrettungsdienste im Einsatz: Die Alpine Air Ambulance (AAA) sowie die deutsche DRF Luftrettung. Die Rettungshelikopter der drei Anbieter werden gleichgestellt eingesetzt. Es wird bei Bedarf immer derjenige Anbieter alarmiert, der am schnellsten am Einsatzort sein kann. Dies führt dazu, dass die deutsche DRF Luftrettung nur in Ausnahmesituationen aufgeboten wird, da die anderen beiden Anbieter aufgrund ihrer Standorte im Kanton Zürich in der Regel schneller am Einsatzort sein können. Die damit entstandene Konkurrenzsituation hat dazu geführt, dass sich die Ausrückzeiten der Rega den kürzeren Ausrückzeiten der Konkurrenz angenähert haben, wodurch die Ausrückzeiten in der Luftrettung insgesamt betrachtet wesentlich verbessert werden konnten. Von der besseren Abdeckung und den schnelleren Ausrückzeiten profitieren Personen im Kanton Zürich, die in einer Notsituation auf eine schnelle Rettung angewiesen sind.

Die Einsatzleitzentrale disponiert und koordiniert

Die Gesundheitsdirektion hat die Alarmierung der Rettungsdienste auf Kantonsgebiet durch eine Alarmzentrale sicherzustellen (vgl. §44 Abs. 3 GesG). Sie hat damit Schutz & Rettung Zürich (SRZ), eine Dienstabteilung des Sicherheitsdepartementes der Stadt Zürich, beauftragt. Schutz & Rettung Zürich betreibt die Einsatzleitzentrale (ELZ) am Flughafen Zürich. Diese fungiert als Drehscheibe, wenn es um Notfallsituationen geht und nimmt alle Zürcher Notrufe über die Nummern 144 (Sanität) und 118 (Feuerwehr) entgegen. Zur Bearbeitung dieser Anrufe stehen 19 Disponentenplätze zur Verfügung. In Ausnahmesituationen können 14 zusätzliche Notarbeitsplätze besetzt werden. Für die von der ELZ disponierten Einsätze stehen rund 20000 Einsatzkräfte mit rund 1000 Einsatzfahrzeugen zur Verfügung (inkl. Feuerwehr und Zivilschutz).

Bei einem Notruf über die Nummer 144 organisiert die ELZ den Rettungseinsatz. Sie alarmiert die benötigten Einsatzmittel und -kräfte der Rettungsdienste, unterstützt sie bei der Anfahrt und während des Einsatzes und disponiert die Kranken- und Verlegungstransporte. Dies macht sie nicht nur für den Kanton Zürich, sondern sie nimmt auch die Notrufe 144 für die Kantone Schaffhausen, Schwyz und Zug entgegen. Die ELZ bearbeitet damit Notrufe von rund 1,8 Millionen Menschen, was 22 Prozent der Schweizer Bevölkerung entspricht. Das Dispositionsgebiet umfasst 236 Gemeinden mit einer Fläche von über 3000 km². Insgesamt bearbeitet sie pro Jahr rund 336000 Anrufe aus diesen vier Kantonen.

Mit der kantonsübergreifenden Rolle der ELZ ist sichergestellt, dass die Disposition von Einsatzkräften auch über die Kantongrenzen hinweg optimal funktioniert. Die vier Kantone Zürich, Schaffhausen, Schwyz und Zug beteiligen sich an der Finanzierung der ELZ, wobei die Kosten nach der Zahl der Anrufe aus den entsprechenden Kantonen aufgeteilt werden.

Stärkung mit gezielten Massnahmen: das Projekt «Optimierung des Rettungswesens»

Das Rettungswesen funktionierte im Kanton Zürich in der Regel gut. Mit gezielten Massnahmen konnte dieses aber noch optimiert werden. Vor allem in den folgenden zwei Bereichen wurde Verbesserungspotenzial festgestellt:

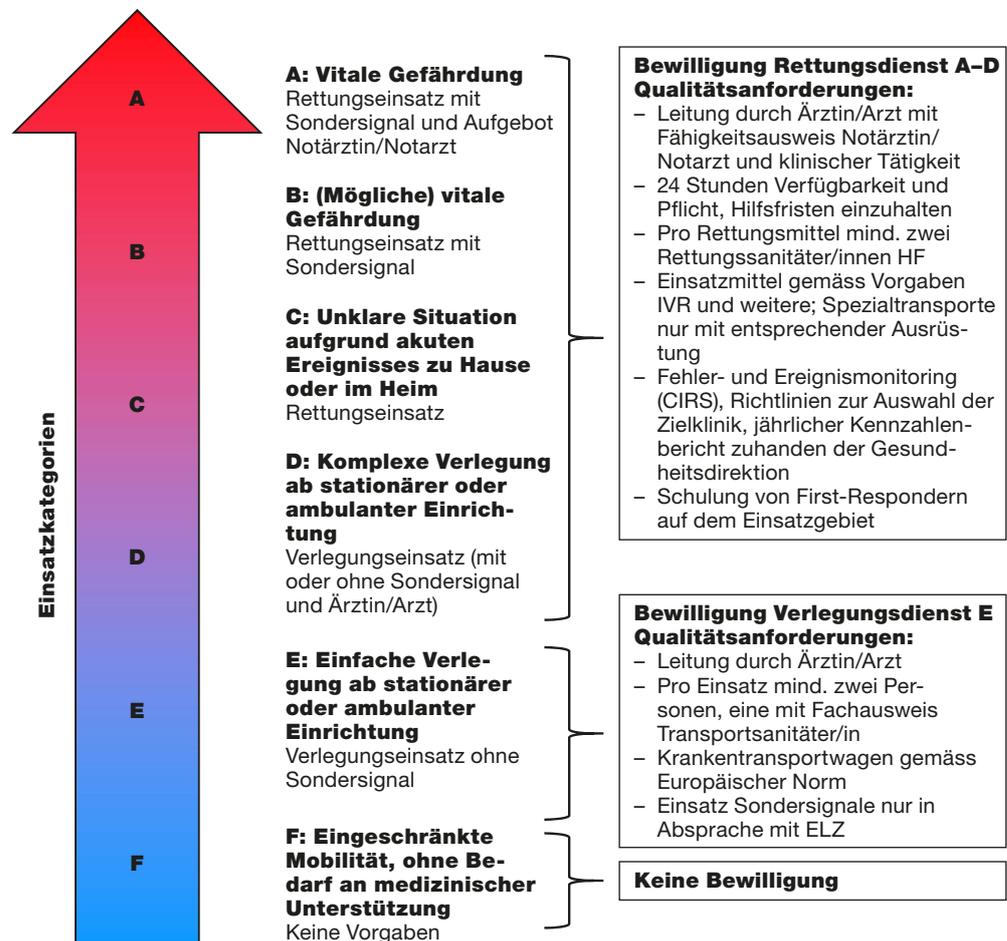
1. Eine Bedingung für die Zulassung als Rettungsdienst im Kanton Zürich war die Erfüllung der vom Interverband für Rettungswesen vorgegebenen Anforderungen. Diese entsprachen in mancher Hinsicht nicht den Qualitätsvorstellungen im Kanton Zürich. Als Folge davon waren die Rettungsdienste personell und materiell unterschiedlich und teilweise mangelhaft ausgestattet. Die Vorhalteleistungen, also die Bereithaltung von Einsatzmitteln für den Notfall, wurden nicht von allen Rettungsdiensten gleichmässig getragen.
2. Die Rettungsmittel wurden primär gemäss den Verträgen der Rettungsdienste mit den Gemeinden disponiert. Das führte dazu, dass die ELZ nicht immer das geeignetste nächste Rettungsmittel einsetzen konnte. Zudem wurde die Luftrettung nicht durch die ELZ disponiert. Das führte dazu, dass die Hilfsfristen länger waren, als sie mit dem optimalen Einsatz der Rettungsmittel sein könnten. Zudem wurden durch die Rettungsdienste primär die «eigenen» und nicht immer die «richtigen» Spitäler angefahren.

Zusammen mit der ELZ und Vertretern der Rettungsdienste sowie unter Einbezug von Ärzteschaft, Spitälern und Gemeinden hat die Gesundheitsdirektion im Rahmen des Projekts «Optimierung des Rettungswesens» Massnahmen zur Lösung dieser Probleme erarbeitet. Diese wurden in der Verordnung zum Rettungswesen umgesetzt und traten am 1. Juli 2018 in Kraft.

Mindestanforderungen sichern hohe Qualität

Mit dem Markteintritt von kleinen, teilweise privaten Rettungsdiensten hat es sich ergeben, dass im personellen und technischen Bereich erhebliche Unterschiede zwischen den Rettungsdiensten bestanden. Einzelne Rettungsdienste erfüllten nicht alle Anforderungen, die nötig sind, um komplexe Einsätze medizinisch einwandfrei auszuführen. Um sicherzustellen, dass jede Person, die im Kanton Zürich gerettet oder verlegt werden muss, eine adäquate und professionelle Versorgung erhält, hat die Gesundheitsdirektion in der Verordnung zum Rettungswesen deshalb eigene Qualitätsrichtlinien in Form von Mindestanforderungen erlassen. Die Einsätze der Rettungsdienste werden in der neuen Verordnung über das Rettungswesen, die am 1. Juli 2018 in Kraft trat, in die Stufen A bis F eingeteilt. In Abbildung G9 sind diese sechs Stufen nach Dringlichkeit von oben nach unten aufgeführt. Ganz oben sind die Einsätze der Kategorie A, bei denen eine vitale Gefährdung der Patientin oder des Patienten besteht. Ganz unten befindet sich die Kategorie F, bei der es sich um einfache Transporte von Personen mit eingeschränkter Mobilität handelt. Bei diesen Personen liegt kein medizinischer Bedarf vor und der Transport kann problemlos durch ein Taxi oder einen Fahrdienst übernommen werden. Bei den Einsätzen der Kategorien A bis C handelt es sich um Rettungseinsätze, bei denen eine Patientin oder ein Patient in Not beispielsweise auf einer Unfallstelle gerettet werden muss. Bei den Einsätzen der Kategorien D und E handelt es sich um Verlegungen zum Beispiel von einem Akutspital in ein anderes Akutspital. Um Einsätze der Kategorien A bis D durchzuführen, muss ein Rettungsdienst eine entsprechende Bewilligung der Gesundheitsdirektion haben. Die Bewilligung für Verlegungsdienste (Kategorie E) kann zusammen mit der Bewilligung für Rettungsdienste, aber auch separat beantragt werden. Für einfache Transporte der Kategorie F ist keine Bewilligung der Gesundheitsdirektion erforderlich.

Abbildung G9: Einsatzkategorien, Bewilligungen und Qualitätsanforderungen



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Weil ein Rettungseinsatz oder eine medizinisch anspruchsvolle Verlegung einer Patientin oder eines Patienten höhere Anforderungen an einen Rettungsdienst stellt als eine medizinisch einfache Verlegung, sind an die beiden Bewilligungstypen unterschiedliche Qualitätsanforderungen bezüglich Organisation, Personal und Infrastruktur geknüpft. Damit wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten in jedem Fall durch einen Dienst versorgt werden, der ihrem medizinischen Betreuungsbedarf gerecht wird. Gleichzeitig wird so verhindert, dass einfachere Verlegungstransporte von voll ausgestatteten und entsprechend teuren Rettungsfahrzeugen durchgeführt werden müssen. Es haben bereits einige kleinere private Rettungsdienste ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde die neue Möglichkeit genutzt und eine Bewilligung der Kategorie E beantragt. Diese Anbieter können somit einfache Verlegungen übernehmen, werden aber nicht für Rettungseinsätze aufgeboden, für die sie möglicherweise nicht genügend gut ausgerüstet sind.

Die Einsätze der Kategorien A bis D werden ausschliesslich durch die ELZ disponiert. Einsätze der Kategorie E müssen durch die ELZ bewilligt werden, wenn diese mit Rettungswagen durchgeführt werden (s. Randspalte). Die Transporte der Kategorie F werden von Taxis oder Behindertenfahrdiensten durchgeführt. Die zentrale Disposition der Einsätze der Kategorien A bis D und teilweise E durch die ELZ ermöglicht es, die vorhandenen Einsatzmittel jederzeit optimal zu koordinieren und einzusetzen. Mit dem Inkrafttreten der Verordnung über das Rettungswesen am 1. Juli 2018 sind Einsätze der vorzuhaltenden Rettungsmittel für Verlegungen nur mit Bewilligung der ELZ unter Berücksichtigung der Gesamtsituation möglich; dies gilt auch für Abmeldungen von Fahrzeugen durch Rettungsdienste. Die ELZ stellt sicher, dass die benötigten Vorhalteleistungen erbracht werden und genügend Rettungsmittel für Notfalleinsätze bereitstehen.

Abbildung G9 (S. 16) enthält einige ausgewählte Qualitätsvorgaben, welche die Verordnung über das Rettungswesen für Rettungs- und Verlegungsdienste festlegt. Alle Qualitätsvorgaben können in der Verordnung über das Rettungswesen und den dazugehörigen Erläuterungen nachgeschlagen werden. Sie finden diese Dokumente im Internet unter www.gd.zh.ch/rettungswesen

Hilfsfristerreichung kann verbessert werden

Die Gesundheitsdirektion hat im Rahmen des Projekts «Optimierung des Rettungswesens» die Disposition durch die ELZ und die Erreichung der Hilfsfrist (s. Randspalte) durch die Rettungsdienste analysiert. Dabei hat sich gezeigt, dass die Koordination der zehn Rettungsdienste mit Leistungsaufträgen von Zürcher Gemeinden nicht immer optimal funktioniert hat. So erfolgte etwa die Wahl der Einsatzmittel nicht immer allein am Patientenwohl ausgerichtet. Das heisst, bei Notfalleinsätzen wurde nicht immer jenes Fahrzeug aufgeboden, das am schnellsten am Einsatzort hätte sein können. Grund dafür war unter anderem das historisch bedingte Denken in Versorgungsregionen: Es wurde der für eine Gemeinde zuständige Rettungsdienst aufgeboden, auch wenn ein anderes Einsatzmittel schneller gewesen wäre. Durch die Angliederung der Rettungsdienste an Spitäler bestand zudem der Anreiz, Patientinnen und Patienten, wenn möglich, in das eigene Standortspital zu bringen. Im Weiteren setzten die Rettungsdienste manchmal eigentliche Rettungsmittel für medizinisch einfache Verlegungen ein. Diese Mittel fehlten dann unter Umständen für einen Rettungseinsatz. Zudem wurde die Luftrettung durch die Rega separat disponiert und konnte deshalb von der ELZ nicht gleichgestellt mit der bodengebundenen Rettung eingesetzt werden. Dies alles wirkte sich auf die Hilfsfristerreichung aus. Die Gesundheitsdirektion hat bei dieser in einer Analyse der Einsatzdaten 2016 Verbesserungspotenzial festgestellt. Kantonsweit erreichten die Rettungsdienste (inkl. Rettungsdienst Schaffhausen) in 91 Prozent der Einsätze den Einsatzort innerhalb von 15 Minuten. Damit wurde die Vorgabe des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) übertroffen (s. Randspalte). Abbildung G10 (S. 18) zeigt aber, dass es auf Ebene der Gemeinden starke Unterschiede gab. Diese können zu einem wesentlichen Teil mit der geografischen Lage und der Bevölkerungsdichte erklärt werden. Die Standorte der Rettungsdienste – auf der Karte als schwarze Punkte dargestellt – sind oftmals an ein Spital angegliedert, und diese wiederum befinden sich in regionalen Zentren. Erwartungsgemäss war deshalb 2016 der Anteil der Einsätze, bei denen die Hilfsfrist erreicht wurde – auf der Karte dunkelgrün eingefärbt – in den Zentren höher. Hingegen lag der Anteil in ländlicheren Gegenden, z. B. im Zürcher Weinland oder im Tösstal, in einigen Gemeinden unter 80 Prozent (orange oder gelb).

Elektronische Bestellung von Transporten aus Kliniken (EBAK)

Geplante Verlegungen der Kategorie E (s. Abbildung G9 S. 16) werden nicht alle von der ELZ disponiert. Werden sie jedoch mit einem Rettungswagen durchgeführt, müssen diese im von der ELZ zur Verfügung gestellten System EBAK erfasst und von der ELZ bewilligt werden. Dies verhindert, dass ein Rettungsdienst Verlegungen mit Rettungswagen durchführt, die eigentlich für die Abdeckung der Vorhalteleistungen (Notfälle) reserviert sind.

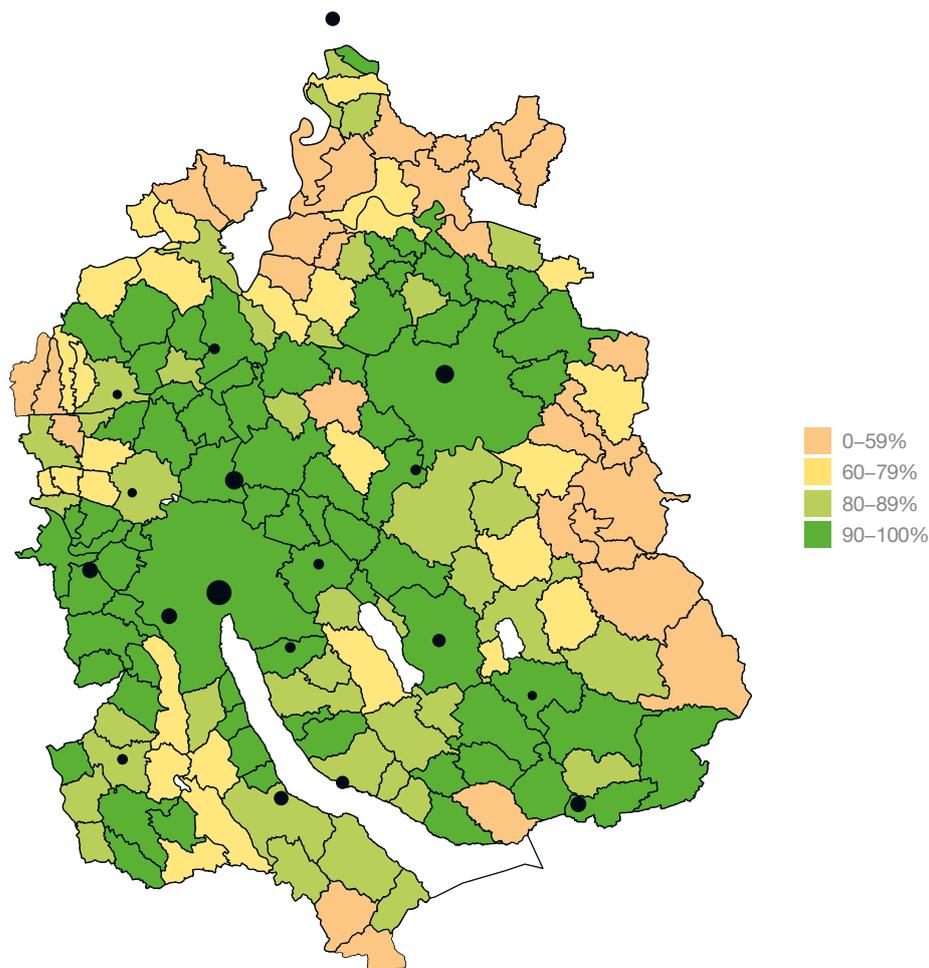
Hilfsfristerreichung

Der Interverband für Rettungswesen (IVR) empfiehlt für die Hilfsfrist folgenden Richtwert: In 90 Prozent der Einsätze soll innerhalb von 15 Minuten ein Einsatzfahrzeug beim Einsatzort sein. Die Gesundheitsdirektion hat für ihre Analyse diese Vorgabe übernommen. In Zukunft wird ein von der Gesundheitsdirektion eingesetztes Expertengremium die Hilfsfrist vorgeben.

Abbildung G10: Hilfsfristerreichung (15 Minuten) bei Einsätzen mit Gefährdung der Vitalfunktion pro Gemeinde 2016

91%

In 91 Prozent aller Rettungseinsätze mit Gefährdung der Vitalfunktion ist das Einsatzmittel innerhalb von 15 Minuten am Einsatzort.



Quelle: Schutz & Rettung Zürich (SRZ, 2016), Analyse Fachhochschule St. Gallen 2018

Auch in Gemeinden, die an der Grenze des Einsatzgebietes eines Rettungsdienstes liegen, wurde die Hilfsfrist teilweise nicht erreicht. Beispiele dafür sind die Gemeinden Hombrechtikon (Rettungsdienst Männedorf), Seegräben (Regio 144) oder Oberembrach und Nürensdorf (Schutz & Rettung Zürich). In Zukunft wird bei Notfällen in diesen Gemeinden nicht mehr automatisch der Rettungsdienst alarmiert, der einen Vertrag mit der Gemeinde abgeschlossen hat, sondern es werden auch andere Rettungsdienste eingesetzt, wenn diese schneller vor Ort sein können.

Schliesslich gab es auch Gemeinden mit einem Stützpunkt eines Rettungsdienstes, in denen die Hilfsfrist dennoch nicht in 90 Prozent der Einsätze erreicht wurde (Männedorf, Horgen, Affoltern am Albis). Auch in diesen Gemeinden ist durch die Umsetzung der Verordnung über das Rettungswesen eine Verbesserung zu erwarten.

Die Gesundheitsdirektion hat zusammen mit der Fachhochschule St. Gallen analysiert, wie die Hilfsfristerreichung im Kanton weiter verbessert werden kann. Neben der zentralen Disposition der Rettungsdienste durch die ELZ nach Nächst-Best-Strategie (S. 19) hat die Analyse gezeigt, dass auch mit organisatorischen Massnahmen bei den Rettungsdiensten, zum Beispiel der Anschaffung eines zusätzlichen Rettungswagens, eine Verbesserung der Hilfsfristerreichung erzielt werden kann. Die Gesundheitsdirektion hat die Rettungsdienste dazu aufgefordert, aufzuzeigen, wie sie die empfohlenen Massnahmen umsetzen werden. Die Zielerreichung wird durch ein Expertengremium fortlaufend geprüft. Bei Bedarf werden von den Rettungsdiensten weitere Massnahmen zur Verbesserung gefordert.

Geschwindigkeit ist entscheidend: die Nächst-Best-Strategie des Kantons Zürich

Neben der Sicherstellung einer guten Mindestqualität aller im Kanton Zürich tätigen Rettungsdienste hat die Gesundheitsdirektion die Optimierung der Hilfsfristen im Fokus. Erreicht wird dies mit Vorgaben, wann zwingend das bestmöglich positionierte Fahrzeug aufzubieten und das am besten geeignete Spital anzufahren ist (Nächst-Best-Strategie). Bei Rettungseinsätzen der Kategorie A und denjenigen der Kategorie B, bei denen eine Patientin oder ein Patient vital gefährdet ist, disponiert die ELZ seit dem 1. Juli 2018 gemäss den Nächst-Best-Vorgaben. Ob der Einsatzort im Einsatzgebiet des aufgebodenen Rettungsdienstes liegt, hat auf die Disposition keinen Einfluss. Abbildung G11 (S. 20) zeigt, wie ein Einsatz mit Nächst-Best-Disposition aussieht. Die roten Pfeile stellen den Ablauf des Einsatzes nach Nächst-Best-Richtlinien dar, die gestrichelten blauen Pfeile eine Disposition vor dem Inkrafttreten der neuen Richtlinien. Nach dem Eingang des Notrufes bei der ELZ wird derjenige Rettungswagen oder Helikopter eingesetzt, der am schnellsten am Einsatzort ist unter Berücksichtigung der Ausrück-, Anfahrt-, Flug- und Landezeiten. Diese Vorgaben gelten sowohl für die Boden- als auch die Luftrettung, das heisst, die Rettungshubschrauber werden nahtlos in den Dispositionsprozess der ELZ eingebunden. In der Abbildung G11 ist der Rettungswagen des Rettungsdienstes B am schnellsten am Einsatzort, weshalb dieser für den Einsatz disponiert wird. Der nächste Rettungswagen des Rettungsdienstes A, der von der Gemeinde einen Leistungsauftrag hat, ist weiter entfernt und wird deshalb nach Nächst-Best-Disposition nicht für diesen Einsatz eingesetzt. Vor dem Inkrafttreten der neuen Verordnung wäre der Rettungswagen des Rettungsdienstes A aufgeboden worden, obwohl dieser rund 7 Minuten länger benötigt bis zum Einsatzort.

Für gewisse Einsätze hat die Gesundheitsdirektion in der Verordnung über das Rettungswesen auch Vorgaben erlassen, in welches Spital die Patientin oder der Patient gebracht werden muss (Nächst-Best-Spital). In der Abbildung G11 ist dies das Spital 1, weshalb der Rettungsdienst B die Patientin oder den Patienten ins Spital 1 bringt und nicht ins Standortspital des Rettungsdienstes B (Spital 2). Indem die Einsätze nach den Nächst-Best-Spital-Vorgaben ablaufen, wird sichergestellt, dass die Patientin oder der Patient ins nächste Spital gebracht wird, das über die für eine optimale Versorgung notwendige Infrastruktur verfügt. Damit sollen Verlegungen nach dem Rettungseinsatz möglichst vermieden werden. Sollte die Patientin oder der Patient den Wunsch äussern, in ein anderes Spital gebracht zu werden, hat der Patientenwille Vorrang vor der Nächst-Best-Spital-Vorgabe.¹

Stehen in einem Gebiet zu wenige Einsatzmittel zur Verfügung, kann die ELZ vorausschauend Einsatzmittel ohne Vorliegen eines Einsatzes verschieben und ihnen für bestimmte Zeit Warteräume zuweisen. Damit stellt sie sicher, dass genügend Einsatzmittel verfügbar sind.

Schnelle Versorgung bei hoher Qualität

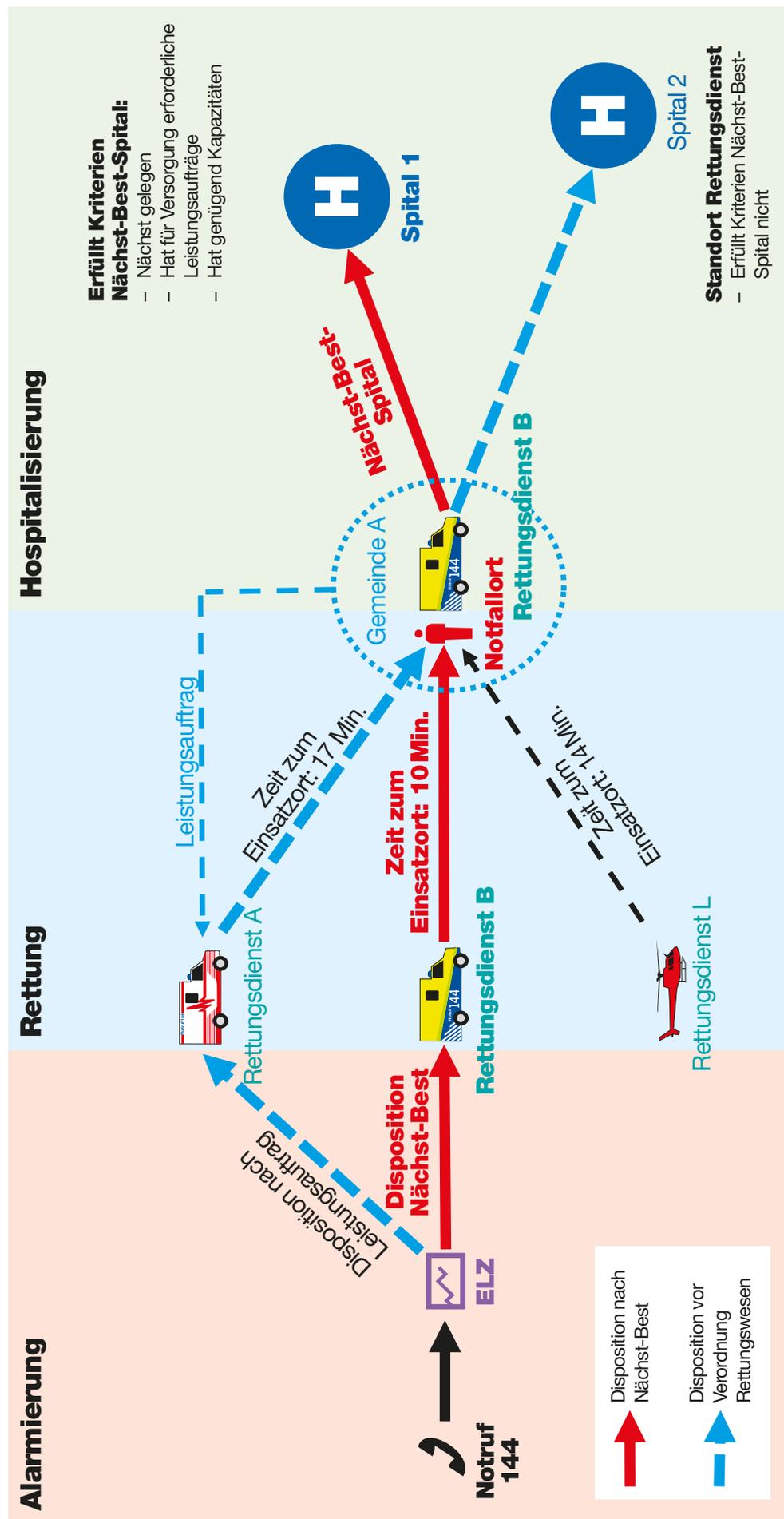
Die ELZ betreibt ein umfassendes Monitoring der Einsätze. Damit kann überprüft werden, ob die erwartete Verbesserung bei der Hilfsfristerreichung eingetroffen ist. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Publikation (November 2018) standen noch keine umfassenden und detaillierten Daten zur Verfügung, um den Effekt der neuen Richtlinien seit dem 1. Juli 2018 auf die Hilfsfristerreichung zu analysieren und zu quantifizieren. Erste Rückmeldungen der ELZ aufgrund von konkreten Erfahrungen mit den neuen Richtlinien im operativen Tagesgeschäft lassen aber bereits jetzt die Einschätzung zu, dass die Disposition nach Nächst-Best-Vorgaben grundsätzlich eine schnellere Versorgung von Patientinnen und Patienten in kritischem Zustand ermöglicht. Insbesondere die koordinierte Disposition von Boden- und Luftrettung dient entscheidend der Zielsetzung einer schnellen Rettung. Sie erlaubt den alleinigen Einsatz eines Rettungshelikopters, wenn dieser schneller am Einsatzort ist als bodengebundene Rettungsfahrzeuge. Dies ermöglicht gerade in abgelegenen Regionen des Kantons eine schnelle Rettung.

Konkret verbessert hat sich im Weiteren die Ressourcensituation für Rettungseinsätze. Zum Tragen kommt, dass für einfache Verlegungseinsätze (Kategorie E) eine eigene Bewilligungskategorie eingeführt worden ist. Einfache Verlegungen werden nun teilweise durch Verlegungsdienste durchgeführt, die nicht auch gleichzeitig Rettungseinsätze machen. Werden Verlegungen durch Rettungsdienste mit Rettungswagen gemacht, so müssen diese durch die ELZ unter Berücksichtigung der Gesamtsituation bewilligt werden. Damit kann die ELZ sicherstellen, dass die Rettungsdienste Einsatzmittel für Notfälle vorhalten. Es stehen damit mehr Einsatzmittel für Rettungseinsätze zur Verfügung.

Im September 2018 hat die Gesundheitsdirektion zusammen mit Expertinnen und Experten aus dem Rettungswesen eine erste Inspektion der Rettungsdienste an mehreren Spitälern durchgeführt. Dabei wurde kontrolliert, ob die im Spital ankommenden Rettungsdienste die in der Verordnung über das Rettungswesen festgelegten Qualitätsvorgaben erfüllen. Unter anderem wurde kontrolliert, ob die eintreffenden Rettungswagen die Vorschriften bezüglich der Ausbildung der Besatzung erfüllen. Die Inspektion hat ein sehr gutes Bild ergeben: Alle kontrollierten Rettungsdienste haben die Vorgaben erfüllt.

¹ Die Weisungen betreffend Nächst-Best-Disposition und Nächst-Best-Spital sind im Internet unter www.gd.zh.ch/rettungswesen aufgeschaltet.

Abbildung G11: Rettungseinsatz nach Nächst-Best-Strategie



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Zusammenfassend lässt sich wenige Monate nach Einführung der neuen Richtlinien festhalten: Aufgrund erster Rückmeldungen der ELZ und der Ergebnisse der durchgeführten Inspektion ist eine positive Wirkung auf die Erreichung der Hilfsfristen und die Qualität der Rettungsdienste zu erwarten, auch wenn zum jetzigen Zeitpunkt noch keine umfassenden Einsatzdaten über einen längeren Zeitraum als Vergleichswerte zur Situation vor dem 1. Juli 2018 zur Verfügung stehen.

Neues Konzept für die Notarztsätze

Als letzter Teil des Projekts «Optimierung des Rettungswesens» wird die Gesundheitsdirektion die Organisation eines flächendeckenden Notarztsystems prüfen. Im aktuellen System wurde von Expertinnen und Experten Verbesserungspotenzial festgestellt. Es wird deshalb in den nächsten Monaten ein Konzept für die Notarztversorgung im Kanton Zürich entwickelt.

1.3.2 Herausforderung Demenz

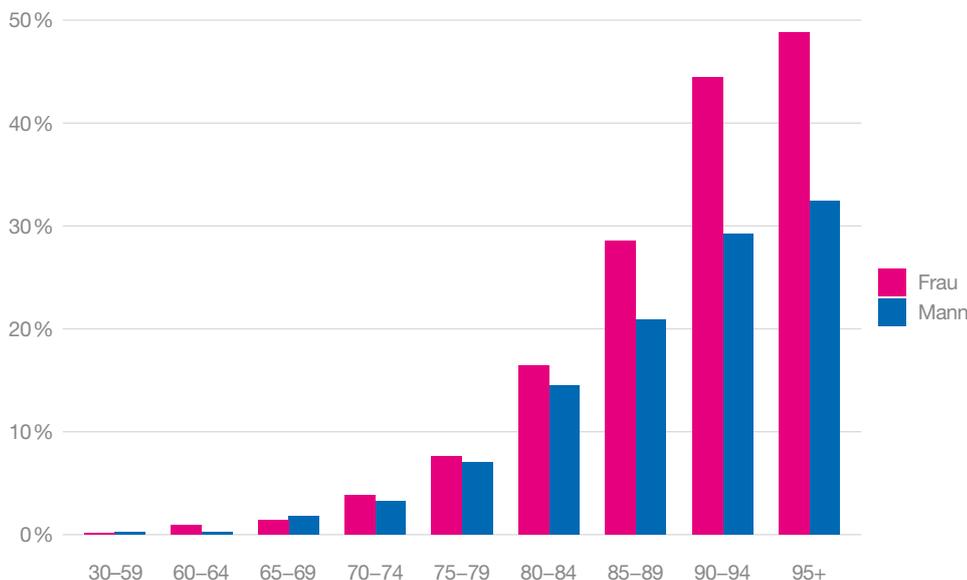
Herausforderungen heute und morgen

Gemäss Berechnungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2018) leben rund 150 000 Menschen in der Schweiz, die an einer Form von Demenz erkrankt sind (Stand 2017). Das entspricht rund neun Prozent der über 65-Jährigen. Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko, von Demenz betroffen zu sein, stark zu. Bei den 65- bis 69-jährigen Schweizerinnen und Schweizern sind 1,8 Prozent der Männer und 1,4 Prozent der Frauen betroffen (s. Abbildung G12). Bei den 80- bis 84-Jährigen sind es 14,5 Prozent der Männer und 16,4 Prozent der Frauen. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, ist für Frauen höher als für Männer. Da der Anteil der über 65-Jährigen in der Gesellschaft zunimmt und die Lebenserwartung steigt, wird auch die Zahl der Personen mit Demenz weiter zunehmen. Bis 2040 wird sich die Zahl der Betroffenen gemäss den Prognosen der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2018) auf rund 300 000 verdoppeln.

Was ist Demenz?

Als Demenz bezeichnet man ein Krankheitsbild, das meist in Zusammenhang mit einer chronisch fortschreitenden Erkrankung des Gehirns auftritt. Sie äussert sich durch eine Störung von mehreren Hirnleistungsbereichen. Diese Bereiche sind: Aufmerksamkeit, Sprache, Lernen und Gedächtnis, sogenannte Exekutivfunktionen (Planen, abstraktes Denken, Einsatz von Strategien, Problemlösung), Wahrnehmungsleistungen und Fähigkeiten der sozialen Interaktion. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2018)

Abbildung G12: Prävalenzraten Demenz nach Alter und Geschlecht, 2017



Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung (2018)

Im Kanton Zürich leben heute rund 25 000 Menschen mit Demenz. Rund 11 600 von diesen sind zwischen 80 und 89 Jahre alt (s. Abbildung G13 S. 22). Damit ist fast die Hälfte aller Menschen mit Demenz im Kanton Zürich in dieser Altersgruppe. Rund 23 Prozent sind zwischen 70 und 79 Jahre alt und 20 Prozent sind älter als 90 Jahre. Personen unter 65 Jahren sind vergleichsweise selten von Demenz betroffen, wie Abbildung G12 zeigt. Im Kanton Zürich sind es rund 1300 Personen, die bereits im erwerbsfähigen Alter von Demenz betroffen sind. Damit diese möglichst lange in ihrem Arbeitsumfeld tätig sein können, müssen deren Bedürfnisse auch in der Arbeitswelt berücksichtigt werden. Am Beispiel dieser Personen zeigt sich bereits, dass Demenz nicht alleine ein Thema der Gesundheitsversorgung ist.

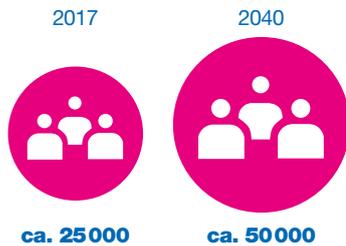
Abbildung G13: Personen mit Demenz im Kanton Zürich



Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung (2018)

Bis 2040 wird sich die Zahl der Betroffenen im Kanton Zürich voraussichtlich auf rund 50000 verdoppeln. Demenz ist nicht nur für die betroffenen Personen eine Herausforderung, sondern auch für ihre Angehörigen. Rund 60 Prozent der von Demenz betroffenen Personen leben in ihrem angestammten Umfeld und werden durch das familiäre und gesellschaftliche Umfeld mitbetreut und begleitet. Pro betroffene Person sind durchschnittlich drei Angehörige mitbetroffen, die in die Betreuung einbezogen sind. Hochgerechnet heisst das, dass Demenz bereits heute bei insgesamt 100000 Zürcherinnen und Zürchern den Alltag mitbestimmt.

Abbildung G14: Personen mit Demenz im Kanton Zürich



Quelle: Hochrechnung Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Schweizerische Alzheimervereinigung (2018)

Abbildung G15: Teilnehmende des Demenzforums



Im Rahmen des Zürcher Demenzforums trifft sich eine breite Palette von Organisationen jährlich zum Informationsaustausch, zur gemeinsamen Zustandsanalyse und zur Abstimmung der Aktivitäten.

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Versorgung von Menschen mit Demenz

Der Bund und die Kantone haben Ende 2013 die Nationale Demenzstrategie verabschiedet. Der Kanton Zürich setzte sich intensiv mit deren Umsetzung auseinander. Dieser Prozess wird kontinuierlich weitergeführt. Alle involvierten Akteure und Stellen – Patientenorganisationen, Gesundheitsversorger, Behörden, Politik, Bildung und Forschung – verstehen die Umsetzung der nationalen Strategie auf kantonaler Ebene als gemeinsame Aufgabe, unabhängig von ihren unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen. Seit 2014 treffen sie sich einmal im Jahr im Rahmen des Zürcher Demenzforums zur Standortbestimmung (s. Randspalte). Die Gesundheitsdirektion stellt damit die Aufgabe des Kantons als Koordinator und Vermittler im Demenzbereich sicher. Das Patronat des Demenzforums haben die Vorsteher der Gesundheitsdirektion und der Sicherheitsdirektion sowie der Präsident der Schweizerischen Alzheimervereinigung inne. Im Rahmen des Demenzforums wurden zwei bereichsübergreifende Lücken in der Versorgung von Menschen mit Demenz identifiziert: Zum einen fehlte es an einem Angebot mit aufsuchender Abklärung und Beratung von Menschen mit Demenz, die sozial isoliert sind. Zum anderen war die Koordination von Gesundheits- und Sozialleistungen verbesserungswürdig. Die Gesundheitsdirektion und die anderen im Demenzforum beteiligten Organisationen haben anschliessend verschiedene Lösungen für diese und weitere identifizierte Probleme erarbeitet und in Projekten umgesetzt (s. unten). Der Kanton koordiniert und unterstützt Projekte insbesondere in bereichsübergreifenden Themen, für die (noch) keine klare Zuständigkeit besteht.

Angebote, Instrumente und Grundlagen zum Umgang mit Demenz

In den vier Jahren seit der Lancierung der Nationalen Demenzstrategie sind im Kanton Zürich verschiedene Angebote, Instrumente und Grundlagen entwickelt worden. Mit Unterstützung der Gesundheitsdirektion haben verschiedene Organisationen Projekte durchgeführt (s. Abbildung G16 S. 23). So entstand ein Angebot für Menschen mit Demenz, die aufgrund ihrer Erkrankung und sozialer Isolation nicht in der Lage sind, selbst Hilfe zu holen (Aufsuchendes Angebot «AIDA-Care»). Dieses wurde evaluiert, und es hat sich gezeigt, dass AIDA-Care bietet, was es verspricht. Die Dienstleistung liefert einen wertvollen Beitrag zu einem demenzfreundlichen Zusammenleben in der Gesellschaft. Wichtig ist, dass AIDA-Care an bestehende Strukturen in den jeweiligen Gemeinden anknüpft. Ein Augenmerk soll auf die ausführliche Schulung des Beratungspersonals sowie auf die Sicherstellung der Fallführung gelegt werden. An den Standorten Gesundheitszentrum Dielsdorf (für den Bezirk Dielsdorf) und KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit in Bassersdorf (für Bassersdorf und neun weitere Gemeinden) wurde AIDA-Care in den Regelbetrieb überführt.

Abbildung G16: Projekte im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie

Name	Leitung	Angebot
AIDA-Care	Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie	Aufsuchendes Angebot für Menschen mit Demenz
BAS	Dialog Ethik	Elektronisches Beratungstool für Altersstellen in den Gemeinden
CASE	Spitex Zürich Sihl	Grundlagen für die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflegeexpertinnen und -experten
Optimierung der Versorgung	Zürcher Verein Chefärzte Psychiatrie	Erarbeitung einer Grundlage, auf der Massnahmen zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz und schwersten Verhaltensstörungen entwickelt werden können

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Weiter wurde ein elektronisches Beratungstool für Altersstellen («BAS») in den Gemeinden entwickelt, das diese bei Beratungen und in der Entscheidungsfindung unter ethischen Gesichtspunkten unterstützt. Dieses Tool steht den Gemeinden unentgeltlich zur Verfügung. Wichtige Grundlagenarbeiten sind auch für die Versorgung von Menschen mit Demenz und schwersten Verhaltensstörungen geleistet worden. Zudem ist ein Projekt angelaufen, das Grundlagen für die Überarbeitung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflegeexpertinnen und -experten gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten im Fall von chronischen Erkrankungen erarbeitet («CASE»). Ein spezieller Fokus liegt dabei auf dem Thema Demenz.

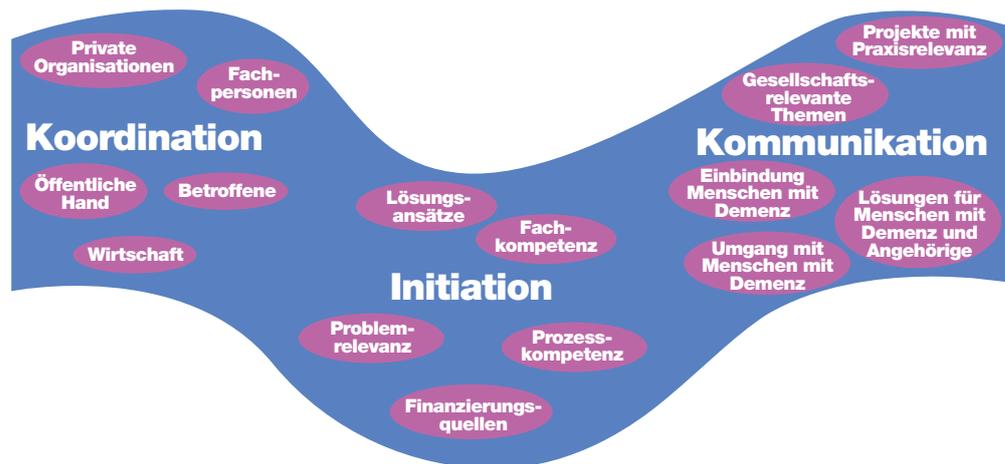
Neben den genannten Projekten wurden von anderen Organisationen weitere Projekte umgesetzt. Diese alle leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass Menschen mit Demenz im Bereich der Gesundheitsversorgung gemäss ihren Bedürfnissen unterstützt werden.

Projekt «Mäander» – breit abgestützte Organisation für die Querschnittsaufgabe Demenz

Die Nationale Demenzstrategie wird nach rund fünfjähriger Laufzeit 2019 abgeschlossen. Die Herausforderungen bleiben darüber hinaus bestehen – auch im Kanton Zürich. In den Diskussionen im Rahmen des Demenzforums und der Projekte zur Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie im Kanton Zürich zeigte sich, dass die Begrenzung der Massnahmen und Projekte auf die Gesundheitsversorgung den gesamtgesellschaftlichen Dimensionen des Themas Demenz nicht gerecht werden kann. Ziel aller an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligten Organisationen und Institutionen – und nicht zuletzt der Betroffenen und ihrer Angehörigen selbst – ist es, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich bei guter Lebensqualität im gesellschaftlichen Alltag integriert bleiben. Dazu müssen aber auch die Voraussetzungen gegeben sein oder geschaffen werden: Nur, wenn das Umfeld – die Nachbarschaft, das lokale Gewerbe, die örtlichen Vereine und Kirchen, die Organisationen des öffentlichen Verkehrs, Wirtschaft und Politik usw. – den Menschen mit Demenz angemessen begegnet, können diese auch mit fortschreitenden Einschränkungen in der angestammten Umgebung verbleiben. Demenz ist deshalb ein Thema, das gesamtgesellschaftlich anzugehen ist. Der Fokus wird darum weiter geöffnet, und die Wirtschaft und der Privatbereich werden miteinbezogen. Der Umgang mit Demenz und die Schaffung günstiger Alltagsverhältnisse für Menschen mit Demenz müssen zu einer dauerhaften Querschnittsaufgabe über alle gesellschaftlichen Bereiche hinweg werden.

Der Kanton will diese Entwicklung mit der Gründung einer Institution für die Koordination, Initiierung und Kommunikation unterschiedlichster Aktivitäten fördern (s. Abbildung G17 S. 24). Der Regierungsrat hat der Gesundheitsdirektion, zusammen mit der Sicherheitsdirektion und der Direktion der Justiz und des Innern, einen entsprechenden Auftrag erteilt (vgl. RRB 517/2018 vom 6. Juni 2018). Das Projekt läuft unter dem Titel «Mäander». Die Gesundheitsdirektion wird dabei unterstützt durch den Gemeindepräsidentenverband, die Alzheimervereinigung und Pro Senectute Kanton Zürich. Erste Gespräche mit der Wirtschaft und Privaten sind ebenfalls bereits erfolgt. Um möglichst niederschwellig Probleme von Menschen mit Demenz und Probleme in Zusammenhang mit Demenz zu erfassen, braucht es effiziente Koordinationsgefässe. In diesen wird der Austausch zwischen den richtigen und wichtigen Partnern, z. B. der öffentlichen Hand, privaten Organisationen, der Wirtschaft und weiteren, gefördert («Koordination»). Zur Identifikation von möglichen Projektpartnern bezüglich Fachkompetenz und Finanzierungsmöglichkeiten werden Netzwerke gebildet. Die entstehende Institution nimmt eine unterstützende Rolle beim Zusammenbringen verschiedener Projektpartner und ihres spezifischen Knowhows ein («Initiation»). Dafür sind eine breite Anerkennung, Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit unabdingbar. Zudem soll die zu schaffende Institution auch aktiv kommunizieren und strukturierte thematische Programme lancieren, um Demenz in einem bestimmten gesellschaftlichen Zusammenhang zu thematisieren. Das Ziel ist es, ein möglichst breites und grosses Publikum zu erreichen und ein Bewusstsein für das Thema Demenz und die geplanten Projekte zu schaffen («Kommunikation»).

Abbildung G17: Projekt «Mäander»



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Das gemeinsame Ziel aller beteiligten Partnerinnen und Partner ist es, für eine gute Lebensqualität von Menschen mit Demenz und zur Befähigung der Gesellschaft im Umgang mit ihnen zu sorgen. Die im Rahmen des Projekts «Mäander» geplanten Aktivitäten werden dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz möglichst gut in der Gesellschaft integriert sind.

Der Kanton Zürich bleibt dran

Das Thema Demenz gewinnt an Brisanz. Mit der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 haben Bund und Kantone Projekte und Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz gestartet und teilweise bereits umgesetzt. Der Kanton Zürich hat mit den kantonal durchgeführten Praxisprojekten und dem jährlichen Austausch der Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen am Zürcher Demenzforum zusätzliche positive Ergebnisse im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie erzielt.

Das Spektrum der Fragen, die anzugehen sind, um ein gutes Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz zu erreichen, ist aber breiter. Dazu braucht es den gesamtgesellschaftlichen Fokus. Im Kontext des Themas Schnittstellen bedeutet dies eine Vielzahl von neuen Schnittstellen, nicht nur innerhalb der Gesundheitsversorgung, sondern insbesondere im Wirtschaftsbereich und Privatbereich. Eine echte Herausforderung. Mit dem Projekt «Mäander» nimmt der Kanton Zürich sich dieser an.

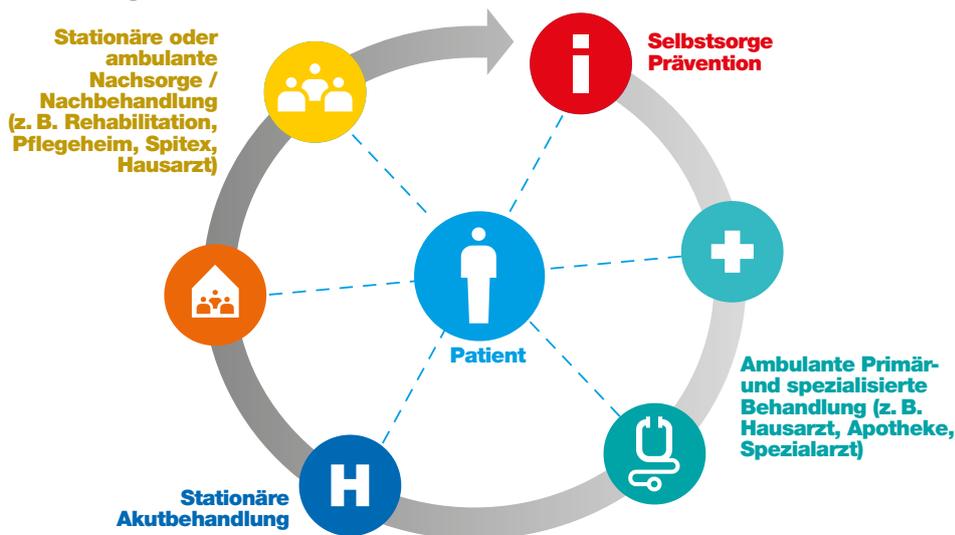
1.3.3 Behandlungsketten und ihre Schnittstellen

Unter «Multimorbidität» wird das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, oft chronischer Erkrankungen oder medizinischer Probleme bei einer Patientin oder einem Patienten verstanden. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Multimorbidität zu leiden.

Traditionell ist die Gesundheitsversorgung auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet. Aufgrund der grossen medizinisch-technologischen Fortschritte in den letzten Dekaden haben sich in Industrieländern wie der Schweiz hochspezialisierte, multidisziplinäre und multisektorale Gesundheitssysteme gebildet. Die Komplexität und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung, die demografische Entwicklung und die zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten stellen das schweizerische Gesundheitswesen jedoch vor grosse Herausforderungen: In Zukunft wird es mehr ältere und mehr chronisch kranke, multimorbide Menschen geben. Innovationen führen zu neuen therapeutischen Möglichkeiten und erlauben, dass schwerkranke Menschen zukünftig länger überleben. Damit und durch die Vielzahl der am Behandlungsprozess beteiligten Akteure steigen auch die Anforderungen an eine gut abgestimmte Behandlung weiter.

Wie kann diesen Herausforderungen begegnet werden? Es gilt, die Koordination entlang der gesamten Behandlungskette zu stärken und zu verbessern (s. Abbildung G18 S.25). Denn mangelhafte Koordination führt sowohl zu Qualitätseinbussen als auch zu mehr unnötigen Behandlungen und erhöht das Risiko von Komplikationen. Neben erhöhter Versorgungsqualität und Patientensicherheit kann die bessere Abstimmung der Leistungen auch einen positiven Kosteneffekt haben. Mit dem Abbau von Doppelspurigkeiten und dem Schliessen von Versorgungslücken findet eine effizientere Patientenversorgung statt. Diese Qualitäts- und Effizienzsteigerungen sind zentral, da die Bevölkerung auch in Zukunft von einer patientengerechten, qualitativ hochstehenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung profitieren soll.

Abbildung G18: Die Behandlungskette – von Vorsorge über Versorgung zur Nachsorge



Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Verbesserungen gezielt vornehmen – aber wo?

Wenn die Koordination innerhalb der Gesundheitsversorgung optimiert werden soll, stellt insbesondere der Wechsel von Patientinnen und Patienten von einem Leistungserbringer zum anderen einen wichtigen Ansatzpunkt dar. Diese Schnittstellen, d.h. Übergänge von einer Versorgungsform in eine andere, sind besonders anfällig für Koordinationsprobleme. Daher hat sich die Gesundheitsdirektion im Rahmen des laufenden Projekts «Zürcher Spitalplanung 2022» zum Ziel gesetzt, die wichtigsten Behandlungsketten aus Sicht des stationären Bereichs zu identifizieren, analysieren und quantifizieren. Denn nur mit einem evidenzbasierten Vorgehen ist es möglich, wirksame Massnahmen zu erarbeiten und gezielt Anreize zu einer Verbesserung der Koordination zu setzen.

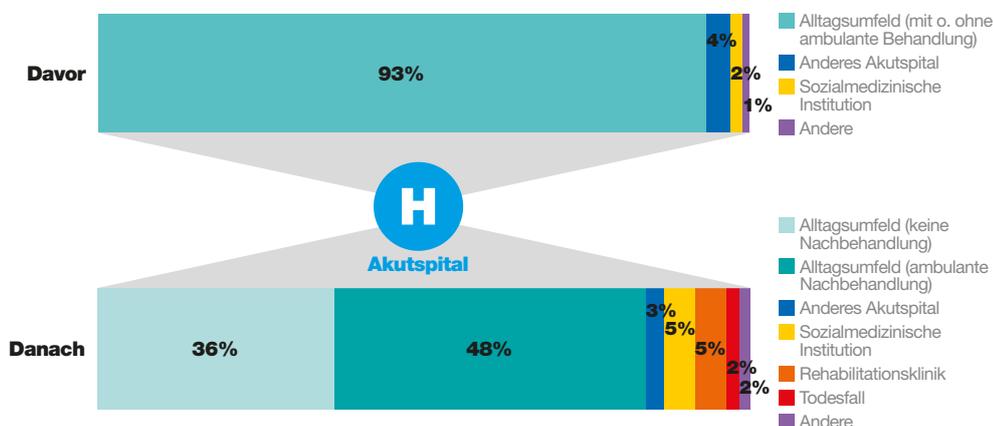
Neun von zehn Patientinnen und Patienten kommen aus ihrem gewohnten Umfeld ins Akutspital

Ein Aufenthalt im Akutspital stellt für Zürcherinnen und Zürcher glücklicherweise eher die Ausnahme als die Regel dar: Die jährliche Hospitalisationsrate beläuft sich auf rund 136 stationäre Aufenthalte pro 1000 im Kanton Zürich wohnhafte Personen (vgl. Kapitel 2.6). Auch zeigt ein Blick auf die Zürcher Akutspitäler: Über 90 Prozent der im Jahr 2017 behandelten Personen kommen aus ihrem Alltagsumfeld ins Akutspital, nur knapp sieben Prozent werden aus einer anderen stationären Einrichtung überwiesen (s. Abbildung G19). Dabei handelt es sich mehrheitlich um notfallmässige oder geplante Verlegungen aus einem anderen Akutspital (4%) sowie Übertritte aus sozialmedizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen (2%). Überweisungen aus psychiatrischen Kliniken stellen einen sehr kleinen Anteil dar (0,2%) und sind in Abbildung G19 in der Kategorie «Andere» enthalten.

Austritte, Fälle, Patientinnen und Patienten

Ausgangspunkt für die meisten Kennzahlen zu stationären Leistungen ist die Zahl der Austritte. Jeder stationäre Spitalaufenthalt endet mit einem Austritt. In der Folge werden andere Begriffe wie «Fälle», «Patientinnen und Patienten» und «Personen» verwendet. Diese Begriffe werden aus sprachlichen Gründen benützt und sind als Synonym für «Austritte» zu verstehen.

Abbildung G19: Aufenthaltsort vor und nach stationärer Akutversorgung 2017



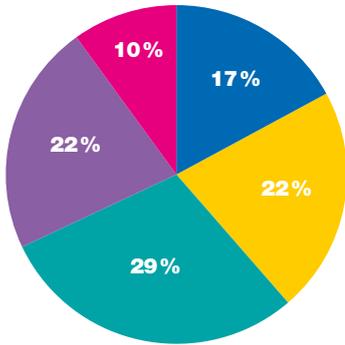
Sozialmedizinische Institutionen umfassen Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und für Suchtkranke sowie Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen.

Die Kategorie «Andere» enthält die folgenden Ausprägungen: Psychiatrische Klinik, Strafvollzugsanstalt, andere und unbekannt.

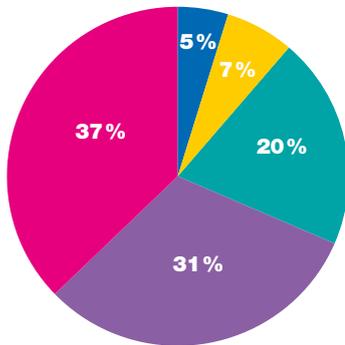
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung G20: Akutsomatische Austritte ins Alltagsumfeld und in stationäre Einrichtungen nach Altersgruppen, 2017

Alltagsumfeld (mit oder ohne ambulante Nachbehandlung)



Stationäre Einrichtungen



- 0-19
- 20-39
- 40-64
- 65-79
- 80+

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Nach stationärer Akutversorgung ist ambulante Nachbehandlung die Regel

Anschliessend an den Aufenthalt im Akutspital, der im Mittel 5,4 Tage dauert, kehren die meisten Patientinnen und Patienten in ihr gewohntes Umfeld zurück (84%, s. Abbildung G19). Oft aber benötigen sie eine ambulante Nachbehandlung, z.B. durch Hausarzt, Spitex, Physiotherapie oder ambulante Rehabilitation. Rund 14 Prozent der Patientinnen und Patienten werden nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt weiterhin stationär versorgt. Etwa ein Drittel davon (5%) wird in einer sozialmedizinischen Institution, z.B. in einem Pflegeheim, weiterbetreut. Bei einem weiteren Drittel (5%) erfolgt die Nachversorgung während eines stationären Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik. In eine andere akutsomatische Einrichtung überwiesen werden rund drei Prozent der Patientinnen und Patienten, während nur ein kleiner Teil in eine psychiatrische Klinik verlegt wird (1%).

Stationäre Nachbehandlung vor allem bei älteren Personen

Insbesondere ältere Patientinnen und Patienten beanspruchen zusätzliche stationäre Versorgungsangebote im Anschluss an ihren Aufenthalt im Akutspital (s. Abbildung G20). Etwas mehr als 30 Prozent der Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären Akutversorgung ins Alltagsumfeld zurückkehren, sind über 65 Jahre alt. Als Vergleich: Unter den Personen, die nachfolgend weiterhin stationär versorgt werden, beträgt dieser Anteil rund 70 Prozent.

Die mengenmässig grössten Schnittstellen der stationären Versorgung

Die Übergänge von der Akutsomatik in die stationäre Rehabilitation und ins Pflegeheim sind mengenmässig die zwei wichtigsten Behandlungsketten innerhalb des stationären Bereichs (s. Abbildung G21). Im Jahr 2017 werden rund 12 000 akutsomatische Patientinnen und Patienten zu einer Weiterbehandlung in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Bei etwa 7 600 Personen erfolgt im Anschluss an die stationäre Akutversorgung eine Akut- und Übergangspflege oder Langzeitversorgung in einem Pflegeheim. Die Behandlungskette von der Akutsomatik zur Akutsomatik (also die Verlegung von einem Akutspital in ein anderes Akutspital) bezeichnet zwar nicht eine Schnittstelle gemäss der zu Beginn eingeführten Definition. Sie stellt jedoch im Kontext einer koordinierten Patientenversorgung einen wichtigen Aspekt dar. Denn auch bei einer Verlegung in ein anderes Akutspital gilt: Ein reibungsloser Übertritt dient dem Patientenwohl und ermöglicht eine effiziente Weiterbehandlung.

Abbildung G21: Aufenthaltsort nach stationärer Akutversorgung, Anzahl Fälle 2017

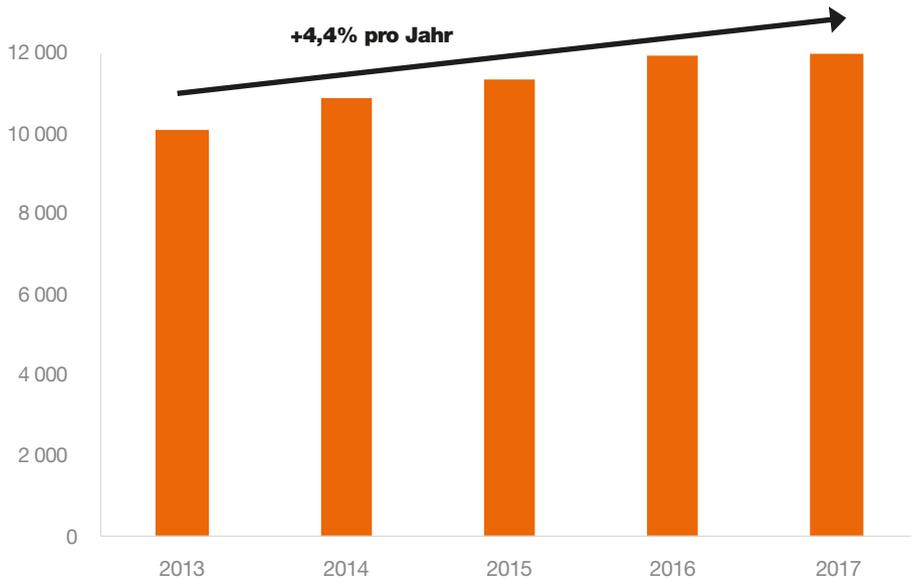


Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Starkes Wachstum der Übertritte in die stationäre Rehabilitation

Innerhalb des stationären Sektors wechseln Patientinnen und Patienten am häufigsten aus dem Akutspital in eine Rehabilitationsklinik. Die Anzahl Fälle, die von der Akutsomatik in die stationäre Rehabilitation verlegt werden, ist in den letzten fünf Jahren markant gestiegen (s. Abbildung G22 S. 27). Während sich das Wachstum aller akutsomatischen Fälle in den gleichen Jahren auf knapp zwei Prozent pro Jahr beläuft, ist bei Verlegungen in eine Rehabilitationsklinik ein überproportionales Wachstum von gut vier Prozent pro Jahr zu verzeichnen. In den letzten beiden Jahren hat sich die Anzahl Übertritte in die stationäre Rehabilitation stabilisiert; dies liegt in erster Linie aber an den generell leicht rückläufigen Fallzahlen in der Akutsomatik im Jahr 2017.

Abbildung G22: Akutsomatische Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation, Anzahl Fälle 2013 bis 2017



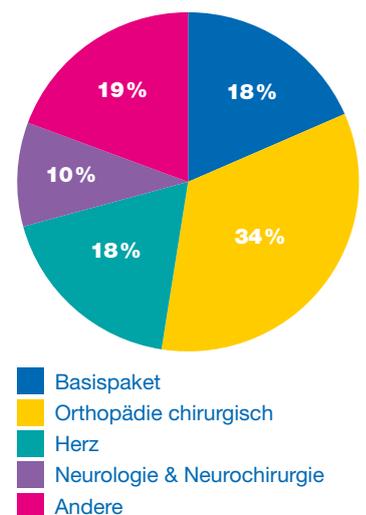
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Stationäre Rehabilitation vor allem nach chirurgischen Eingriffen

Nach welchen Eingriffen und Behandlungen im Akutspital findet im Anschluss eine Weiterbehandlung in der stationären Rehabilitation statt? Könnte eine überproportionale Zunahme dieser Eingriffe und Behandlungen im Akutspital der Grund für das starke Wachstum der Übertritte in die stationäre Rehabilitation sein? Der grösste Teil der Fälle mit einem nachfolgenden Übertritt in eine Rehabilitationsklinik wird im Akutspital im Bereich der orthopädischen Chirurgie behandelt (s. Abbildung G23). Insbesondere nach Primär- und Revisionsprothetik an Knie und Hüfte und operativen Behandlungen der Wirbelsäule werden Patientinnen und Patienten zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit in Rehabilitationskliniken weiterversorgt. Häufig erfolgt eine stationäre Rehabilitation zudem nach operativen Eingriffen oder interventionellen Verfahren an den Herzkranzgefässen und Herzklappen oder nach einem Hirnschlag. Auch nach Behandlungen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (Basispaket), z. B. Operationen von Schenkelhalsfrakturen, werden Patientinnen und Patienten oftmals in einer Rehabilitationsklinik weiterbetreut.

Während die Anzahl Fälle in der orthopädischen Chirurgie entsprechend dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum aller akutsomatischen Fälle zunimmt, lässt sich insbesondere bei neurologischen und neurochirurgischen Behandlungen sowie Verfahren am Herzen ein überdurchschnittliches Wachstum in der Akutsomatik verzeichnen. In all diesen Bereichen nehmen jedoch die Übertritte in die stationäre Rehabilitation trotzdem überproportional zu, d. h. stärker, als es aufgrund der Steigerungen der akutsomatischen Behandlungen zu erwarten wäre.

Abbildung G23: Akutsomatische Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation, nach Leistungsbereich in der Akutsomatik 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Definition: PCCL (englisch: Patient Comorbidity Complexity Level)

Der PCCL ist ein ganzzahliger Wert zwischen 0 und 4. Er widerspiegelt den patientenbezogenen Gesamtschweregrad im medizinisch-ökonomischen Fallpauschalensystem von SwissDRG. Berechnet wird er mithilfe der Schweregrade der einzelnen behandlungsrelevanten Nebendiagnosen, d.h. Komplikationen und/oder Komorbiditäten einer Patientin oder eines Patienten (s. Abbildung G25).

Abbildung G25: Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)

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

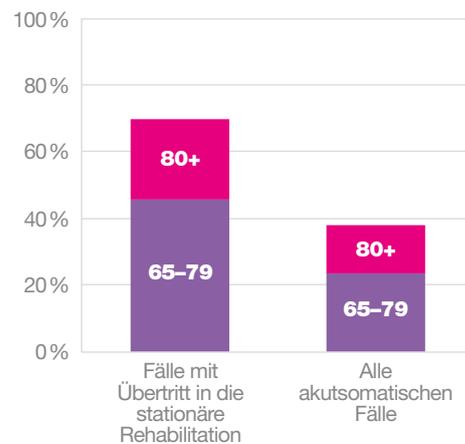
Quelle: SwissDRG AG

Älter, komplexer: Patientenprofil bei Übertritt in die stationäre Rehabilitation

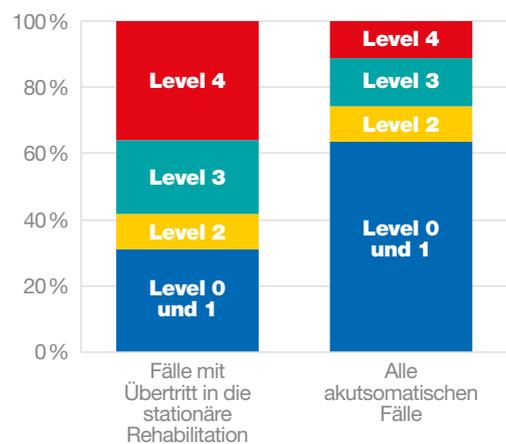
Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten, die in der stationären Rehabilitation weiterbetreut werden, unterscheidet sich erheblich von jener aller akutsomatischen Fälle (s. Abbildung G24, links). Während sich der Anteil der über 65-Jährigen hier auf rund 70 Prozent beläuft, gehören dieser Altersgruppe weniger als 40 Prozent aller akutsomatischen Fälle an. Auch lässt sich eine bezeichnende Differenz hinsichtlich der Komplexität der Fälle feststellen (s. Abbildung G24, rechts). Knapp 60 Prozent der Patientinnen und Patienten mit nachfolgendem Übertritt in eine Rehabilitationsklinik weisen schwere bzw. äusserst schwere Komplikationen und/oder Komorbiditäten auf (PCCL Level 3 und 4). Als Vergleich: Dieser Grad an Komplexität weist nur rund ein Viertel aller akutsomatischen Fälle auf. Dies ist nicht erstaunlich, da einerseits ältere Personen häufiger multimorbid sind – und somit komplexere Behandlungssituationen entstehen – und andererseits komplexere Fälle eher einer zusätzlichen stationären Nachbehandlung bedürfen.

Abbildung G24: Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation vs. alle akutsomatischen Fälle, nach Altersgruppen und Komplexität 2017

Anteil der über 65-Jährigen

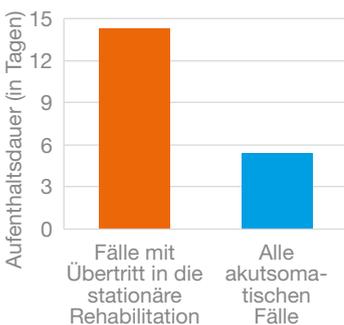


Komplexität (PCCL) der Fälle



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung G26: Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation vs. alle akutsomatischen Fälle, durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

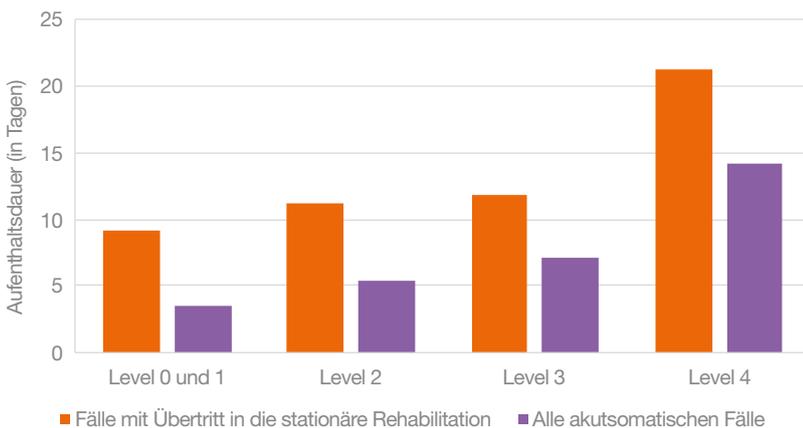
Längerer Aufenthalt im Akutspital vor Übertritt in stationäre Rehabilitation

Komplexere Fälle liegen in der Regel länger im Akutspital als leichtere Fälle, da die Behandlung durch Komplikationen und Komorbiditäten erschwert und damit ressourcenintensiver wird. Dies widerspiegelt sich auch in den Aufenthaltsdauern der Patientinnen und Patienten mit einer Weiterbehandlung in der stationären Rehabilitation (s. Abbildung G26): Patientinnen und Patienten, die anschliessend in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden, liegen fast neun Tage länger im Akutspital als der durchschnittliche akutsomatische Fall. Medizinische Faktoren sind mit Sicherheit ein Grund für die längeren Aufenthaltsdauern. Dennoch stellt sich die Frage: Kann der markante Unterschied damit vollumfänglich erklärt werden?

Hinweise auf Verzögerungen aus nicht medizinischen Gründen

Auch unter Berücksichtigung der Komplexität zeigt sich ein beträchtlicher Unterschied in der Aufenthaltsdauer im Akutspital: Patientinnen und Patienten mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation liegen im Durchschnitt zwischen 4,8 (PCCL Level 3) und 7,0 Tagen (PCCL Level 4) länger im Akutspital als der durchschnittliche akutsomatische Fall (s. Abbildung G27 S. 29).

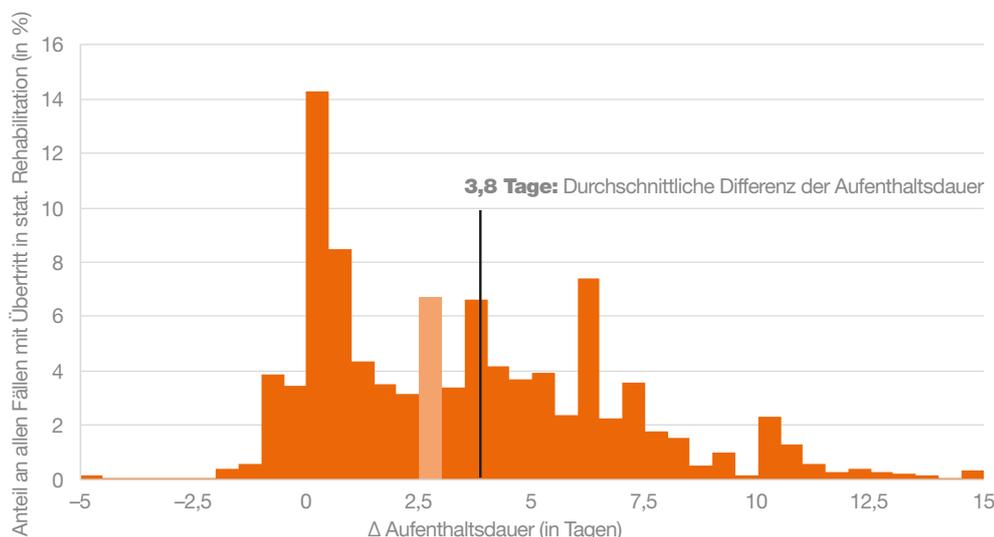
Abbildung G27: Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation vs. alle akutsomatischen Fälle nach PCCL, durchschnittliche Aufenthaltsdauern 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Natürlich beeinflussen neben der Komplexität auch weitere Faktoren die Aufenthaltsdauer, wie z. B. das Alter und die Art der Behandlung bzw. des Eingriffs. Doch auch unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Faktoren (Altersgruppe, Spitalplanungsleistungsgruppe [SPLG]) bleibt im Vergleich eine erhebliche Differenz von durchschnittlich 3,8 Tagen bestehen (s. Abbildung G28). Aus der Verteilung zeigt sich auch, dass knapp 60% der Patientinnen und Patienten mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation zwischen 0 und 5 Tagen länger im Akutspital liegen als der Durchschnitt aller vergleichbaren akutsomatischen Fälle; bei fast 25% dieser Patientinnen und Patienten sind es sogar zwischen 5 und 10 Tagen. Das heisst: Mit den vorliegenden medizinischen Faktoren kann zwar ein beträchtlicher Anteil des Unterschieds in den Aufenthaltsdauern begründet werden, es bleibt aber eine dadurch nicht erklärbare Restdifferenz.

Abbildung G28: Verteilung der Differenz der Aufenthaltsdauern zwischen Fällen mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation und allen akutsomatischen Fällen, 2017¹



Lesebeispiel: Knapp sieben Prozent der Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation weisen eine Aufenthaltsdauer auf, die zwischen 2,5 und 3 Tagen über der Aufenthaltsdauer von allen in puncto Alter, SPLG und PCCL vergleichbaren Fällen liegt (s. Abbildung G28 heller eingefärbt).

¹ Differenz in den Aufenthaltsdauern kontrolliert für SPLG, Altersgruppe und PCCL

Rund 2,5% der Fälle mit Übertritt in die stationäre Rehabilitation weisen eine mehr als fünf Tage kürzere bzw. mehr als 15 Tage längere Aufenthaltsdauer gegenüber allen vergleichbaren akutsomatischen Fällen auf. Diese sind in der Abbildung G28 nicht abgebildet.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Unabhängig von der Indikation ist für eine stationäre Rehabilitation zwingend eine vorgängige Kostengutsprache durch den Versicherer erforderlich. Zwar bieten diese den Spitälern und Patientinnen oder Patienten Vergütungssicherheit. Jedoch kann die Gesuchstellung mit beträchtlichem administrativem Aufwand einhergehen, und die Bearbeitungszeit der Versicherer dauert bis zu fünf Tagen.

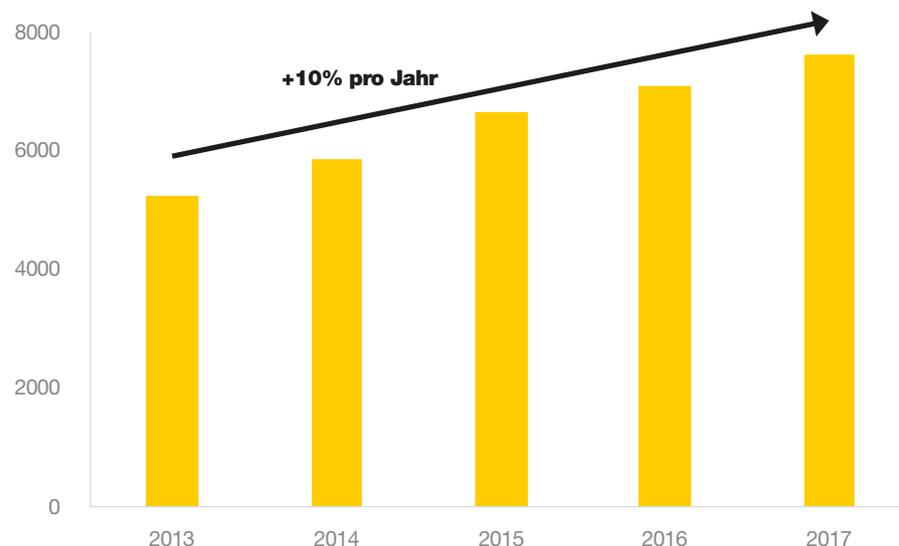
Mit der Neuordnung der Pflege- und Spitalfinanzierung auf das Jahr 2012 wurde die Akut- und Übergangspflege in das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufgenommen. Nach einem Spitalaufenthalt dient sie dazu, einen vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand zu bewältigen und die Rückkehr ins gewohnte Umfeld zu ermöglichen. Diese Pflege und Betreuung kann ambulant oder stationär erfolgen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen? Patientinnen und Patienten mit anschliessender stationärer Rehabilitation verbleiben erheblich länger im Akutspital – und dies nicht nur aus medizinischer Notwendigkeit. Der unter Berücksichtigung zahlreicher Faktoren bereinigte Unterschied in der Aufenthaltsdauer deutet somit auf Verzögerungen des Übertritts aus nicht medizinischen Gründen hin. Diese könnten beispielsweise bedingt sein durch administrative Hürden bei der Gesuchstellung um Kostengutsprachen durch die Akutspitäler, lange Bearbeitungszeiten der Gesuche und verzögerte Erteilung der Kostengutsprachen durch die Versicherer, eine nicht rechtzeitige Verfügbarkeit von geeigneten Angeboten oder Schwierigkeiten beim Anmeldeprozess bei Rehabilitationskliniken.

Noch markanteres Wachstum der Übertritte in Pflegeheime

Neben der Nachbetreuung in Rehabilitationskliniken erfolgt eine stationäre Weiterversorgung nach dem Aufenthalt im Akutspital oftmals in Pflegeheimen. Die Anzahl akutsomatischer Fälle mit einem nachfolgenden Übertritt in ein Pflegeheim ist in den letzten fünf Jahren mit fast zehn Prozent pro Jahr stark gestiegen (s. Abbildung G29; als Vergleich: Fallzunahme Akutsomatik +2% pro Jahr [2013–2017]). Trotz den leicht rückläufigen Fallzahlen in der Akutsomatik im Jahr 2017 hat sich das Wachstum der Anzahl Übertritte in Pflegeheime kaum abgeschwächt. Von dieser Zunahme kann aber nicht direkt auf den Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Kanton Zürich geschlossen werden. Seit 2012 sieht das KVG für Spitalpatientinnen und -patienten, die nach der Akutphase einen kurzfristig erhöhten Pflegeaufwand aufweisen, eine «Akut- und Übergangspflege» von maximal 14 Tagen vor. Dass die Zahl der Kurzaufenthalte in der stationären Langzeitversorgung in den letzten fünf Jahren stark angestiegen ist, zeigen die entsprechenden Statistiken der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)².

Abbildung G29: Akutsomatische Fälle mit Übertritt in Pflegeheime, Anzahl Fälle 2013 bis 2017



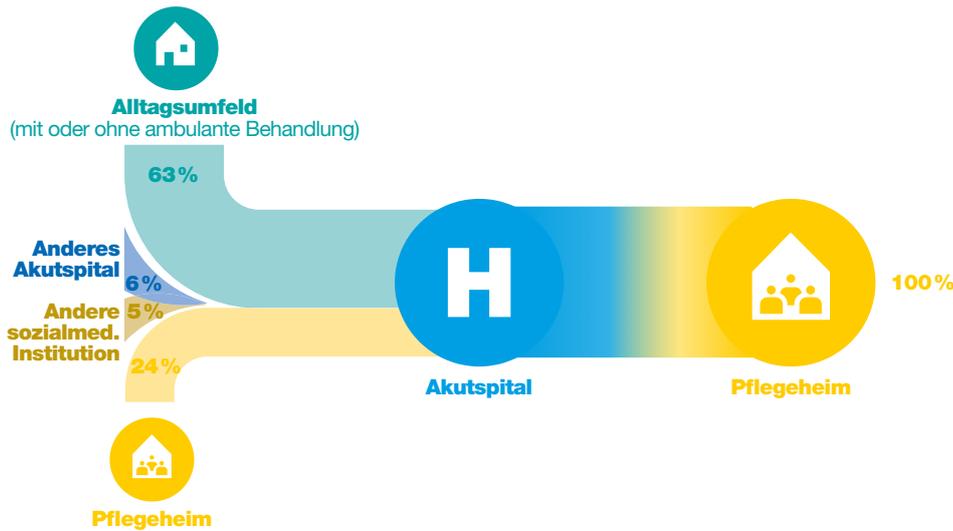
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Vom Pflegeheim ins Akutspital und zurück: Bei knapp einem Viertel

Ein Blick auf die Zahlen im Jahr 2017 zeigt: Knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten, die nach der Versorgung im Akutspital in ein Pflegeheim verlegt werden, wurde bereits zuvor in einem Pflegeheim betreut (s. Abbildung G30 S. 31). Der weitaus grösste Teil der akutsomatischen Patientinnen und Patienten mit nachfolgendem Übertritt in ein Pflegeheim lebte jedoch zuvor zu Hause, mit oder ohne ambulante Pflege wie z. B. Spitex. Unabhängig vom ursprünglichen Aufenthaltsort werden über 80 Prozent dieser Patientinnen und Patienten notfallmässig ins Akutspital eingewiesen.

² Vgl. dazu die Kenndaten Langzeit unter <http://www.gd.zh.ch/kenndaten>

Abbildung G30: Aufenthaltsort vor stationärer Akutversorgung bei anschliessendem Eintritt in ein Pflegeheim 2017



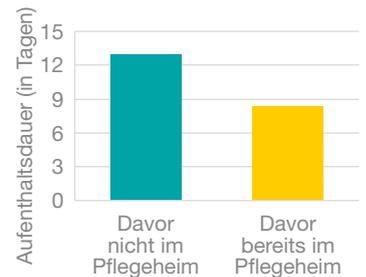
Die knapp zwei Prozent der Patientinnen und Patienten mit einem anderen Aufenthaltsort vor dem Eintritt ins Akutspital werden nicht abgebildet.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Auch hier: Mögliche Verzögerungen aus nicht medizinischen Gründen

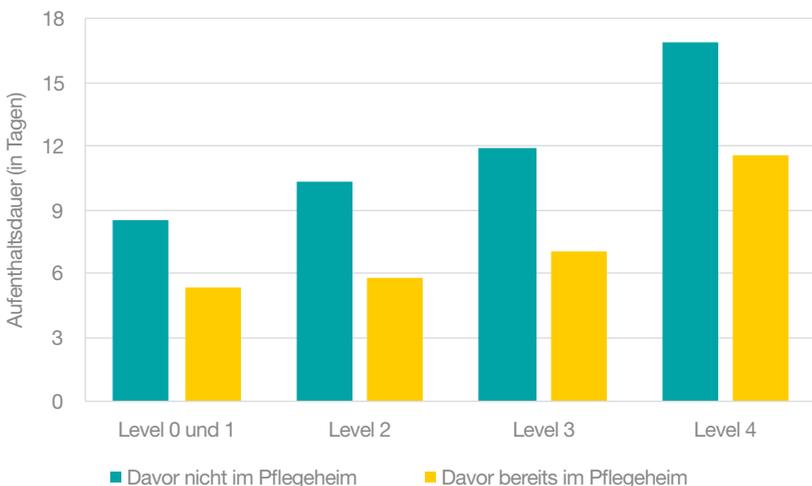
Es ist nicht erstaunlich, dass Patientinnen und Patienten mit Übertritt in ein Pflegeheim länger im Akutspital liegen als der durchschnittliche akutsomatische Fall (11,9 vs. 5,4 Tage). Sie sind älter, gebrechlicher und komplexer in der Betreuung. Interessant ist hier der Vergleich der Aufenthaltsdauern im Akutspital je nachdem, ob die Patientinnen und Patienten zuvor bereits in einem Pflegeheim waren oder nicht. Dabei zeigt sich: Lebte eine Patientin oder ein Patient vor dem Aufenthalt im Akutspital schon in einem Pflegeheim, so erfolgt der anschliessende Übertritt ins Pflegeheim rund 4,6 Tage schneller (s. Abbildung G31). Unterschiede bei den Merkmalen, die aus medizinischer Sicht eine solche Differenz erklären könnten, liegen nicht vor. Beide Patientengruppen verfügen über eine ähnliche Altersstruktur. Patientinnen und Patienten, die zuvor bereits in einem Pflegeheim lebten, sind im Durchschnitt sogar etwas jünger. Der Grad an Komplexität unterscheidet sich nur sehr geringfügig (Anteil Fälle mit PCCL Level 4: 37% vs. 39%). Daher verbleibt auch unter Berücksichtigung der Komplexität ein Unterschied in der Aufenthaltsdauer im Akutspital von 3,2 Tagen (PCCL Level 0 und 1) bis hin zu 5,4 Tagen (PCCL Level 4; s. Abbildung G32). Das heisst: Patientinnen und Patienten, die bei Eintritt ins Spital noch nicht über einen Pflegeheimplatz verfügen, verbleiben erheblich länger im Akutspital – und zwar nicht nur aus medizinischer Notwendigkeit. Somit bestehen auch an der Schnittstelle zur stationären Langzeitversorgung Hinweise auf Verzögerungen beim Übertritt aus nicht medizinischen Gründen, z. B. aufgrund einer schwierigen Suche nach einem geeigneten Angebot oder einer aufwendigen Anmeldung.

Abbildung G31: Fälle mit Übertritt ins Pflegeheim nach Aufenthaltsort vor Akutspital, durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Abbildung G32: Fälle mit Übertritt ins Pflegeheim nach Aufenthaltsort vor Akutspital und PCCL, durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

EFAS: Nur sinnvoll, wenn konsequent und umfassend

Im Kontext der Schnittstelle zum Langzeitbereich gilt es, auch einen Blick auf die aktuellen politischen Debatten rund um zukünftige Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen zu werfen. Seit Jahren wird die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen, kurz EFAS, politisch intensiv diskutiert. Heute werden Leistungen im ambulanten Bereich vollständig von den Versicherern, also über Prämien, finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden demgegenüber zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen (Steurgelder) und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherern bezahlt. Die Befürworter von EFAS monieren, dass diese Regelung direkt und indirekt zu verschiedenen Fehlanreizen führen kann, die dem Ziel einer guten und günstigen Behandlung entgegenstehen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hat daher einen Vorentwurf für eine Änderung des KVG ausgearbeitet. Dieser sieht vor, dass neu die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Leistungen vergüten – und sich die Kantone zu einem festen Prozentsatz an diesen Kosten beteiligen (derzeit ist von 25,5% die Rede). Explizit ausgeklammert bleibt in der Vorlage die Finanzierung der Pflegekosten. Unter Berücksichtigung der Relevanz dieser Schnittstelle ist der Einbezug der Pflegekosten in ein neues Finanzierungsmodell aber zwingend erforderlich, um eine optimal koordinierte Versorgung über die gesamte Behandlungskette hinweg sicherzustellen. Denn wenn die bisherige Finanzierung auf völlig neue Grundlagen gestellt, falsche Anreize abgebaut und die Versorgung effizienter gemacht werden sollen, dann muss dies konsequent und umfassend geschehen.

Fazit: Hinweise auf eine suboptimale Versorgung ...

Idealerweise werden Patientinnen und Patienten dort versorgt, wo sie die auf ihren Behandlungsbedarf optimal zugeschnittenen Leistungen erhalten können. Dies ist sinnvoll – sowohl aus der Perspektive der Versorgungsqualität als auch der Kosten. Obwohl die vorliegenden Analysen keine abschliessenden Rückschlüsse auf mögliche Koordinationsprobleme bei Übergängen von einer Versorgungsform in die andere erlauben, so bieten sie doch Hinweise auf Schnittstellen mit Verbesserungspotenzial.

... sind – wenn immer möglich – gezielt anzugehen ...

Dieses Verbesserungspotenzial möchte die Gesundheitsdirektion – soweit möglich – erschliessen. Im Rahmen des laufenden Projekts «Zürcher Spitalplanung 2022» unterzieht sie daher Schnittstellen in der Versorgung einer vertieften Betrachtung, um Handlungsfelder ableiten und angehen zu können. Obwohl der Fokus primär auf Übergängen innerhalb der stationären Versorgung liegt, werden im Sinne der Sicherstellung einer optimalen Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung weitere, relevante Schnittstellen zum ambulanten Bereich nicht ausser Acht gelassen. Ein datenbasiertes Vorgehen ist dabei zentral: Nur eine transparente Nutzung der Evidenz ermöglicht fundierte Entscheidungsgrundlagen und damit die Entwicklung wirkungsvoller Instrumente. Mit klaren Rahmenbedingungen und massvoller Regulierung möchte die Gesundheitsdirektion denn auch Anreize zu mehr und effizienterer Zusammenarbeit zwischen den zahlreichen Leistungserbringern schaffen.

... und unter Mitwirkung aller Akteure zu klären

Für eine optimale koordinierte Versorgung braucht es die richtigen Rahmenbedingungen sowie ein gut verzahntes Zusammenspiel der Leistungserbringer und weiterer wesentlicher Akteure. Gute Beispiele dafür gibt es schon heute: In zahlreichen Kooperationen und Netzwerken arbeiten Leistungserbringer eng zusammen und mit innovativen Versorgungsprojekten werden Verbesserungsmöglichkeiten ausgetestet und weiterentwickelt. So haben z. B. gewisse Versicherer und Leistungserbringer bei vordefinierten Indikationen «stillschweigende Kostengutsprachen» zur Vereinfachung des Prozesses vereinbart. Auch durch die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers kann zukünftig ein reibungsloser Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten einfacher stattfinden. Die Gesundheitsdirektion möchte dabei Hand zu wirksamen Lösungen bieten und ist gewillt, wo möglich und sinnvoll, Hürden abzubauen. Denn für die Bewältigung der Herausforderungen von morgen ist eine optimale Vorbereitung heute vonnöten – sodass Zürcherinnen und Zürcher auch in Zukunft von einer möglichst reibungslosen, qualitativ guten und effizienten Versorgung profitieren können.

1.4 Zufriedenheit mit dem Zürcher Gesundheitswesen

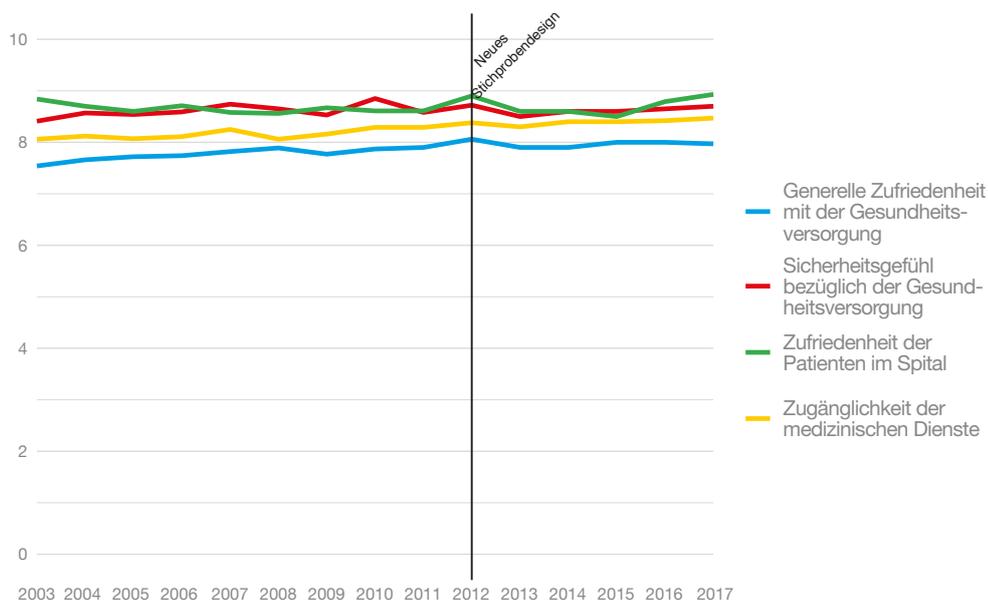
In einer repräsentativen Umfrage hat das Befragungsinstitut LINK im November 2017 insgesamt 1600 im Kanton Zürich wohnhafte Personen interviewt. Die Zürcherinnen und Zürcher wurden gefragt, wie sie die Zugänglichkeit des Gesundheitswesens im Kanton beurteilen, wie gut sie sich durch das Gesundheitswesen abgesichert fühlen und wie zufrieden sie damit sind. Die Befragung findet seit 2003 jährlich statt. Die Ergebnisse geben Aufschluss über längerfristige Veränderungen im Zürcher Gesundheitswesen.

Konstant hohe Zufriedenheit mit der Zürcher Gesundheitsversorgung

Die Zürcher Bevölkerung ist mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Abgesehen von kleineren Schwankungen steigt die Zufriedenheit seit Langem kontinuierlich an. Dasselbe trifft auch auf die Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung zu. Zudem fühlen sich Zürcherinnen und Zürcher von der Gesundheitsversorgung auch gut abgesichert (s. Abbildung G33).

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

Abbildung G33: Zufriedenheitsbefragungen 2003 bis 2017



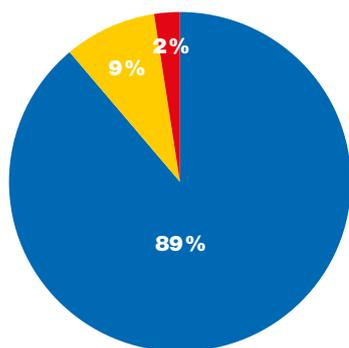
Neues Stichprobendesign seit 2013

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

Quelle: Zufriedenheitsbefragung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Auch was die Zukunftsaussichten betrifft, ist die Bevölkerung optimistisch. 77 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu, dass die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich heute und in Zukunft gesichert ist, d. h., sie beurteilten die Aussage mit einem Wert von acht bis zehn auf einer Skala von eins (trifft überhaupt nicht zu) bis zehn (trifft voll und genau zu). Im Vergleich zum Vorjahr hat dieser Wert im vergangenen Jahr um fünf Prozent zugenommen.

Abbildung G34: Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt



■ sehr zufrieden
■ zufrieden
■ nicht zufrieden

Quelle: Zufriedenheitsbefragung,
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Zufrieden mit Spitalaufenthalt

Stärkeren Schwankungen unterworfen ist die Kundenzufriedenheit, d. h. die Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt von Personen, die in den letzten zwölf Monaten im Spital waren. In der neuesten Befragung weist aber auch die Kundenzufriedenheit einen sehr hohen Wert aus. 89 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten haben auf einer Skala von eins (überhaupt nicht zufrieden) bis zehn (sehr zufrieden) ihren letzten Spitalaufenthalt mit acht, neun oder zehn Punkten bewertet (s. Abbildung 34). Das ist der höchste Wert seit Erhebungsbeginn 2003. Rund neun Prozent sind mit ihrem letzten Aufenthalt zufrieden und nur rund zwei Prozent sind nach eigenen Angaben unzufrieden. Die Leistungserbringer erhalten damit ein sehr gutes Zeugnis für ihre Arbeit. Bemerkenswert ist auch, dass die Kundenzufriedenheit höher ist als die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in der Gesamtbevölkerung. Die Meinung der Befragten verbesserte sich also im Schnitt, wenn sie in den letzten zwölf Monaten tatsächlich im Spital waren.

Spitalwahl: Routine ist wichtig, Qualität entscheidet

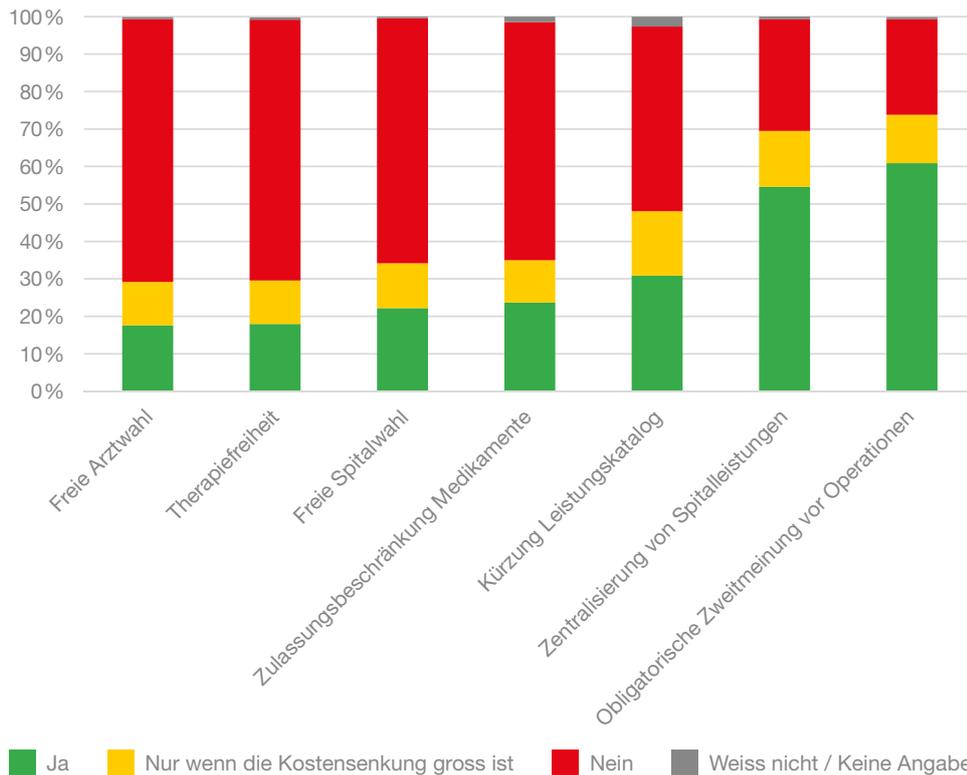
Für die Befragten, die in den letzten zwölf Monaten im Spital waren, war die Qualität das entscheidende Kriterium für die Spitalwahl. Ebenfalls eine wichtige Rolle spielte der Umstand, wie häufig ein Spital oder ein Arzt die Operation oder Behandlung durchführt: Rund 66 Prozent der Befragten stufen die Routine mit einer Wichtigkeit von acht bis zehn auf einer Skala von eins (völlig unwichtig) bis zehn (sehr wichtig) ein.

Versorgungssicherheit: Heime verbessert, Hausärzte sinkend

Die Befragten fühlen sich durch die Gesundheitsversorgung insgesamt sehr gut abgesichert. Klar verbessert hat sich über die letzten Jahre die Beurteilung der Absicherung durch Alters- und Pflegeheime. Während diese von allen Bereichen der Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit immer klar am schlechtesten beurteilt wurde, hat sich das Bild hier seit 2008 kontinuierlich verbessert. Umgekehrt verläuft der Trend bei den Hausärzten: Der Aussage «Im Kanton Zürich gibt es genügend Hausärzte» stimmten die Befragten seit 2008 stetig weniger zu. Diese Beurteilungen decken sich auch mit anderen Beobachtungen. Während Heimplätze trotz Alterung der Bevölkerung nicht knapper werden, haben Hausärztinnen und -ärzte in ländlichen Gegenden immer wieder Mühe, Nachfolgerinnen und Nachfolger für ihre Praxis zu finden.

Kosten: Hohe Akzeptanz für die Konzentration spezialisierter Spitalleistungen

Die Kosten des Gesundheitswesens, insbesondere die Prämien, sind für die Bevölkerung ein wichtiges Thema. In der aktuellen Befragung hat die Gesundheitsdirektion darum eine Reihe von Fragen zu den Kosten und zu Sparpotenzialen gestellt. Eine klare Mehrheit der Befragten (70 Prozent) will trotz steigender Kosten die Leistungen der Grundversicherung nicht einschränken. Die Umfrageteilnehmenden wurden weiter gefragt, welche Sparmassnahmen sie akzeptieren würden, wenn die Leistungen gekürzt werden müssten und dadurch die Krankenkassenprämien sinken würden. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Akzeptanz (s. Abbildung G35 S. 35). Die meisten Vorschläge werden mehrheitlich abgelehnt. Die freie Arzt- und Spitalwahl sowie die Therapiefreiheit sind für die Mehrheit der Befragten unantastbar. Auch Einschränkungen bei der Zulassung neuer Medikamente oder die Kürzung des Leistungskatalogs sind nicht mehrheitsfähig. Aber es gibt auch Massnahmen, die mehrheitlich akzeptiert würden: Eine Mehrheit der Befragten spricht sich für die Zentralisierung von spezialisierten Spitalleistungen oder das Einholen einer Zweitmeinung vor Operationen aus. Diese Massnahmen würden unabhängig von der Höhe der Einsparungen akzeptiert.

Abbildung G35: Akzeptanz verschiedener Sparmassnahmen

Quelle: Zufriedenheitsbefragung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Finanzierung der wachsenden Kosten

Die Befragten sind sich uneinig, was die Finanzierung der wachsenden Kosten angeht. Gut die Hälfte der Befragten (54 Prozent) möchte diese über höhere Steuern finanzieren. Rund 38 Prozent sieht in höheren Krankenkassenprämien das kleinere Übel. Aufgrund der Steuerprogression würde eine Finanzierung über die Steuern Personen mit tieferem Einkommen weniger stark belasten. Entsprechend fallen auch die Antworten aus. Befragte mit tiefem Einkommen bevorzugen die Steuerlösung klar (60 vs. 28 Prozent), Befragte mit hohem Einkommen nennen beide Antworten beinahe häufig (49 vs. 44 Prozent). Rund acht Prozent der Befragten konnten die Frage nicht beantworten.

02

Akutsomatik

- 2.1 Die Zürcher Spitallandschaft im Jahr 2018**
- 2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler**
 - 2.3 Personal in Zürcher Spitälern**
- 2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler**
 - 2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler**
- 2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung**
 - 2.7 Patientenmigration**

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

2.1 Die Zürcher Spitallandschaft im Jahr 2018

16

Listenspitäler mit einer Notfallstation

9

Listenspitäler ohne Notfallstation

2

Geburtshäuser

6

Vertragsspitäler

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

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

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

Schliesslich sind auf der Zürcher Spitalliste 2018 zwei Geburtshäuser aufgeführt: Das Geburtshaus Zürcher Oberland mit Standort in Bäretswil und das Geburtshaus Delphys in der Stadt Zürich.

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

Abbildung A1: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2018



2.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Akutspitäler

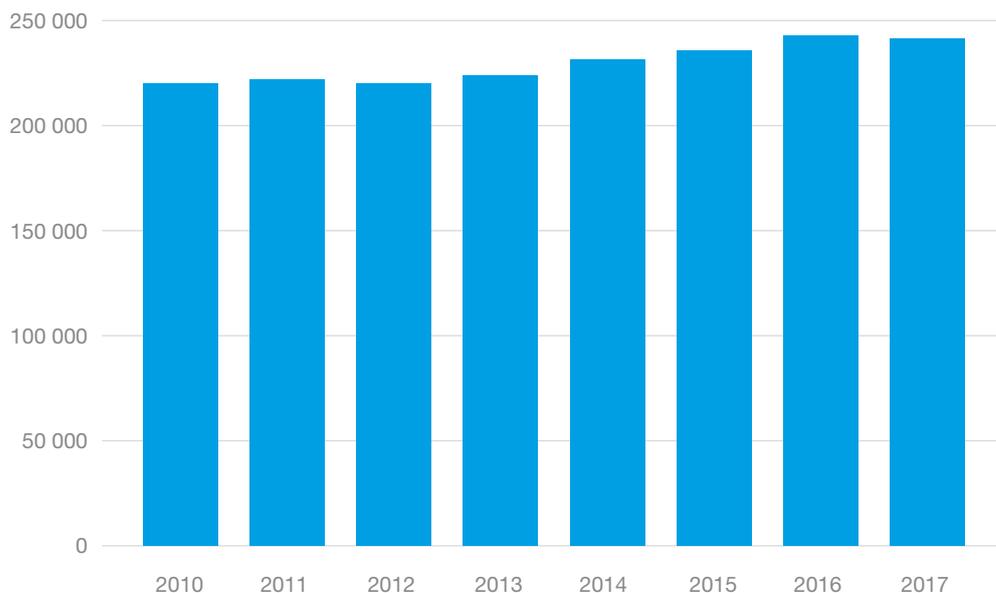
Entwicklung der stationären Leistungen

2010 bis 2016 ist die Zahl der Austritte in Akutspitälern im Kanton Zürich kontinuierlich angestiegen. 2010 liessen sich rund 220 000 Personen stationär in einem Zürcher Akutspital behandeln, 2016 waren es 242 500. 2012 gab es zwar einen Rückgang der Fallzahlen, aber dieser kam nur aufgrund der neuen Falldefinition zustande (vgl. Randspalte). 2017 sinkt die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2010 leicht auf rund 241 300, was einer Abnahme um 0,5 Prozent entspricht. Das jährliche Wachstum seit 2010 liegt im Durchschnitt bei 1,3 Prozent oder rund 3000 Austritten (s. Abbildung A2). Im Gegensatz zum Rückgang der Austritte 2012 gibt es für die Entwicklung 2017 keine einfachen Erklärungen, wenn auch einige Muster auffällig sind (vgl. Box S. 43–44).

Neue Falldefinition ab 2012: Auswirkungen auf die Fallzahl

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

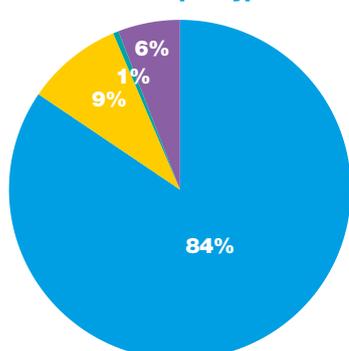
Abbildung A2: Patientenaustritte 2010 bis 2017 im Kanton Zürich



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Einzelne Akutspitäler im Kanton Zürich führen neben den akutsomatischen Kliniken auch eine Abteilung für Rehabilitation oder Psychiatrie. Werden diese bei der Zählung der Austritte mitberücksichtigt, so sind im Jahr 2017 in den Akutspitälern im Kanton Zürich insgesamt 243 000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt worden. So hat beispielsweise das Kinderspital Zürich 192 Kinder und Jugendliche in der Rehabilitation und 56 in der Psychiatrie behandelt. Die Universitätsklinik Balgrist verfügt ebenfalls über eine Rehabilitationsabteilung. 2017 verzeichnet diese 383 Austritte. Die Klinik Lengg ist seit April 2014 in der stationären Rehabilitation tätig. Sie weist im Jahr 2017 in diesem Bereich 499 Fälle aus. Die Klinik Susenberg verzeichnet im Rehabilitationsbereich mit 330 Austritten deutlich mehr Austritte als im Akutbereich. Über eine Psychiatrieabteilung verfügen neben dem Kinderspital auch das Kantonsspital Winterthur, das Universitätsspital Zürich und das Spital Affoltern. Im Jahr 2017 verzeichnet Letztere 202 Austritte und ist damit die grösste Psychiatrieabteilung in einem Akutspital. Im Folgenden werden die Rehabilitations- und Psychiatrieabteilungen in den Akutspitälern nicht weiter beschrieben, da sie Teil der Kapitel Rehabilitation und Psychiatrie sind. Abbildung A3 zeigt, dass im Jahr 2017 94 Prozent der Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich in einem Listenspital mit oder ohne Notfall oder in einem Geburtshaus behandelt wurden. Die Spitäler mit einer Notfallstation verzeichnen 84 Prozent aller akutsomatischen Austritte 2017. Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag behandeln sechs Prozent der Patientinnen und Patienten.

Abbildung A3: Austritte nach Spitaltypen 2017



- Listenspitäler mit Notfall
- Listenspitäler ohne Notfall
- Geburtshäuser
- Spitäler ohne Leistungsauftrag

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Geburten im Kanton Zürich

Im Jahr 2017 verzeichnen die Zürcher Spitäler rund 17 400 Geburten. Die Geburtenzahl ist damit im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert. Die Mütter sind im Durchschnitt 32 Jahre alt, wobei die jüngste Mutter 15 Jahre und die älteste 54 Jahre alt ist. Abbildung A4 zeigt, dass 76 Prozent der Frauen im Jahr 2017 in der allgemeinen Abteilung und knapp ein Viertel in einer halbprivaten oder privaten Abteilung gebären. Die Unterschiede zwischen den Spitälern sind beachtlich: Während in der Klinik Hirslanden 83 Prozent der Mütter auf der halbprivaten oder privaten Abteilung liegen, sind es im Spital Uster neun und im Spital Limmattal fünf Prozent. Den tiefsten Anteil an Müttern auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung haben die beiden Geburtshäuser mit Werten von fünf beziehungsweise null Prozent. Das Durchschnittsalter der Mütter in den Spitälern mit vielen Geburten in halbprivaten oder privaten Abteilungen ist höher. In der Klinik Hirslanden und den beiden Vertragsspitälern Im Park und Bethanien liegt der Altersdurchschnitt bei rund 34 Jahren. In diesen Spitälern gebären auch mehr Mütter mittels Kaiserschnitt. Dies spiegelt sich in einer längeren Aufenthaltsdauer wider. Die lange mittlere Aufenthaltsdauer am Universitätsspital Zürich ist dadurch erklärbar, dass die meisten sehr früh Geborenen – Gestationsalter unter 28 Wochen und Geburtsgewicht unter 1000 Gramm – im Universitätsspital Zürich zur Welt kommen. Deren Aufenthaltsdauer beträgt im Schnitt rund 45 Tage.

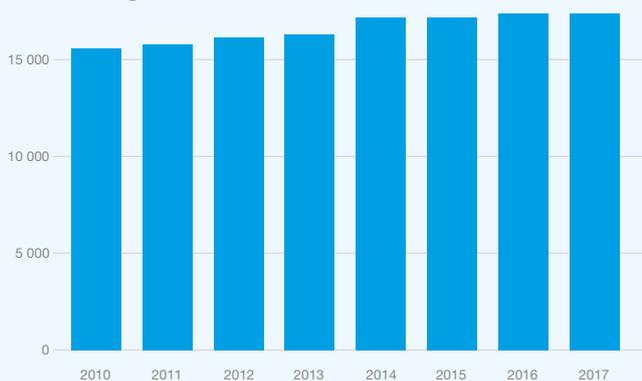
Abbildung A4: Geburten 2017

	Anzahl	Anteil HPP [in %]	Anteil Kaiserschnitt [in %]	MAHD [Tage]
Universitätsspital Zürich	2 785	20	43	6,1
Kantonsspital Winterthur	1 860	16	34	4,1
Stadtspital Triemli	2 158	13	36	3,9
Klinik Hirslanden	904	83	60	5,1
See-Spital Standort Horgen	643	16	44	4,3
Spital Uster	864	9	32	4,5
GZO AG Spital Wetzikon	854	11	27	3,8
Spital Limmattal	954	5	32	4,1
Spital Bülach	1 441	17	30	3,3
Spital Zollikerberg	2 047	27	39	4,6
Spital Männedorf	529	18	29	3,7
Spital Affoltern	282	10	28	3,6
Paracelsus-Spital Richterswil	609	14	21	4,5
Geburtshaus Zürcher Oberland	285	5	0	4,4
Geburtshaus Delphys	176	0	0	3,5
Klinik Im Park	510	98	47	5,0
Privatklinik Bethanien	481	100	56	5,1
Total	17 382	24	37	4,5

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

Abbildung A5 zeigt die Entwicklung der Anzahl Geburten in den Spitälern und Geburtshäusern im Kanton Zürich. Die Anzahl Geburten hat im abgebildeten Zeitraum von 15 500 Geburten im Jahr 2010 auf 17 400 Geburten im Jahr 2017 zugenommen. Im Durchschnitt entspricht dies einer jährlichen Zunahme von 1,7 Prozent.

Abbildung A5: Geburten im Kanton Zürich 2010 bis 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Austritte pro Spital 2017

Im Jahr 2017 wurden im Kanton Zürich rund 241 300 Personen akutsomatisch behandelt. Abbildung A6 zeigt einige Merkmale dieser Patientinnen und Patienten, die in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die in Abbildung A6 gezeigten Merkmale nur gering verändert.

Abbildung A6: Akutsomatische Patientenaustritte 2017

	Austritte	Ø-Alter [Jahre]	Fall- schwere [CMI]	Anteil HPP [in %]	Anteil Notfall [in %]	Anteil a.k. [in %]
Universitätsspital Zürich	41 799	51	1,55	21	42	21
Kantonsspital Winterthur	26 890	50	1,03	22	50	9
Stadtspital Triemli	24 164	51	1,07	19	55	10
Klinik Hirslanden	19 078	58	1,37	68	21	23
See-Spital Standort Horgen	7 509	53	0,85	25	55	7
See-Spital Standort Kilchberg	3 574	53	0,95	24	0	12
Spital Uster	10 786	52	0,87	20	62	2
Spital Limmattal	11 428	52	0,86	19	47	13
Spital Bülach	10 330	48	0,86	18	62	3
Spital Zollikerberg	10 700	46	0,85	32	48	4
GZO AG Spital Wetzikon	10 241	52	0,89	15	53	5
Stadtspital Waid	8 706	67	1,05	21	69	3
Schulthess-Klinik	8 488	55	1,30	52	2	36
Kinderspital Zürich	8 340	5	1,41	19	56	25
Spital Männedorf	7 644	56	0,95	29	50	17
Universitätsklinik Balgrist	4 905	52	1,32	30	10	30
Spital Affoltern	3 636	55	0,87	22	53	12
Paracelsus-Spital Richterswil	2 646	37	0,67	15	43	29
Limmatklinik	1 400	44	0,95	18	0	27
Klinik Lengg	878	33	1,50	13	8	53
Uroviva Klinik für Urologie	1 201	62	0,89	30	12	8
Adus Medica	1 218	34	0,53	8	0	11
Klinik Susenberg	214	78	1,85	74	0	5
Sune-Egge ¹	132	48		0	0	7
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag (LA)	225 907	50	1,13	26	44	14
Geburtshaus Zürcher Oberland	756	17	0,39	2	45	22
Geburtshaus Delphys	485	17	0,39	0	45	3
Geburtshäuser mit Zürcher LA	1 241	17	0,39	1	45	15
Klinik Im Park	7 018	57	1,22	87	12	29
Privatklinik Bethanien	3 748	49	0,89	85	9	16
Klinik Lindberg	1 367	60	1,05	91	8	20
Klinik Pyramide am See	1 966	57	0,89	100	1	27
Klinik Tiefenbrunnen	64	50	0,79	100	0	36
Eulachklinik	2	35	1,01	100	0	50
Spitäler ohne Zürcher LA	14 165	55	1,07	89	9	24
Total Kanton Zürich	241 313	51	1,13	30	42	15

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

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

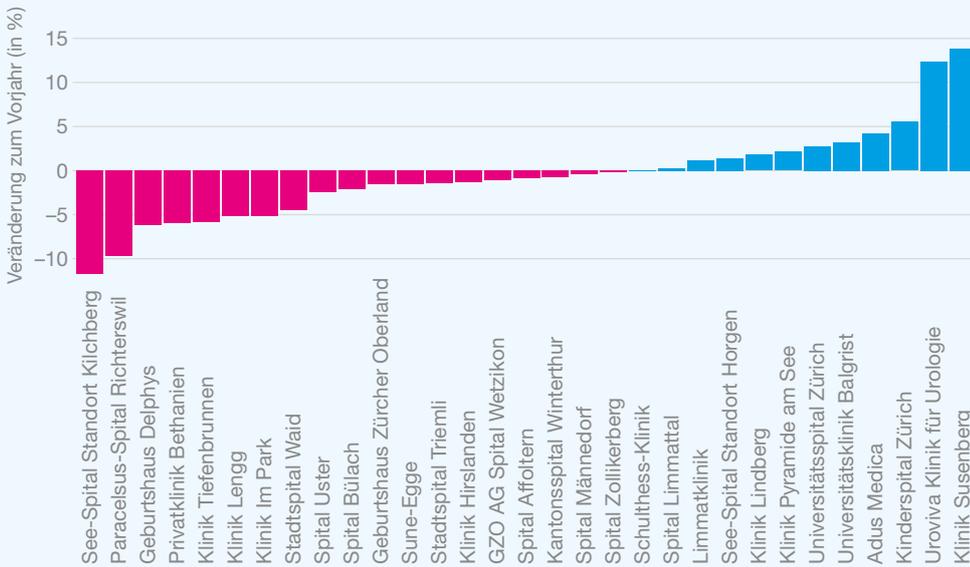
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Etwa jede sechste Person mit einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital des Kantons Zürich wird am Universitätsspital Zürich behandelt. Das Kantonsspital Winterthur behandelt rund elf Prozent und das Stadtspital Triemli rund zehn Prozent aller akutsomatisch behandelten Personen im Kanton Zürich. Mit einem Patientenanteil von knapp acht Prozent zählt auch die Klinik Hirslanden zu den grössten Spitälern im Kanton Zürich. Zusammen verzeichnen diese vier Spitäler mit 46 Prozent fast die Hälfte aller akutsomatischen Austritte im Kanton Zürich.

Rückgang der stationären Austritte 2017

2017 ist die Zahl der Austritte aus den Zürcher Akutspitälern zum ersten Mal seit 2010 rückläufig. Die Betrachtung der einzelnen Spitäler zeigt aber, dass die Entwicklung sehr unterschiedlich verläuft (s. Abbildung A7). Bei den Universitätsspitälern und kleinen, spezialisierten Spitälern (Adus, Uroviva) ist eine Zunahme der Austritte festzustellen. Hingegen verzeichnen die Regional- und Stadtspitäler einen Rückgang der Fallzahlen. Bei den Vertragsspitälern zeigt sich ein unterschiedliches Bild: Die Kliniken Lindberg und Pyramide am See verzeichnen 2017 mehr Austritte als 2016, bei den Kliniken Bethanien und Im Park gibt es dagegen einen Rückgang der Fallzahlen.

Abbildung A7: Entwicklung der Fallzahlen nach Spital 2016/2017

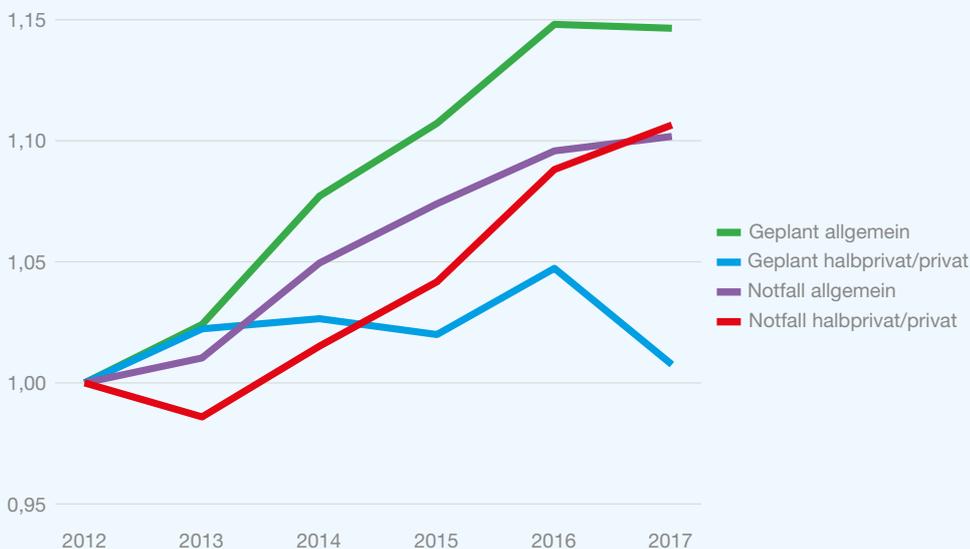


Die Eulachklinik wird aufgrund der tiefen Fallzahl nicht abgebildet.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Die Gesundheitsdirektion hat die Entwicklung analysiert und dabei erkannt, dass der Rückgang der Austritte hauptsächlich bei den geplanten Eingriffen feststellbar ist. Die Zahl der Notfallfälle hingegen hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht, wenn auch etwas weniger stark als in früheren Jahren. Betrachtet man die Liegeklasse fällt auf, dass vor allem weniger Personen mit einer halbprivaten oder privaten Versicherung behandelt wurden. In Abbildung A8 wurden die beiden Merkmale kombiniert. Die kombinierte Darstellung zeigt, dass der Fallrückgang zu einem grossen Teil auf den Rückgang der geplanten Eintritte zusatzversicherter Personen zurückgeht. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es bei dieser Gruppe rund 2000 Austritte weniger.

Abbildung A8: Entwicklung der Fallzahlen nach Eintrittsart und Liegeklasse 2012 bis 2017 (indexiert, Basisjahr = 2012)



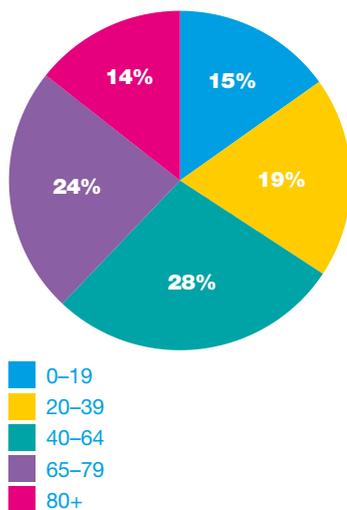
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Betrachtet man die Herkunft der Patientinnen und Patienten, fällt auf, dass die Zahl der ausserkantonalen und ausländischen Personen schwach zugenommen hat. Dagegen zeigt sich bei den Zürcherinnen und Zürchern ein Rückgang der Fallzahlen. Vergleicht man die Spitalplanungsbereiche (SPLB) so zeigen sich grosse Rückgänge der Fallzahlen in den Bereichen Bewegungsapparat (-660 Austritte) und Basispaket (-280 Austritte).

Alle diese Entwicklungen fügen sich zu einem Bild zusammen: Der Fallrückgang betrifft vorwiegend geplante, weniger spezialisierte Eingriffe an Personen mit einer halbprivaten oder privaten Versicherung, wohingegen die Zahl der Notfälle und der spezialisierten Eingriffe weiter zunimmt.

Ein Grund für den Rückgang der Fallzahlen in den genannten Bereichen dürfte der Trend sein, Behandlungen vermehrt ambulant statt stationär durchzuführen. Die Gesundheitsdirektion hat per 1. Januar 2018 eine Liste von Eingriffen erlassen, die nur noch in Ausnahmefällen stationär durchgeführt werden dürfen (vgl. Kapitel 1.3 im Gesundheitsversorgungsbericht 2017). Dies dürfte den Prozess der Ambulantisierung beschleunigt und auch schon vor dem eigentlichen Inkrafttreten eine gewisse Wirkung entfaltet haben. Unabhängig von diesem Trend beeinflussen aber auch andere demografische, epidemiologische, medizintechnische und ökonomische Faktoren die Entwicklung der Fallzahlen. Insbesondere der demografische Effekt sorgt für ein konstantes Wachstum. Gegenläufig dazu ist der Trend der Ambulantisierung. Dessen Geschwindigkeit und Ausmass sind jedoch schwer vorauszusagen und hängen auch von künftigen politischen Entscheidungen ab. Die Gesundheitsdirektion bezieht die getroffenen Entscheidungen zur Ambulantisierung sowie alle anderen bereits erwähnten Faktoren in ihre Prognosemodelle ein. Aus diesem Grund besteht kein Anlass, diese mehrjährigen Modelle infrage zu stellen. Das Ausmass und die Geschwindigkeit der Verlagerung in den ambulanten Bereich und die politische Entwicklung in diesem Bereich gilt es jedoch auch in Zukunft im Auge zu behalten.

Abbildung A9:
Patientinnen und Patienten
nach Altersgruppen 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Alter der behandelten Personen

Das Durchschnittsalter der in Zürcher Akutspitälern behandelten Personen beträgt 51 Jahre. Darin eingeschlossen sind auch rund 17 600 Neugeborene. Ohne diese beträgt das Durchschnittsalter 54 Jahre. Mit 78 Jahren sind die Patientinnen und Patienten der Klinik Susenberg im Durchschnitt am ältesten (s. Abbildung A6 S. 42). Dieses Spital führt keine Geburtenabteilung und betreut viele akutgeriatrische Patientinnen und Patienten. Dieselben Gründe führen auch beim Stadtspital Waid zu einem überdurchschnittlich hohen Altersdurchschnitt von 67 Jahren.

Während 38 Prozent der behandelten Personen über 65 Jahre alt sind (s. Abbildung A9), gehören nur rund 17 Prozent der Bevölkerung des Kantons Zürich dieser Altersgruppe an. Dies zeigt, dass Personen über 65 Jahre deutlich häufiger in einem Akutspital behandelt werden als jüngere Personen.

Fallschwere (CMI)

Der CMI (Case-Mix-Index) misst die durchschnittliche Fallschwere der stationären Fälle eines Spitals. Dazu werden die Fälle in rund 1000 verschiedene Gruppen eingeteilt, die sogenannten SwissDRG-Fallgruppen. Jeder Fallgruppe ist ein empirisch ermitteltes Kostengewicht zugeordnet, das die durchschnittliche Fallschwere für diese Gruppe beschreibt. Schweizweit liegt die durchschnittliche Fallschwere aller stationären Patientinnen und Patienten 2017 bei 1,06. Die Spitäler und Geburtshäuser im Kanton Zürich weisen im gerundeten Durchschnitt eine Fallschwere von 1,13 auf. In den Listenspitälern liegt dieser Wert (abgerundet) bei 1,13, in den Vertragsspitälern bei 1,07. Die universitären Listenspitäler (Universitätsspital Zürich, Universitätsklinik Balgrist, Kinderspital Zürich) weisen mit einem CMI von 1,51 mit Abstand den höchsten CMI aus.

In den Zürcher Spitälern liegt der CMI total somit 0,07 Punkte höher als der Schweizer Durchschnitt, in den Universitätsspitälern sogar 0,45 Punkte. Dies illustriert die hohe Komplexität der Behandlungen, welche die Zürcher Listenspitäler durchführen.

Der Fallpauschalenkatalog mit den Kostengewichten wird von der SwissDRG AG jedes Jahr überarbeitet. Für Spitäler mit einem stark spezialisierten Angebot kann dies einen grossen Effekt auf den CMI haben. So hatte zum Beispiel die Klinik Susenberg 2016 einen CMI von 1,59, 2017 steigt dieser auf 1,85, was einer Zunahme von 16 Prozent entspricht.

Personen mit Zusatzversicherung

Die Spalte «Anteil HPP» in Abbildung A6 zeigt, wie hoch der Anteil an stationären Patientinnen und Patienten ist, die auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals behandelt werden. Im Kanton Zürich beträgt dieser Anteil 30 Prozent. Er variiert jedoch sehr stark zwischen den Institutionen. Unter den Listenspitälern weist die Klinik Susenberg mit 74 Prozent den höchsten Anteil an Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten aus, gefolgt von der Klinik Hirslanden mit 68 Prozent. Die Klinik Hirslanden war 2012 erstmals auf der Zürcher Spitalliste. Dementsprechend können sich erst seit 2012 alle Zürcherinnen und Zürcher unabhängig von ihrem Versichertenstatus in der Klinik Hirslanden behandeln lassen. Gegenüber 2011 (97 Prozent) ist der Anteil an Zusatzversicherten deutlich gesunken. Es stellt sich die Frage, ob dieser Anteil in Zukunft auf einen mit anderen Spitälern vergleichbaren Wert zurückgehen wird.

Der Sune-Egge hat als einziges Listenspital keine Zusatzversicherten Personen behandelt. Dies ist auf seinen Leistungsauftrag zurückzuführen, der sich auf die Versorgung abhängiger Personen mit schwierigem sozialem Hintergrund beschränkt.

In den Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich liegt der Anteil der Zusatzversicherten Personen bei 89 Prozent. Eine Zusatzversicherung ist in der Regel Voraussetzung dafür, dass die Krankenversicherung die Behandlung in einem dieser Spitäler übernimmt.

Notfalleintritte

Patientinnen und Patienten, die unangemeldet oder ungeplant in ein Spital eintreten und umgehend Hilfe benötigen, das heisst zwingend innerhalb von 12 Stunden, werden als Notfalleintritte gezählt. Insgesamt fallen im Kanton Zürich 42 Prozent aller stationären Eintritte in diese Kategorie. In den Listenspitälern mit einer Notfallstation ist der Wert allerdings höher: Der Anteil an Notfalleintritten liegt bei den Listenspitälern mit Notfallstation bei 49 Prozent. Bei den übrigen Spitälern ist der Notfallanteil erwartungsgemäss sehr gering.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich

Das umfassende akutsomatische Leistungsangebot im Kanton Zürich wird auch von vielen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einem anderen Kanton beansprucht. Im Kanton Zürich wird mit dem Universitätsspital Zürich, mehreren grossen Spitälern mit spezialisiertem Angebot sowie vielen Spezialkliniken unterschiedlicher Grösse das vollständige medizinische Behandlungsangebot abgedeckt. 15 Prozent der in Zürcher Spitälern behandelten Personen stammen aus anderen Kantonen. Dies entspricht rund 36 100 Personen (vgl. dazu Kapitel 2.7 zur Patientenmigration). Überdurchschnittlich hoch ist der ausserkantonale Anteil bei spezialisierten Kliniken mit teilweise schweizweit einzigartigem Angebot: Der Anteil an ausserkantonalen Personen beläuft sich beispielsweise bei der Klinik Lengg, die sich auf die Behandlung von Epilepsiepatientinnen und -patienten spezialisiert hat, auf 53 Prozent. Auch die Schulthess-Klinik behandelt mit einem Anteil von 36 Prozent überdurchschnittlich viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten (s. Abbildung A6, letzte Spalte). Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten haben eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer als die Zürcherinnen und Zürcher (5,7 Tage vs. 5,4 Tage). Sie werden mehrheitlich elektiv behandelt; dementsprechend erfolgen nur 24 Prozent der Fälle durch Notfalleintritte im Vergleich zu 45 Prozent der Fälle der Zürcherinnen und Zürcher. Die durchschnittliche Fallschwere der Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton liegt bei 1,53, jene der Zürcher Patientinnen und Patienten bei 1,05. Die Fallschwere der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist bei den Universitätsspitalen besonders hoch, aber auch in den übrigen Spitälern überdurchschnittlich, wie Abbildung A10 (S. 46) verdeutlicht.

Die höhere durchschnittliche Fallschwere, die längere mittlere Aufenthaltsdauer sowie der tiefe Anteil an Notfalleintritten belegen, dass ein grosser Teil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten für geplante spezialisierte Behandlungen in den Kanton Zürich kommt.

Ausländische Patientinnen und Patienten in Zürcher Akutspitälern

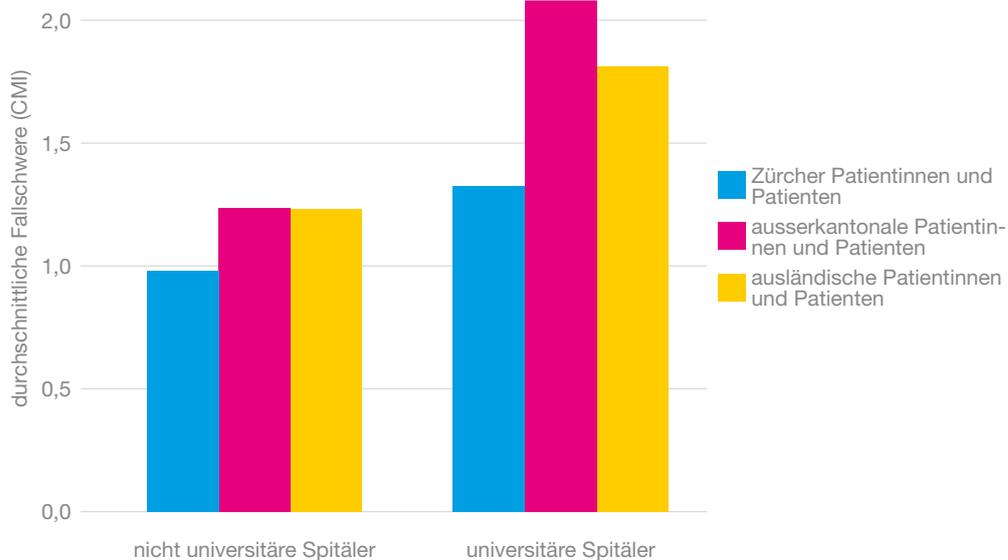
1,4 Prozent der in den Zürcher Akutspitälern behandelten Personen haben ihren Wohnsitz im Ausland. In den Spitälern ohne Leistungsauftrag ist dieser Anteil mit 1,7 Prozent etwas höher als in den Akutspitälern mit Leistungsauftrag (1,3 Prozent). Wie auch bei den ausserkantonalen Personen sind der CMI mit 1,4 und die mittlere Aufenthaltsdauer mit 5,6 Tagen höher als bei den Zürcher Patientinnen und Patienten. 43 Prozent der stationär behandelten Ausländerinnen und Ausländer kommen mit einem Notfall in die Zürcher Spitäler.

30%
aller im Kanton Zürich behandelten Patientinnen und Patienten sind Zusatzversichert.

Wachsende Zahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten:

Im Jahr 2017 haben 36 100 in Zürcher Spitälern behandelte Personen ihren Wohnsitz in einem anderen Kanton. Die Anzahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten hat seit 2012 zugenommen: 2012 wurden 30 000 ausserkantonale Personen in den Zürcher Spitälern behandelt. Dies entspricht einer jährlichen Zunahme von knapp vier Prozent. Die Anzahl der ausserkantonalen Austritte ist damit seit 2012 jährlich rund doppelt so stark gewachsen wie die Zahl der Austritte insgesamt (+1,9 Prozent).

Abbildung A10: Fallschwere (CMI) in Zürcher Akutspitälern nach Herkunft 2017



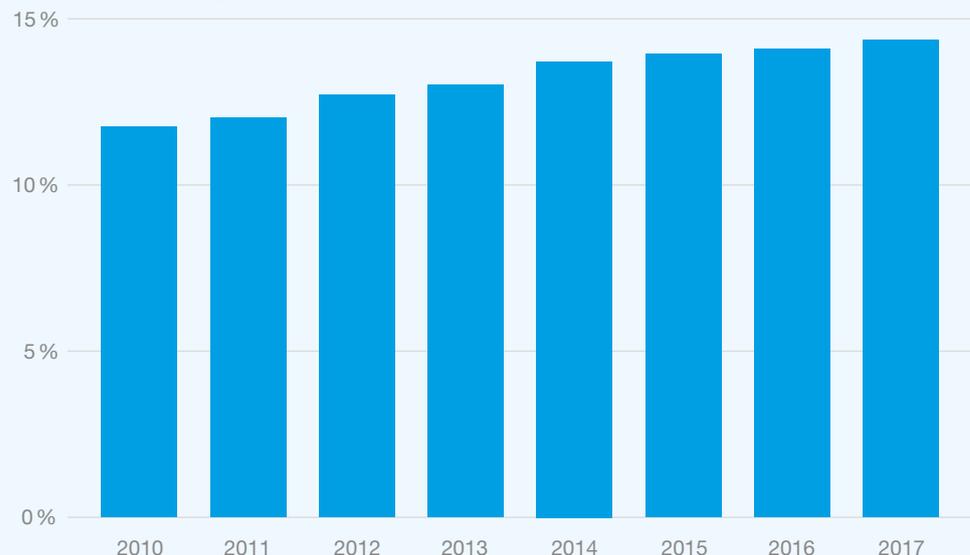
Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten dank freier Spitalwahl

Die kontinuierliche Zunahme bei den ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist ein Beleg für die Attraktivität des Spitalstandorts Zürich. Seit dem 1. Januar 2012 gilt die freie Spitalwahl. Sämtliche Personen (auch nur grundversicherte) können unter den auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitalern grundsätzlich schweizweit frei wählen. Die hohe Behandlungsqualität, das breite Leistungsspektrum und die verkehrstechnisch gute Erschliessung der Zürcher Spitaler sowie angemessene Tarife tragen zu einer verstärkten Patientenmigration in den Kanton Zürich bei.

Der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Zürcher Listenspitalern ist von 11,8 Prozent im Jahr 2010 auf 14,4 Prozent im Jahr 2017 angestiegen (s. Abbildung A11). Seit 2014 hat sich die Zunahme allerdings leicht abgeschwächt.

Abbildung A11: Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in Zürcher Listenspitalern 2010 bis 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Weil viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten für spezialisierte Behandlungen in Zürcher Spitaler kommen, sind diese Fälle im Durchschnitt schwerer und verursachen häufiger ein hohes Defizit als jene der Zürcher Patientinnen und Patienten. Da für die ausserkantonalen und die innerkantonalen Fälle jedoch die gleichen Tarife gelten, haben die Zürcher Listenspitaler aufgrund der rund 32 600 ausserkantonomeren Patientinnen und Patienten, die sich in einem Zürcher Listenspital behandeln lassen, Sonderlasten im zweistelligen Millionenbereich zu tragen. Durch den «Export» dieser Sonderlasten in den Kanton Zürich fallen diese in den anderen Kantonen nicht an.

Medizinische Leistungen – Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Mit den von der Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit über 100 Fachärztinnen und -ärzten entwickelten SPLG können die Fallzahlen der Spitäler nach Leistungen gruppiert werden. Für die Gruppierung der Fälle nach den SPLG hat die Gesundheitsdirektion eine Software entwickelt, die jeden stationären Fall anhand seiner Diagnose- und Behandlungs-Codes eindeutig einer SPLG zuteilt. Die Fallzahlen der Spitäler gruppiert nach den SPLG stellen die unterschiedlichen Leistungsspektren der Spitäler transparent dar und sind ein Qualitätsmerkmal: Je höher die Fallzahlen, desto grösser ist die Erfahrung eines Spitals mit der betreffenden Behandlung beziehungsweise mit Patientinnen und Patienten des betreffenden Krankheitsbildes. Aus diesem Grund publiziert die Gesundheitsdirektion seit 2011 die Fallzahlen aller Spitäler pro SPLG. Diese sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten (Tabelle «A4.4 Patientenaustritte nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen 2017») abrufbar. Die Publikation der Fallzahlen soll zu mehr Transparenz beitragen und der Bevölkerung und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten bei der Spitalwahl helfen. Nicht nur die Gesundheitsdirektion misst den Fallzahlen eine hohe Bedeutung zu: Auch das Bundesamt für Gesundheit und der Spitalverband H+ weisen Fallzahlen nach SPLG als wichtiges Qualitätsmerkmal prominent aus.

Die einzelnen SPLG können zu Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des Spitalprofils, d. h. der medizinischen Ausrichtung der einzelnen Spitäler. Die Abbildung A12 (S. 48) zeigt die Verteilung der Fälle der Zürcher Listenspitäler auf die verschiedenen SPLB. Die Prozentzahlen zeigen den Anteil der Fälle im jeweiligen SPLB an der gesamten Anzahl Fälle des jeweiligen Spitals. SPLB, die mehr als 10 Prozent aller Fälle eines Spitals ausmachen, sind hellblau hinterlegt und jene SPLB, die mehr als 50 Prozent ausmachen, sind dunkelblau hinterlegt. So sind die Ausrichtungen einzelner Spitäler klar zu erkennen: In der Schulthess-Klinik werden 94 Prozent der Patientinnen und Patienten in der SPLB «Bewegungsapparat chirurgisch» behandelt. In der Universitätsklinik Balgrist sind es 83 Prozent. Die Klinik Lengg behandelt 98 Prozent der akutsomatischen Patientinnen und Patienten in der Neurologie, Uroviva 84 Prozent in der Urologie und Adus Medica 69 Prozent im Bereich «Hals-Nasen-Ohren».

Abbildung A12: Spitalprofil: Verteilung der Fälle 2017 auf die Spitalplanungs-Leistungsbereiche [in %]¹

Spital	Basispaket ²	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Gefässe	Herz	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Transplantationen	Bewegungsapparat chirurgisch	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-)Onkologie	Schwere Verletzungen	Total
Universitätsspital Zürich	23	2	8	2	3	3	2	2	2	3	3	10	5	4	4	4	4	4	5	5	8	7		100	
Kantonsspital Winterthur	40		2		2	3	3	2	2	3	4	4	6	6		12		12	3	3	8	7	2	100	
Stadsspital Triemli	37				2	3	3	2	2	2	2	13	5	2		4		4	3	3	10	10	2	100	
Klinik Hirslanden	19		3	2	2		3	4	4	3	3	16	7			22		22	5	5	5	5		100	
See-Spital Standort Horgen	51		3	2	2		3						3	2		7		7	7	11	9			100	
See-Spital Standort Kilchberg	17		6										16			55		55	5	5				100	
Spital Uster	46		3	2	2		5						8	3		8		8	3	10	8			100	
Spital Limmattal	44		3	2	2		4	4					7	2		9		9	4	10	8			100	
Spital Bülach	46			2	2		4	4					2	2		9		9	2	15	14			100	
Spital Zollikerberg	31						3						4			13		13	3	21	20			100	
GZO AG Spital Wetzikon	46		3	2	2		4	3				3	4	2		7		7	5	10	9			100	
Stadsspital Waid	67		3	2	2		6						4	3		8		8						100	
Schulthess-Klinik	6															94		94						100	
Kinderspital Zürich	55		6	2	4					4	5	5	5	2		4		4				5		100	
Spital Männedorf	45		3	3	3		5	3					8	2		9		9	4	8	7			100	
Universitätsklinik Balgrist	13															83		83	2					100	
Spital Affoltern	59		2	2	2		4						2			10		10	2	9	8			100	
Paracelsus-Spital Richterswil	21						2						6			9		9	6	28	23			100	
Limmatklinik	24		37			9										11		11	18					100	
Klinik Lengg					98																			100	
Uroviva Klinik für Urologie	13												84							2			2	100	
Adus Medica	16		69																					100	
Klinik Susenberg	85				7					3				2				12						100	
Sune-Egge	89	5		2														3	2					100	

¹ Bei SPLB, bei denen der Anteil an der Gesamtzahl eines Spitals unter zwei Prozent liegt, wird zwecks besserer Lesbarkeit der Abbildung kein Wert ausgewiesen.

² Das Basispaket umfasst Grundversorgungleistungen in sämtlichen Leistungsbereichen und bildet die Grundlage für Leistungsaufträge in der spezialisierten Versorgung.

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Mindestfallzahlen

Betrachtet man die Fallzahlen gewisser SPLG, so stellt man fest, dass verschiedene Spitäler nicht auf gewisse Behandlungen verzichten, obwohl sie diese nur sehr selten durchführen. Um an dieser grundsätzlich unerwünschten Situation etwas zu ändern, hat der Kanton Zürich per 1. Januar 2012 als erster Kanton Mindestfallzahlen (MFZ) eingeführt. Damit wird ein Minimum an Erfahrung für komplexe Eingriffe gewährleistet. Die MFZ dienen im Rahmen der Spitalplanung und der jährlichen Anpassung der Spitalliste als Anforderungskriterium für einen Leistungsauftrag in bestimmten SPLG. In Abbildung A13 (S. 50) sind die Fallzahlen 2017 jeder SPLG mit MFZ pro Spital aufgeführt. Die orange markierten Felder zeigen die SPLG, für die das betreffende Spital über keinen Leistungsauftrag verfügt (vgl. Box Leistungscontrolling). Die rot markierten Felder zeigen die SPLG, für die das betreffende Spital zwar über einen Leistungsauftrag verfügt, aber im Jahr 2017 die MFZ nicht erreichte.

Im Jahr 2017 erreichen acht Spitäler die MFZ in insgesamt 14 SPLG mit Leistungsauftrag nicht. Diese Leistungsaufträge werden überprüft und bei wiederholter zu tiefen Fallzahlen voraussichtlich nicht weiter vergeben. Mit diesen Vorgaben durch die Gesundheitsdirektion wird der gewünschte Konzentrationsprozess weiter fortgesetzt, und es werden immer weniger Leistungen von Spitälern erbracht, welche die MFZ nicht erreichen. Die Zahl der Verstösse liegt 2017 als Folge dieses Konzentrationsprozesses tiefer als in den Vorjahren. Wie eine Analyse der Gesundheitsdirektion zeigt, wirken sich die MFZ positiv auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen aus: Eine Mindestzahl an Fällen, die pro Jahr zu behandeln sind, verschafft die nötige Routine und Erfahrung.¹ Dies gilt allerdings nicht nur mit Blick auf das einzelne Spital, sondern auch für die einzelne Operateurin, den einzelnen Operateur. Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von MFZ auf Stufe des Spitals (Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflorgeteam) mit MFZ pro Operateurin oder Operateur weiter verbessern lässt. Der Regierungsrat setzt diese Erkenntnisse um und legt gezielt für sechs SPLG neu auch MFZ pro Operateurin oder Operateur fest. Die Mindestwerte liegen zwischen 10 und 50 Fällen pro Jahr und sind – wie die MFZ pro Spital – bewusst tief angesetzt. In erster Linie sollen damit «Gelegenheitsoperationen» vermieden werden. Die MFZ auf Stufe der Operateurinnen und Operateure werden auf Januar 2019 eingeführt. Allerdings hat sich während der offiziellen Anhörungen mit Expertinnen und Experten aus diversen Fachbereichen gezeigt, dass die Qualität mit der Einführung eines Qualitätscontrollings besser gesteigert werden kann als mit einer alleinigen Erhöhung bzw. Einführung von MFZ. Deshalb wurden in gewissen SPLG die Spezifikationen der Anforderungen an das Tumorboard und der Indikationskonferenz überprüft wie auch die Einführung von Zertifikaten oder eine Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaften. Diese Qualitätssicherung ist nun im Aufbau begriffen. In einem Register werden alle Eingriffe mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur erfasst. Bei diesen Eingriffen wird dann in Zukunft die Indikationsqualität und das Ergebnis des Eingriffes überprüft.

Grundsätzlich gilt: Mit steigender Fallzahl verbessert sich die Qualität der medizinischen Behandlung und sinkt das Risiko, dass bei einem Eingriff Fehler passieren. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Spitalplanung 2012 Mindestfallzahlen (MFZ) pro Spital für gewisse Leistungsgruppen erarbeitet. Für das Jahr 2017 galten in 30 SPLG MFZ. Ab 2019 werden in bestimmten SPLG neu auch MFZ pro Operateurin oder Operateur eingeführt und deren Einhaltung überprüft.

Zählweise der Mindestfallzahlen

Bei Abbildung A13 (S. 50) ist zu beachten, dass sich die Fallzahl pro Spital und SPLG teilweise von der in den meisten offiziellen Statistiken und auch von der bisher in diesem Bericht verwendeten Zählweise unterscheiden kann. Üblicherweise wird eine Person während eines Spitalaufenthaltes lediglich als ein Fall gezählt, unabhängig davon, ob sie einmal oder mehrmals operiert wurde. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die Gesundheitsdirektion in der für die MFZ relevanten Fallzählung gewisse Mehrfacheingriffe an derselben Person. Betreffen diese verschiedene Leistungsgruppen, wird der Fall pro Leistungsgruppe je einmal gezählt. Ein Fall, bei dem beispielsweise während des gleichen Spitalaufenthaltes eine Leber- und eine Pankreasoperation vorgenommen wird, wird für die MFZ in beiden Leistungsgruppen je einmal gezählt. Die verschiedenen Eingriffe innerhalb einer Leistungsgruppe werden hingegen lediglich einmal gezählt.

Leistungscontrolling: Nur Behandlungen im Rahmen des Leistungsauftrags werden vergütet

Im Rahmen des Leistungscontrollings überprüft die Gesundheitsdirektion, ob die Spitäler ihren Leistungsauftrag einhalten. Weist ein Listenspital Fallzahlen in einer SPLG aus, für die das Spital über keinen Leistungsauftrag verfügt, muss es der Gesundheitsdirektion begründen, warum diese Behandlungen trotzdem durchgeführt wurden. In Abbildung A13 sind die besagten Fälle für die SPLG mit MFZ orange markiert. Bei fehlender oder ungenügender Begründung werden die entsprechenden Fälle von der Gesundheitsdirektion nicht vergütet. Die gleiche Prüfung wird auch bei den übrigen SPLG durchgeführt, für die keine MFZ gefordert werden.

¹ Siehe dazu Gesundheitsversorgungsbericht 2015, Kapitel 1.3.3, unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht

Abbildung A13: Mindestfallzahlen 2017 an Zürcher Listenspitälern

SPLG ¹	MFZ	Universitätsspital Zürich	Kantonsspital Winterthur	Stadtspital Tremlil	Klinik Hirlanden	See-Spital Standort Horgen	See-Spital Standort Kilchberg	Spital Uster	Spital Limmattal	Spital Bülach	Spital Zollikoberg	GZO AG Spital Wetzikon	Stadtspital Waid	Schulthess-Klinik	Spital Männedorf	Universitätsklinik Balgrist	Spital Affoltern	Limmatklinik	Klinik Lengg	Urologie	Urologie für Urologie	Spitäler Schaffhausen
DER1.1	10	341	13	8	9	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1
NCH1.1	10	61	1	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH1.1.1	10	319	2	2	88	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NCH1.1.1.1	10	53	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4	10	15	0	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	493	0	0	0
NEU4.1	10	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	0	0	0
VIS1.1	10	49	29	43	42	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.2	10	59	43	29	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.3	10	25	17	17	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.4	25	118	13	48	93	0	0	0	179	1	0	130	15	0	96	0	0	0	0	0	0	41
VIS1.4.1	50 ²	39	2	4	122	2	0	0	118	0	0	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIS1.5	10	20	32	32	28	0	0	5	12	9	0	0	8	0	10	0	0	0	0	0	0	0
HAE1.1	10	172	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAE4	10	52	0	12	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GEF1	10	197	184	91	115	5	0	0	42	1	0	0	10	2	2	6	0	0	0	0	0	23
GEF2	10	45	37	55	36	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANG2	10	123	38	32	60	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GEF3	10	78	30	32	74	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANG3	10	97	23	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HER1.1.1	100	498	0	311	378	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HER1.1.2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KAR1.1.1	10	932	93	312	468	0	0	0	1	1	0	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
URO1.1.1	10	102	109	45	279	0	20	43	42	0	0	0	0	0	56	0	0	0	0	0	0	23
URO1.1.2	10	43	27	15	24	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0
URO1.1.3	10	84	60	64	61	0	0	16	23	0	0	0	0	0	46	0	0	0	0	5	10	
PNE1.3	10	367	13	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
THO1.1	30	148	77	63	74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW8.1	10	39	17	7	25	5	11	0	0	0	64	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0
BEW9	10	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0
BEW10	10	15	0	3	19	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	13	0	0	0	0	0	0

¹ SPLG Version 6.0

² MFZ 50 inkl. Fälle VIS 1.4

Eingriffe ausserhalb Leistungsaufträge, MFZ nicht erreicht

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur

Ab 2019 gelten Mindestfallzahlen bei sechs Eingriffstypen für die einzelnen Operateurinnen oder Operateure. Es handelt sich um die folgenden Eingriffe und Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur:

Abbildung A14: Eingriffe mit MFZ pro Operateurin oder Operateur

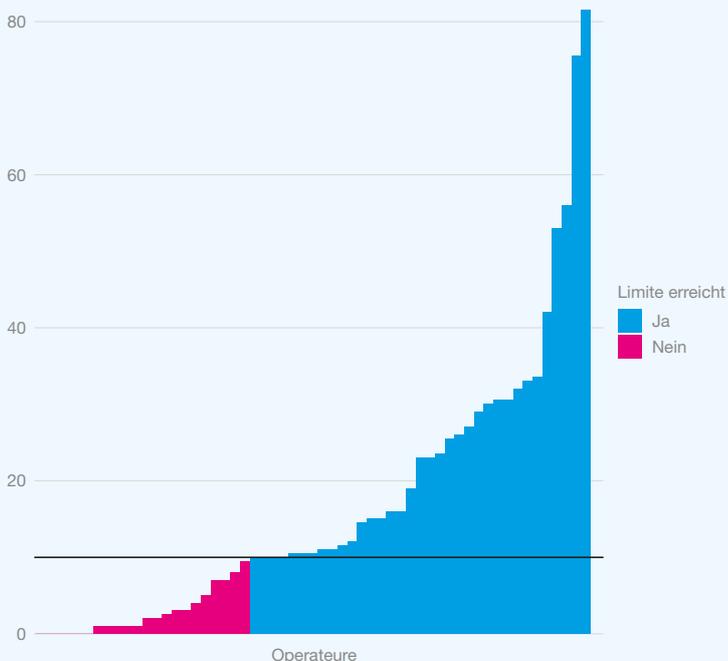
Bereich	SPLG	Mindestfallzahl Operierende
Erstprothese Hüfte	BEW7.1	15
Erstprothese Knie	BEW7.2	15
Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen	BEW7.1 + BEW7.1.1	50*
	BEW7.2 + BEW7.2.1	50*
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	GYN2	30
Gynäkologische Tumore	GYNT	20
Radikale Prostatektomie	URO1.1.1	10

* Bei den Wechseloperationen zählen die jeweiligen Erstprotheseneingriffe zu den Fallzahlen hinzu. Wurden beispielsweise bereits 30 Erstprothesen Hüfte durchgeführt, so braucht es nur noch 20 Wechseloperationen Hüfte, um die Mindestfallzahl von 50 zu erreichen.

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die MFZ verfolgen das Ziel, Gelegenheitsoperationen zu verhindern. In Abbildung A15 sind die von der Gesundheitsdirektion 2017 pro Operateurin oder Operateur vergebenen Punkte für die radikale Prostatektomie URO1.1.1 abgebildet. Pro Eingriff können ein halber, ein ganzer oder zwei Punkte an eine oder zwei Personen vergeben werden, weshalb die Anzahl Punkte nicht genau der Zahl der Fälle entspricht. Pro Person werden für eine Operation maximal zwei Punkte vergeben. Von den Zürcher Listenspitälern wurden der Gesundheitsdirektion 58 Operateurinnen und Operateure gemeldet, die im Jahr 2017 eine radikale Prostatektomie durchgeführt haben. Von diesen haben 34 die vorgegebene Punktzahl erreicht. Die übrigen 24 Operateurinnen und Operateure haben null bis neun Punkte erhalten. Diese dürfen ab 2019 radikale Prostatektomien nur noch unter Supervision einer Operateurin oder eines Operateurs, die bzw. der die Anforderungen erfüllt, durchführen. Die Abbildung zeigt weiter, dass der überwiegende Teil der radikalen Prostatektomien bereits jetzt von Operateurinnen und Operateuren durchgeführt werden, welche die Mindestfallzahl von 10 Eingriffen pro Jahr erreichen.

Abbildung A15: Verteilung der Punkte bei der radikalen Prostatektomie 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Der Anteil der Operateurinnen und Operateure, der die Mindestfallzahl erreicht, variiert bei den verschiedenen Eingriffen. Mehrheitlich werden die Eingriffe bereits heute von Operateurinnen und Operateuren vorgenommen, welche die Mindestfallzahlen erreichen und die Fachqualifikation erfüllen.

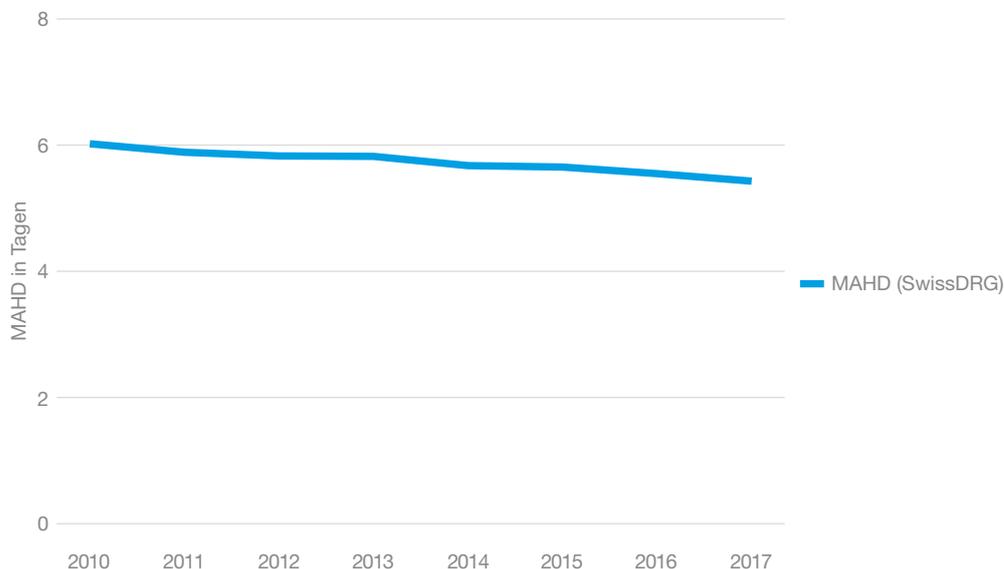
Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer

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

Mittlere Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2017 liegt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) in Zürcher Akutspitälern bei 5,4 Tagen (s. Abbildung A16). Im Vergleich zum Vorjahr ist sie damit erneut leicht gesunken. Seit 2010 ist sie um gut ein Prozent pro Jahr gesunken. Diese Verkürzung der MAHD ist ein langfristiger Trend. Sie hängt hauptsächlich mit dem medizinischen und technischen Fortschritt zusammen und ist nicht nur in der Schweiz, sondern in den meisten Industrienationen festzustellen.

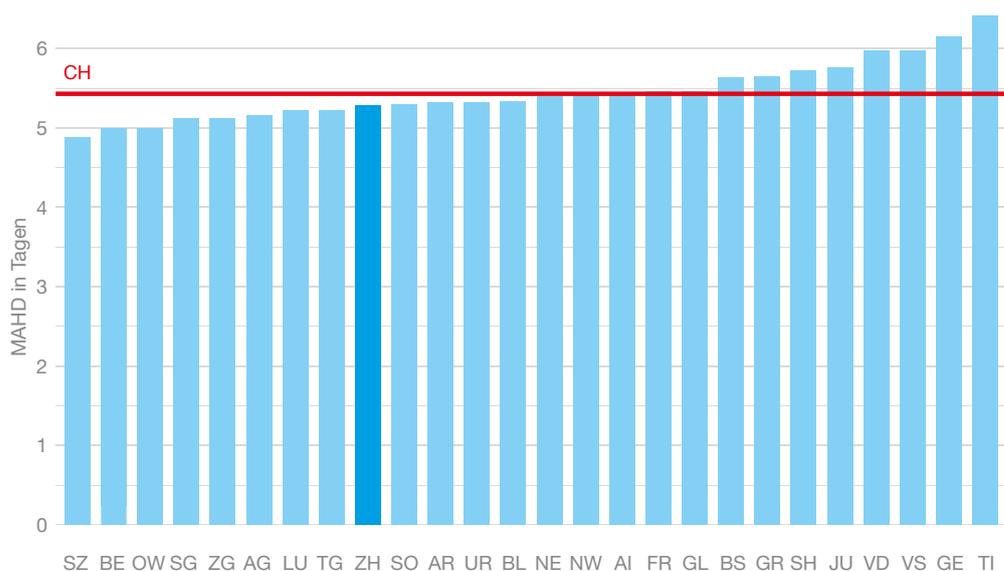
Abbildung A16: Mittlere Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich 2010 bis 2017



Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ermöglichen einen schweizweiten Vergleich der mittleren Aufenthaltsdauer. Die neuesten verfügbaren Daten sind aus dem Jahr 2016. Die mittlere Aufenthaltsdauer in Zürcher Spitälern liegt knapp drei Prozent unter dem Schweizer Mittel (s. Abbildung A17). Dies ist erstaunlich in Anbetracht der im Durchschnitt leicht höheren Fallschwere im Kanton Zürich und ein Hinweis auf die effiziente Leistungserbringung der Zürcher Spitälern. Im Kanton Tessin liegen die Patientinnen und Patienten 18 Prozent länger als im Kanton Zürich. Im Kanton Schwyz ist die Aufenthaltsdauer am kürzesten. Dort liegen die Patientinnen und Patienten acht Prozent weniger lang als im Schweizer Durchschnitt.

Abbildung A17: Aufenthaltsdauer in Akutspitälern in der Schweiz 2016¹



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

Quelle: Obsan (2017)

Abbildung A18 zeigt in der ersten Spalte die MAHD in den Spitälern im Kanton Zürich. Die Spannweite der MAHD reicht von 1,2 bis 53,3 Tagen. Letztere ist die MAHD beim Sune-Egge, der auf die Behandlung von Suchtkranken spezialisiert ist. Dementsprechend können diese Patientinnen und Patienten nicht bereits nach wenigen Tagen wieder entlassen werden. Die Klinik Susenberg und das Stadtspital Waid, die beiden Spitäler mit dem höchsten Durchschnittsalter im Kanton Zürich, weisen mit 19 bzw. 7,9 Tagen ebenfalls Werte aus, die deutlich über dem Durchschnitt von 5,4 Tagen liegen.

Abbildung A18: Aufenthaltsdauer, Bettenbestand, Bettenbelegung und Operationssäle 2017

	MAHD ¹ [Tage]	Betten	Betten- belegung [in %]	Opera- tions- säle	Schnitt- Naht- Zeit [in Std.]
Universitätsspital Zürich	6,7	954	78	35	44 927
Kantonsspital Winterthur	5,1	445	81	15	20 401
Stadtspital Triemli	5,3	390	85	11	14 477
Klinik Hirslanden	5,6	331	83	14	22 417
See-Spital Standort Horgen ²	5,4	213	65	8	7 048
See-Spital Standort Kilchberg ²	3,4				
Spital Uster	5,5	208	75	5	5 972
Spital Limmattal	4,8	189	74	6	9 137
Spital Bülach	5,0	162	81	5	5 696
Spital Zollikerberg	5,0	174	72	7	5 548
GZO AG Spital Wetzikon	4,3	160	71	4	4 836
Stadtspital Waid	7,5	255	69	5	4 151
Schulthess-Klinik	5,3	166	74	10	12 507
Kinderspital Zürich	5,5	167	76	5	5 709
Spital Männedorf	5,4	125	86	4	5 351
Universitätsklinik Balgrist	5,3	84	86	6	7 668
Spital Affoltern	5,9	80	71	2	1 455
Paracelsus-Spital Richterswil	4,2	30	80	2	1 442
Limmatklinik	2,0	9	91	4	2 794
Klinik Lengg	6,5	20	79	0	0
Uroviva Klinik für Urologie	2,9	15	66	2	2 009
Adus Medica	1,2	13	30	3	957
Klinik Susenberg	18,4	14	74	0	0
Sune-Egge	53,3	25	85	0	0
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag	5,5	4 229	77	153	184 502
Geburtshäuser mit Zürcher Leistungsauftrag	3,7	11	69	0	0
Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag	4,1	315	48	25	17 428
Total Kanton Zürich	5,4	4 556	75	178	201 930

¹ MAHD: Mittlere Aufenthaltsdauer

² Aus den Daten der Krankenhausstatistik ist keine Unterscheidung der Betten und der OP-Säle nach Standort möglich.

Quelle: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

Bettenbestand und Bettenbelegung

Im Jahr 2017 stehen im Kanton Zürich 4556 betriebene Betten für die akutsomatische Versorgung zur Verfügung (s. Abbildung A18). Dies sind 53 Betten mehr als im Vorjahr. Ausgewiesen werden die 2017 betriebenen Betten, das heisst, die Betten die 2017 für Patientinnen und Patienten zur Verfügung standen. Diese Berechnung führt zu leichten Schwankungen von Jahr zu Jahr, weil die ausgewiesene Bettenzahl nicht nur durch grosse Umbauten, sondern auch durch kleinere Umbauten oder temporäre Schliessungen eines Zimmers oder einer Station beeinflusst wird. 2017 gibt es bei den Zürcher Listenspitälern keine grossen Veränderungen gegenüber dem Vorjahr. Das Universitätsspital (+13 Betten), das Spital Affoltern (+11 Betten) und das Kinderspital (+10 Betten) weisen die grössten Zunahmen an betriebenen Betten aus. Den grössten Rückgang gibt es beim Stadtspital Triemli mit zehn betriebenen Betten weniger. Bei den Spitälern ohne Zürcher Leistungsauftrag hat die Zahl der betriebenen Betten im Vergleich zum Vorjahr um 33 Betten zugenommen. Diese Zunahme geht fast vollständig auf die Klinik Lindberg zurück, die 2017 31 betriebene Betten mehr ausweist als 2016. Abbildung A18 zeigt neben der MAHD und der Bettenzahl auch die Bettenbelegung pro Spital. Im vor-

Berechnung des Bettenbestandes und der Bettenbelegung

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

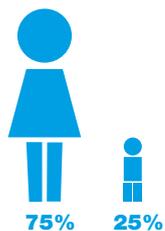
Die Bettenbelegung in einem Jahr entspricht dem Verhältnis der Summe der Aufenthaltsdauern zu den Bettenbetriebstagen. Um die Aufenthaltsdauer zu berechnen, wurde die Zählweise gemäss Vorgaben der SwissDRG AG (Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Urlaubstage) verwendet (vgl. Randspalte S. 52). Bei dieser Berechnung wird der Entlassungstag nicht zur Aufenthaltsdauer gezählt, weshalb im Vergleich zur Bettenbelegung in früheren Jahren tiefere Werte resultieren.

liegenden Bericht wird die Bettenauslastung anhand der Aufenthaltsdauer gemäss Vorgaben der SwissDRG AG berechnet (vgl. Randspalte S. 52). Die durchschnittliche Bettenbelegung der Zürcher Spitäler liegt bei 75 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozentpunkte tiefer. Dieser Rückgang ist aufgrund des leichten Rückgangs der Fallzahlen nicht überraschend. Weil dieser unerwartet kam, konnten sich die Spitäler darauf nicht vorbereiten, was sich in einer tieferen Auslastung niederschlägt. Die Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag weisen eine weitaus höhere Bettenbelegung aus als die Geburtshäuser und die Spitäler ohne Leistungsauftrag. Detailliertere Informationen zum Bettenbestand und zur Bettenbelegung im Jahresvergleich sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten einsehbar.

Operationssäle und ihre Auslastung

In Abbildung A18 (S. 53) wird zum ersten Mal die Zahl der Operationssäle und die darin erbrachte Schnitt-Naht-Zeit ausgewiesen. Die Zürcher Listenspitäler verfügen über 153 Operationssäle, dazu kommen weitere 25 Operationssäle in den Zürcher Spitälern ohne Leistungsauftrag. Die Schnitt-Naht-Zeit misst die effektive Operationsdauer ohne vor- und nachgelagerte Prozesse. Insgesamt wurde in den Zürcher Spitälern im Jahr 2017 während rund 200 000 Stunden operiert. Pro Operationssaal ergibt das 1134 Stunden im Jahr oder gut drei Stunden pro Tag. Zu bedenken ist dabei, dass auch an einem Tag mit vielen Operationen genügend Kapazitäten für Notfälle zur Verfügung stehen müssen. Grundsätzlich bedeutet eine höhere Auslastung einen relevanten Effizienzvorteil, da Operationssäle eine sehr teure Investition darstellen. Eine zu hohe Auslastung der Operationssäle ist jedoch auch nicht wünschenswert, da damit riskiert würde, dass in einer Ausnahmesituation mit mehreren dringenden Operationen kein OP-Saal zur Verfügung steht. Weiter gilt es zu beachten, dass die Auslastungen naturgemäss auch nach Fachbereich variieren. Je länger die Operationen in einem Fachbereich dauern, desto weniger Wechsel müssen vorgenommen werden und desto höher ist tendenziell auch die OP-Auslastung.

Das Personal in Spitälern ist mehrheitlich weiblich:



2.3 Personal in Zürcher Spitälern

Der Personalbestand (in Vollzeitäquivalenten) ist im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr um 2,7 Prozent von rund 23 400 auf rund 24 000 Vollzeitstellen angestiegen, wie Abbildung A19 (S. 55) zeigt. Seit 2012 ist der Personalbestand im Durchschnitt um 3,7 Prozent gewachsen. Die Zunahme um 2,7 Prozent von 2016 auf 2017 liegt somit unter dem Durchschnitt der letzten fünf Jahre, aber über der Zunahme von 1,7 Prozent im letzten Jahr. Zwischen den einzelnen Spitälern gibt es grosse Unterschiede: Die Uroviva Klinik hat mit einer Zunahme von 15 Prozent das prozentual höchste Wachstum im Vergleich zum Vorjahr. In absoluten Zahlen gibt es beim Universitätsspital am meisten neue Stellen. Hingegen wurde der Personalbestand in der Limmatklinik und dem Paracelsus-Spital um mehr als zehn Prozent reduziert. In diese Betrachtung wird das gesamte im ambulanten und stationären Bereich der Spitäler tätige Personal miteinbezogen. Neben der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal sind darin unter anderem auch Administrativpersonal und technische Dienste enthalten. Die Betrachtung des Personals nach Berufsgruppen zeigt, dass 39 Prozent des Personalbestandes Pflegepersonal und 15 Prozent medizinisches und medizinterapeutisches Personal sind. Die fest angestellten Ärztinnen und Ärzte machen einen Anteil von 16 Prozent aus.

Der Anteil der Frauen am Personal in Spitälern ist mit 75 Prozent weiterhin sehr hoch. In mehreren Spitälern sind sogar mehr als vier Fünftel der Angestellten weiblich. Der Anteil der ausländischen Arbeitskräfte beläuft sich in den Zürcher Listenspitälern auf 31 Prozent, in Spitälern ohne Zürcher Leistungsauftrag sind es 41 Prozent.

Abbildung A19: Personal in Zürcher Spitälern (in Vollzeitäquivalenten)

	2012	2016	2017	Veränderung zum Vorjahr [in %]	Angestellte in Ausbildung [in %]
Universitätsspital Zürich	5 359	6 145	6 529	6,3	16
Kantonsspital Winterthur	1 990	2 514	2 542	1,1	13
Stadtspital Triemli	1 909	2 191	2 194	0,1	14
Klinik Hirslanden	1 189	1 377	1 395	1,3	12
See-Spital ¹	645	690	663	-3,8	11
Spital Uster	691	812	832	2,4	16
Spital Limmattal	816	896	912	1,9	10
Spital Bülach	586	768	767	-0,2	15
Spital Zollikerberg	568	712	733	2,8	12
GZO AG Spital Wetzikon	586	675	699	3,6	5
Stadtspital Waid	869	884	937	6,0	15
Schulthess-Klinik	615	823	844	2,5	8
Kinderspital Zürich	1 309	1 566	1 580	0,9	12
Spital Männedorf	471	604	641	6,2	11
Universitätsklinik Balgrist	628	801	822	2,6	9
Spital Affoltern	382	364	362	-0,5	14
Paracelsus-Spital Richterswil	164	194	172	-11,3	5
Limmatklinik	17	50	43	-14,6	0
Klinik Lengg	112	216	226	4,9	12
Uroviva Klinik für Urologie	20	43	50	15,1	2
Adus Medica	14	20	19	-6,4	0
Klinik Susenberg	67	79	82	4,0	12
Sune-Egge	50	52	52	-1,2	0
Spitäler mit Zürcher Leistungsauftrag	19 057	22 476	23 096	2,8	13
Geburtshaus Zürcher Oberland	10	19	20	4,7	0
Geburtshaus Delphys	3	6	7	10,6	0
Geburtshäuser mit Zürcher Leistungsauftrag²	18	25	27	6,2	0
Spitäler ohne Zürcher Leistungsauftrag	942	893	907	1,6	4
Total Kanton Zürich	20 017	23 393	24 030	2,7	13

¹ Aus den Daten der Krankenhausstatistik ist keine Unterscheidung des Personals nach Standort möglich.

² Das Personal des Geburtshauses Weinland ist 2012 im Total Geburtshäuser und im Total Kanton Zürich enthalten. Das Geburtshaus Weinland hat den Betrieb im Oktober 2013 eingestellt.

Quelle: Krankenhausstatistik

Aus der letzten Spalte in Abbildung A19 ist der Anteil der Personen in Ausbildung in den einzelnen Spitälern ersichtlich. Im Durchschnitt sind an einem Zürcher Spital rund 13 Prozent der Angestellten in Ausbildung. Das Spital Uster und das Universitätsspital Zürich bilden im Verhältnis zum Personalbestand am meisten Personen aus. Rund 16 Prozent der Angestellten in diesen beiden Spitälern sind in Ausbildung. Die Zahl der Angestellten in Ausbildung ist in den Zürcher Listenspitälern deutlich höher als in den Spitälern ohne Zürcher Leistungsauftrag.

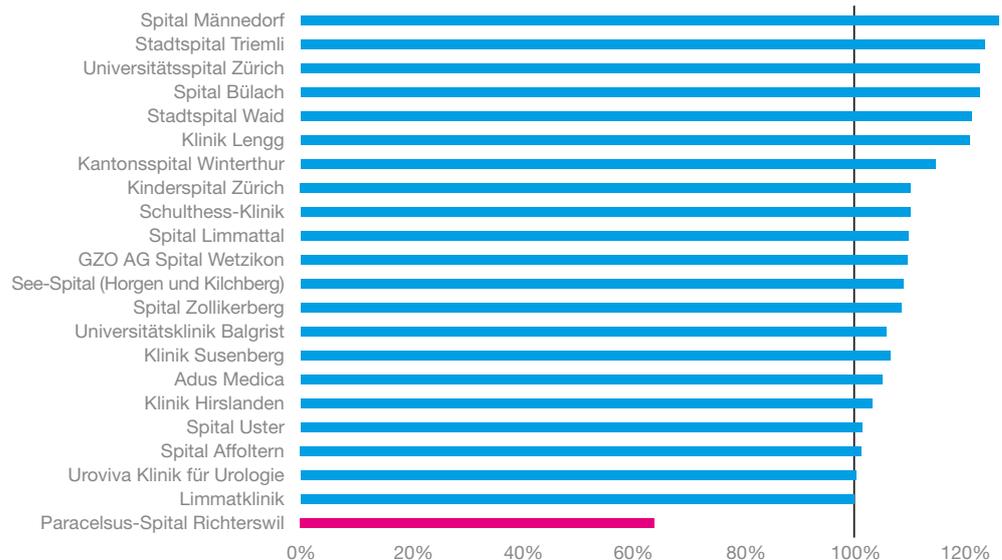
Aus- und Weiterbildungsverpflichtung²

Seit dem 1. Januar 2013 sind alle Zürcher Listenspitäler verpflichtet, Aus- und Weiterbildung in einem angemessenen Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf zu leisten. Mit der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird erreicht, dass die Ausbildungsleistungen in den Spitälern intensiviert werden und die Differenz zwischen den langfristig benötigten und den heute effektiv erbrachten Ausbildungsleistungen reduziert wird.

Die Gesundheitsdirektion berechnet jährlich für jedes Listenspital einen Soll-Bedarf an Ausbildungsleistungen und vergleicht diesen mit den effektiven Ausbildungsleistungen des Spitals. Die Berechnung orientiert sich unter anderem an der Betriebsgrösse und am Personalbestand des Spitals. Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Leistet ein Spital jedoch zu wenig Ausbildung, so kann es die fehlenden Aus- und Weiterbildungsleistungen von einem anderen Spital erbringen lassen (sogenannter Einkauf von Aus- und Weiterbildungsleistungen). Ansonsten hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten.

² Eine detaillierte Beschreibung der Ausbildungsverpflichtung finden Sie im Anhang A1 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht

Abbildung A20: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2017



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Leistungsnachweise, welche die Listenspitäler für das Jahr 2017 eingereicht haben, zeigen ein erfreuliches Resultat: Abgesehen vom Paracelsus-Spital erfüllen alle Spitäler die Ausbildungsverpflichtung (s. Abbildung A20). Die Limmatklinik und die Adus Medica haben kein Personal in Ausbildung angestellt (s. Abbildung A19 S. 55). Sie erfüllen ihre Ausbildungsverpflichtung, indem sie Ausbildungsleistungen bei anderen Spitälern einkaufen oder Auszubildende von anderen Spitälern im Rahmen eines Praktikums ausbilden. Mit dem Erfüllen der Vorgaben der Ausbildungsverpflichtung leisten die Zürcher Akutspitäler einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen.

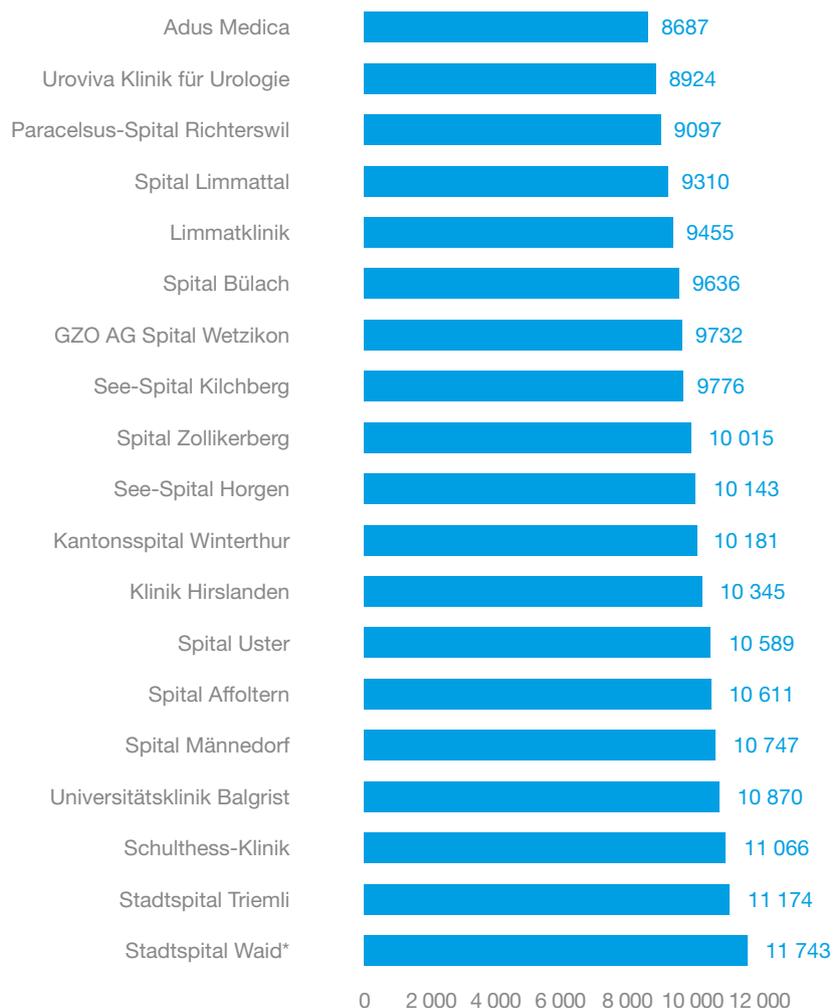
2.4 Fallkostenvergleich und Tarife der Zürcher Akutspitäler

Im Rahmen der Spitalfinanzierung kommt der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung eine grosse Bedeutung zu. Deshalb wird in diesem Kapitel zuerst der Fallkostenvergleich 2017 vorgestellt, gefolgt von einem kurzen Überblick über die Kostenstruktur der Zürcher Listenspitäler. Abschliessend wird die aktuelle Tarifsituation aller Listenspitäler präsentiert.

Fallkostenvergleich 2017

Der Kanton Zürich veröffentlicht jährlich die Fallkosten der Zürcher Listenspitäler. Mit der Publikation soll Transparenz über die Fallkosten der Spitäler geschaffen und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler ermöglicht werden. Zudem dient der Fallkostenvergleich als Orientierungshilfe bei der Tariffindung. Grundlage für den Fallkostenvergleich sind detaillierte Analysen der Kosten und Leistungen aller Zürcher Akutspitäler nach einer einheitlichen, vom Bundesverwaltungsgericht gestützten Methodik. Nicht in den Fallkostenvergleich einbezogen werden das Universitätsspital Zürich und das Kinderspital Zürich. Diese beiden Spitäler figurieren am Ende der Versorgungskette und weisen Besonderheiten im Leistungsspektrum auf. Sie unterscheiden sich deshalb hinsichtlich Patienten- und Kostenstrukturen deutlich von den anderen Spitälern.

Im Rahmen des jährlichen Fallkostenvergleichs werden die Kosten der Spitäler verglichen. Der Fallkostenvergleich 2017 umfasst insgesamt 19 Zürcher Akutspitäler, die im vergangenen Jahr je mindestens 200 akutsomatische Patientinnen und Patienten behandelt haben (s. Abbildung A21 S. 57).

Abbildung A21: Fallkostenvergleich 2017

■ Ø-Fallkosten in Franken pro Normalfall (OKP-Patientinnen und -Patienten)

* inkl. universitäres Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Gemäss den aktuellen Zahlen ist die Differenz zwischen dem kostengünstigsten und dem kostenintensivsten Leistungserbringer im Vergleich zu den Vorjahren grösser geworden (2017: 3056 Franken, 2016: 2834 Franken). Gleichzeitig entwickeln sich die Fallzahlen der untersuchten Spitäler im Durchschnitt erstmals seit 2012 leicht rückläufig, wobei auf Spitalebene Entwicklungen in beide Richtungen zu beobachten sind. Die unterschiedliche Fallkostentwicklung in den einzelnen Spitälern ist deshalb, neben den individuellen Kostenstrukturen, auch auf die ungleiche Entwicklung der Patientenzahlen zurückzuführen. Wie die Patientenzahl und die Kosten die Höhe der Fallkosten beeinflussen, wird in der separaten Infobox (S. 58) genauer erläutert.

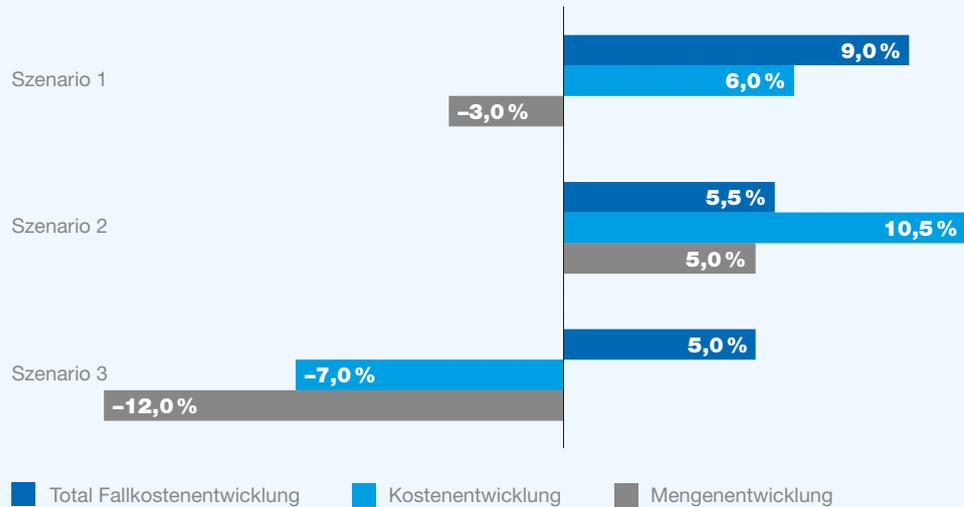
Auswirkungen der Mengenentwicklung auf die Fallkosten

Neben Kostenveränderungen haben auch Schwankungen in den erbrachten Leistungen einen direkten Einfluss auf die Höhe der Fallkosten. Folgende Gleichung unterliegt der Berechnung der Fallkosten:

$$\text{Fallkosten} = \frac{\text{relevante Kosten}}{\text{Anzahl erbrachter Leistungen}}$$

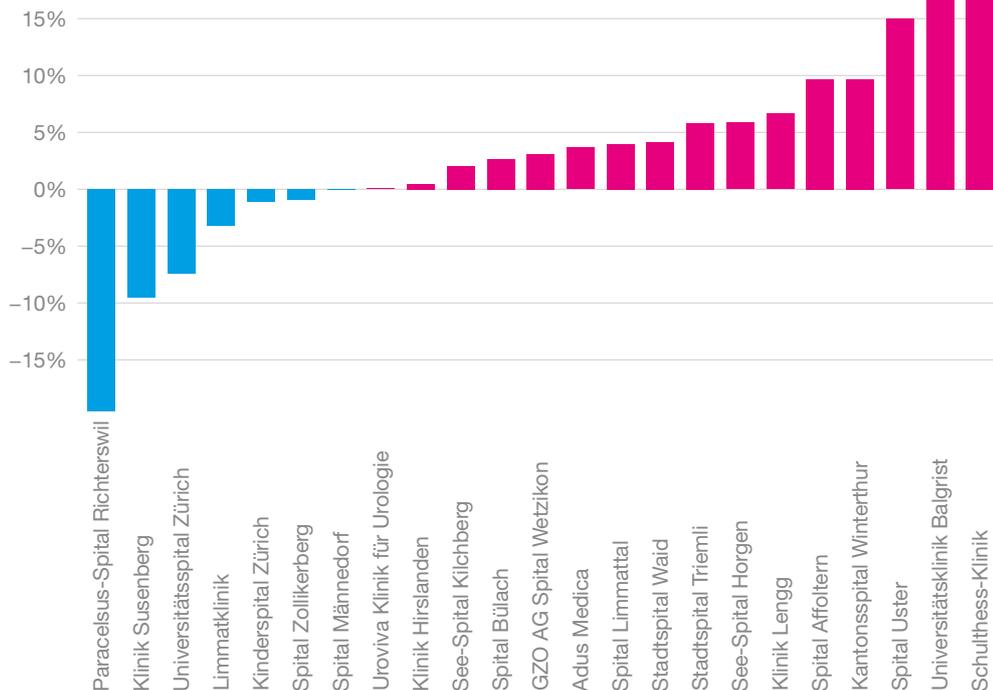
Aus dieser Berechnung geht hervor, dass nicht nur steigende Kosten, sondern auch ein Rückgang der erbrachten Leistungen (z. B. Fallzahlen) einen Anstieg der Fallkosten bewirken können. Abbildung A22 stellt unterschiedliche Szenarien einer Fallkostensteigerung in Abhängigkeit der Kosten- und Mengenveränderung dar. Ein Anstieg der Fallkosten kann unterschiedliche Ursachen haben, wobei die Entwicklung der erbrachten Leistungen je nach Richtung entweder als Kostentreiber oder als Kostendämpfer wirkt.

A22: Einflussfaktoren auf die Fallkostenentwicklung



Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Im Szenario 1 weist das Spital steigende Kosten bei einer sinkenden Fallzahl aus. Diese Mengenabnahme bewirkt eine Verstärkung des Fallkostenanstiegs. Im Szenario 2 hat das Spital höhere Kosten als im Jahr zuvor. Gleichzeitig hat es mehr Fälle behandelt. Die Erhöhung der Fallzahlen wirkt sich dämpfend auf den Fallkostenanstieg aus. Im Szenario 3 weist das Spital tiefere Kosten als im Vorjahr aus. Auch die Fallzahl ist zurückgegangen, wobei diese Abnahme relativ stärker war als der Rückgang der Kosten. Aufgrund des überwiegenden Effekts der Mengenabnahme sind die entsprechenden Fallkosten, trotz sinkender Kostenentwicklung, gestiegen.

Abbildung A23: Entwicklung der Fallkosten 2012 bis 2017

Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Seit der Anpassung der Spitalfinanzierung 2012 haben sich die Fallkosten der Zürcher Listenspitäler unterschiedlich entwickelt: Steigerungen auf der einen Seite stehen zum Teil umfangreiche Reduktionen auf der anderen Seite gegenüber (s. Abbildung A23).

Neben einigen kleineren Spitälern wie der Klinik Susenberg (-10%) oder dem Paracelsus-Spital (-20%) weist auch das Universitätsspital Zürich im Vergleich zu 2012 eine deutliche Abnahme der Fallkosten aus (-7%). Hingegen sind die Fallkosten der Universitätsklinik Balgrist, der Schulthess-Klinik sowie des Spitals Uster seit 2012 um mehr als 15 Prozent gestiegen. Insgesamt weisen 16 Spitäler höhere Fallkosten und sieben Spitäler tiefere Fallkosten aus als 2012.

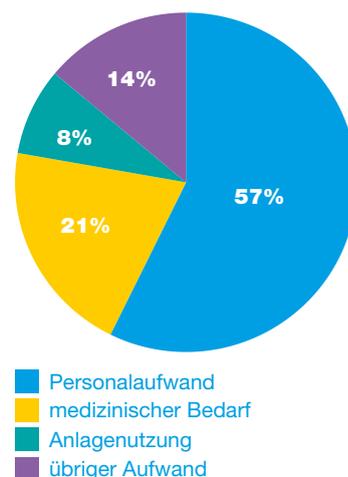
Zu Vergleichszwecken tauschen die Kantone die Daten ihrer Listenspitäler seit 2015 aus. Diese Datengrundlage ermöglicht dank einer einheitlichen Plausibilisierung und Methodik einen Vergleich der Fallkosten auf nationaler Ebene. Eine Analyse dieses Datenbestandes durch die Zürcher Gesundheitsdirektion zeigt, dass die geltende Fallpreispauschale (Baserate) für Zürcher Listenspitäler mit Notfallstation von 9650 Franken auch unter Berücksichtigung der Fallkosten der Schweizer Spitäler geringfügig über dem Benchmark und damit unverändert auf einer angemessenen Höhe liegt.

Kostenstruktur in Zürcher Listenspitälern

Bei einem durchschnittlichen akutsomatischen Zürcher Listenspital (ohne Berücksichtigung des Universitätsspitals Zürich und des Kinderspitals Zürich) teilt sich der Aufwand wie folgt auf: Der Personalaufwand ist mit 57 Prozent der grösste Aufwandsposten, gefolgt vom medizinischen Bedarf mit 21 Prozent und dem Aufwand für die Anlagenutzung mit acht Prozent (s. Abbildung A24).

Finanzierungsquellen eines Spitals im Überblick

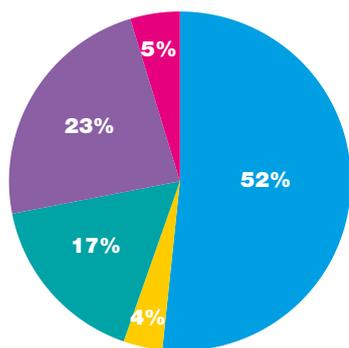
Abbildung A25 (S. 60) zeigt die Erträge eines durchschnittlichen akutsomatischen Listenspitals (ohne Berücksichtigung des Universitätsspitals Zürich und des Kinderspitals Zürich). Ein durchschnittliches Listenspital erwirtschaftet leicht über die Hälfte seiner Erträge mit der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mittels Fallpauschalen über die obligatorische Grundversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgegolten wird (stationär KVG). Die Kosten dieser stationären Leistungen übernehmen der Kanton und die Krankenversicherer gemeinsam mit einem fixen Finanzierungsanteil des Kantons von 55 Prozent. Neben Erträgen aus der obligatorischen Grundversicherung generieren Spitäler auch Einnahmen mit Leistungen, die zulasten der Unfall- oder Invalidenversicherung abgerechnet werden (stationär UVG/IV), insbesondere Spitäler mit vielen Kindern und Unfallopfern. Zusätzliche Erträge im stationären Bereich erwirtschaften Spitäler mit Leistungen, die von der Zusatzversicherung (ZV) übernommen werden. Einnahmen aus der Zusatzversicherung bilden rund 17 Prozent der Erträge eines durchschnittlichen Spitals und sind in der Abbildung A25 mit «stationär ZV» bezeichnet. Dabei handelt es sich nur um den Teil der Behandlungskosten

Abbildung A24: Aufwand eines durchschnittlichen akutsomatischen Listenspitals 2017

Der übrige Aufwand setzt sich zusammen aus: Lebensmittel- und Haushaltsaufwand, Unterhalt und Reparaturen, Aufwand für Energie und Wasser, Zinsaufwand, Verwaltungs- und Informatikaufwand sowie übrigen patientenbezogenem und nicht patientenbezogenem Aufwand und übrigen Aufwand.

Quelle: Krankenhausstatistik

Abbildung A25: Erträge eines durchschnittlichen akutsomatischen Listenspitals 2017



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

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

Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Die Einkaufsgemeinschaft HSK vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT, die CSS Versicherung verhandelt die Tarife eigenständig und die übrigen Krankenversicherer sind tarifsuisse angeschlossen.

von Zusatzversicherten Personen, der nicht von der Grundversicherung übernommen wird. In Abhängigkeit des Zusatzversichertenanteils variieren diese Erträge erheblich von Spital zu Spital. In der Klinik Lengg betragen diese Einnahmen nur zwei Prozent, während in der Klinik Hirslanden 37 Prozent der Erträge dank der Zusatzversicherung erwirtschaftet werden. Die Klinik Hirslanden hat unter den Listenspitälern im Zusatzversichertengeschäft eine besondere Stellung: 29 Prozent der Zusatzversicherungseinnahmen aller Listenspitäler im Kanton Zürich werden durch die Klinik Hirslanden generiert. Sie behandelt 22 Prozent aller in Zürcher Listenspitälern behandelten Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung. Die Erträge aus ambulanten Leistungen werden für die meisten Spitäler immer wichtiger und machen 2017 im Durchschnitt 23 Prozent der gesamten Erträge aus. Auch hier gibt es grosse Unterschiede, die durch das Leistungsangebot der Spitäler beeinflusst werden. Bei der Klinik Susenberg stammt nur knapp ein Prozent der Erträge aus ambulanten Leistungen, hingegen sind es bei der Limmatklinik und dem Paracelsus-Spital rund 34 Prozent.

Aktuelle Tarifsituation der Zürcher Listenspitäler

Der für den Preis einer stationären Behandlung massgebende Tarif in Franken (auch Baserate genannt) wird zwischen den Spitalern und den Krankenversicherern verhandelt. Die verhandelten Tarife werden danach dem Regierungsrat zur Genehmigung vorgelegt. Einigen sich die Tarifpartner jedoch nicht, setzt der Regierungsrat die Tarife fest. Dabei stützt er sich auf die Kosten eines effizienten Spitals ab. Im Rahmen der seit 2012 geltenden Spitalfinanzierung waren zahlreiche Grundsatzfragen bezüglich der Tariffindung rechtlich umstritten. In der Zwischenzeit hat das Bundesverwaltungsgericht die Tariffestsetzung des Zürcher Regierungsrates in mehreren Urteilen gestützt.

Abbildung A26 stellt die Tarife für stationäre Behandlungen in den Akutspitalern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss der Zürcher Spitalliste Akutsomatik für das Jahr 2018 dar. Die Versicherer sind in drei Verhandlungsgruppen aufgeteilt, die unabhängig mit den Spitalern die Tarife verhandeln. Die Tarifliste basiert auf den vom Regierungsrat genehmigten oder festgesetzten Tarifen. In grüner Schrift sind die definitiven Tarife aufgeführt. Bei den roten Tarifen handelt es sich um provisorische Tarife. Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist mit zusätzlichen Informationen versehen unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

Abbildung A26: Tarife 2018 der Zürcher Listenspitäler Akutsomatik

	tarifsuisse	HSK	CSS
Universitätsspital Zürich	10 870	10 860	10 870
Kantonsspital Winterthur	9 650	9 650	9 650
Stadtspital Triemli	9 700	9 700	9 700
Klinik Hirslanden	9 650	9 650	9 650
GZO AG Spital Wetzikon	9 650	9 650	9 650
Spital Uster	9 650	9 650	9 650
Spital Limmattal	9 650	9 650	9 650
Spital Bülach	9 650	9 650	9 650
Spital Zollikerberg	9 650	9 650	9 650
Stadtspital Waid	9 650	9 650	9 650
Spital Männedorf	9 650	9 650	9 650
Schulthess-Klinik	9 450	9 450	9 450
Kinderspital Zürich	12 800	11 200	11 200
See-Spital Standort Horgen	9 650	9 650	9 650
See-Spital Standort Kilchberg	9 450	9 450	9 450
Universitätsklinik Balgrist	9 780	9 855	9 780
Spital Affoltern	9 650	9 650	9 650
Paracelsus-Spital Richterswil	9 650	9 650	9 650
Klinik Lengg	11 400	11 660	11 660
Uroviva Klinik für Urologie	9 450	9 450	9 450
Klinik Susenberg	9 450	9 450	9 450
Adus Medica	9 450	9 450	9 450
Limmatklinik	9 450	9 450	9 450
Geburtshaus Zürcher Oberland	9 100	9 100	9 100
Geburtshaus Delphys	9 100	9 100	9 100

Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife

Provisorische Tarife

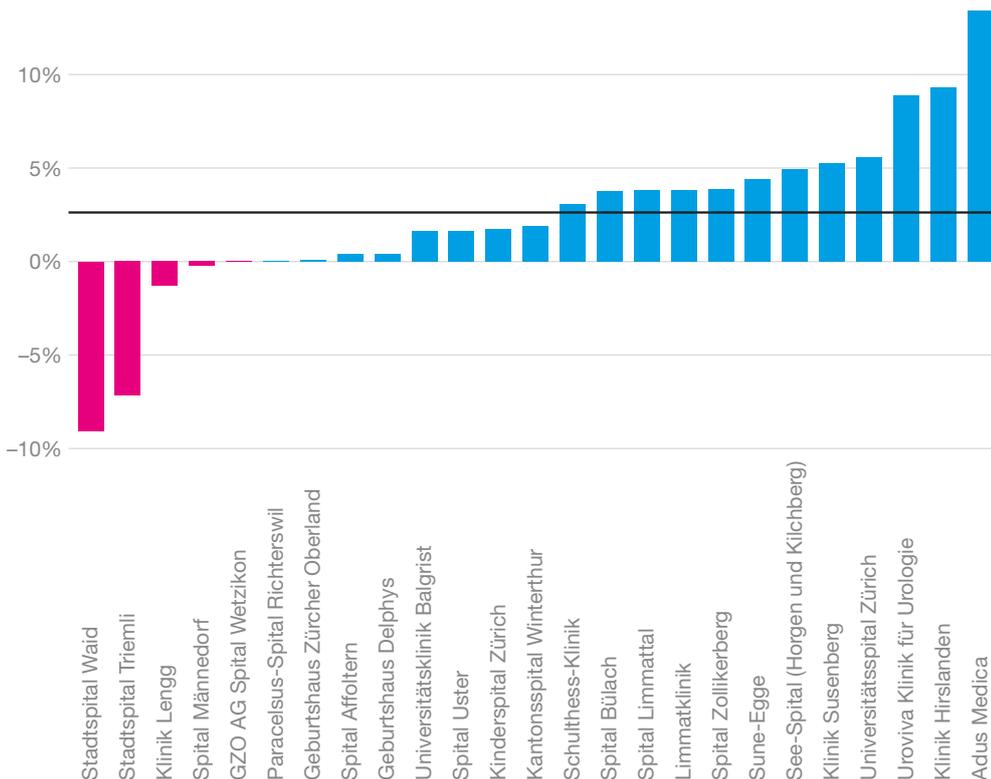
Stand: 11. Oktober 2018

Quelle: Übersicht stationäre Tarife, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

2.5 Gewinnsituation der Zürcher Listenspitäler

In der Vergangenheit hat das Bundesverwaltungsgericht das Vorgehen des Zürcher Regierungsrates in Bezug auf die Tarifgenehmigung und -festsetzung gestützt. Inwiefern die Einschätzungen des Regierungsrates nicht nur juristisch korrekt, sondern auch finanziell angemessen sind, zeigen die Jahresabschlüsse der Spitäler. Wenn die stationären Tarife korrekt auf dem Niveau eines effizienten Spitals festgesetzt wurden, müsste der ineffizientere Teil der Spitäler im Grundversicherungsbereich Verluste und der effizientere Teil der Spitäler Gewinne erzielen. Zusammen mit den Ergebnissen aus dem ambulanten Bereich und den Gewinnen aus dem Zusatzversicherungsbereich müsste die Mehrheit der Spitäler in einem normalen Jahr einen kleinen Gewinn erzielen.

Abbildung A27: Umsatzrendite der Listenspitäler 2017

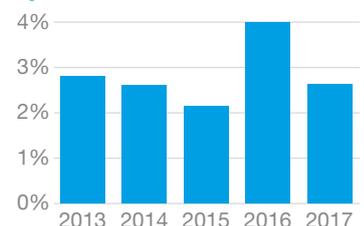


Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Die Mehrheit der Zürcher Listenspitäler schliesst im Jahr 2017 mit einem positiven Ergebnis ab (s. Abbildung A27). Gesamthaft haben die Listenspitäler im Kanton Zürich eine Umsatzrendite von 2,6 Prozent erwirtschaftet (schwarze Linie in Abbildung A27). Damit ist die durchschnittliche Umsatzrendite 2017 nach einem Hoch 2016 auf einen mit den Vorjahren vergleichbaren Wert gesunken (s. Abbildung A28). 2017 erzielte die Adus Medica mit 13 Prozent die höchste Umsatzrendite, gefolgt von der Klinik Hirslanden und der Uroviva Klinik mit rund neun Prozent. Wie im Vorjahr weisen 2017 fünf Spitäler einen Verlust aus. Die Ergebnisse der Zürcher Listenspitäler liegen 2017 im Vergleich zum Vorjahr etwas weiter auseinander. Die profitabelsten Spitäler konnten ihr Ergebnis weiter verbessern. Hingegen fällt der Verlust bei den beiden Stadtspitalern 2017 im Vergleich zum Vorjahr höher aus.

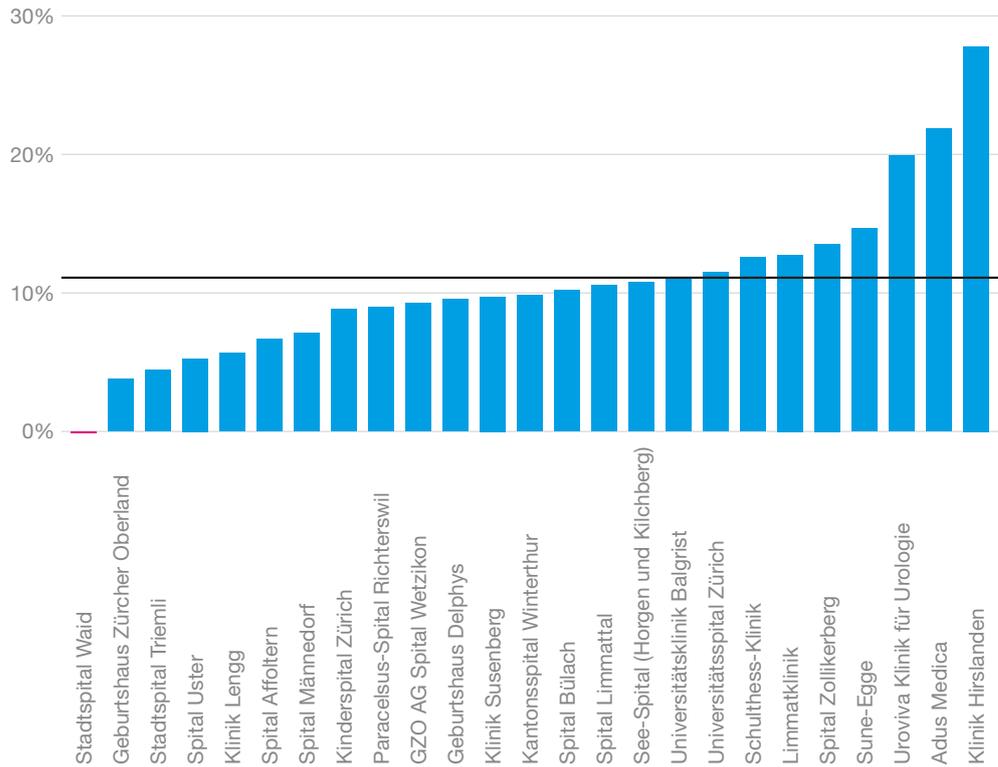
Neben der Umsatzrendite ist auch die Kennzahl EBITDAR (Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent Cost) von Interesse. Diese Kennzahl wird von potenziellen Kreditgebern für die Beurteilung der operativen Leistungsfähigkeit eines Unternehmens herangezogen und ist deshalb für die Spitäler seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung wichtig. EBITDAR zeigt, wie viele Mittel dem Unternehmen nach Abzug der laufenden Betriebskosten zur Verfügung stehen. Für die Berechnung der EBITDAR werden zum Jahresgewinn der Steueraufwand, der Zinsaufwand, die Abschreibungen und die Mietzinse addiert. Die Mietzinse werden berücksichtigt, damit die Anlagenutzungskosten unabhängig von den Besitzverhältnissen vergleichbar abgebildet werden können.

Abbildung A28: Entwicklung Umsatzrendite Zürcher Listenspitäler 2013 bis 2017



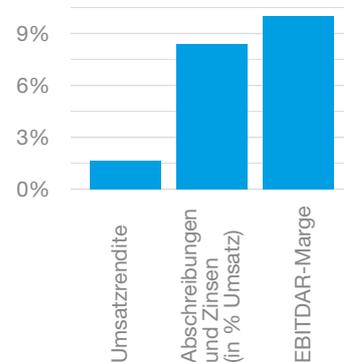
Quelle: Finanzbuchhaltung der Spitäler gemäss KOREK (Kostenreporting des Kantons)

Abbildung A29: EBITDAR-Margen der Listenspitäler 2017



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

Abbildung A30: EBITDAR und Umsatzrendite der Zürcher Listenspitäler 2017



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

Die Kennzahl EBITDAR beschreibt das operative Ergebnis, nicht den Gewinn eines Unternehmens. So haben die Zürcher Listenspitäler 2017 eine EBITDAR-Marge von gut elf Prozent. Die auf den Gewinn bezogene Umsatzrendite liegt bei 2,6 Prozent und damit deutlich tiefer. Der Grund liegt in den Abschreibungs- und Zinskosten von rund neun Prozent (s. Abbildung A30). Generell gilt: Je anlageintensiver ein Unternehmen ist, desto höher sollte die EBITDAR-Marge sein, damit die operative Leistungsfähigkeit des Unternehmens gesichert ist.

Durchschnittlich beträgt die EBITDAR-Marge der Zürcher Listenspitäler 11,1 Prozent (schwarze Linie in Abbildung A29). Im Schnitt bewegen sich die Zürcher Listenspitäler also über den in der Schweizer Spitalbranche oft als Zielgrösse genannten zehn Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr ist die EBITDAR-Marge der Zürcher Listenspitäler von 12,6 Prozent auf 11,1 Prozent gesunken. Die Klinik Hirslanden sticht mit einer sehr hohen EBITDAR-Marge von 28 Prozent heraus.

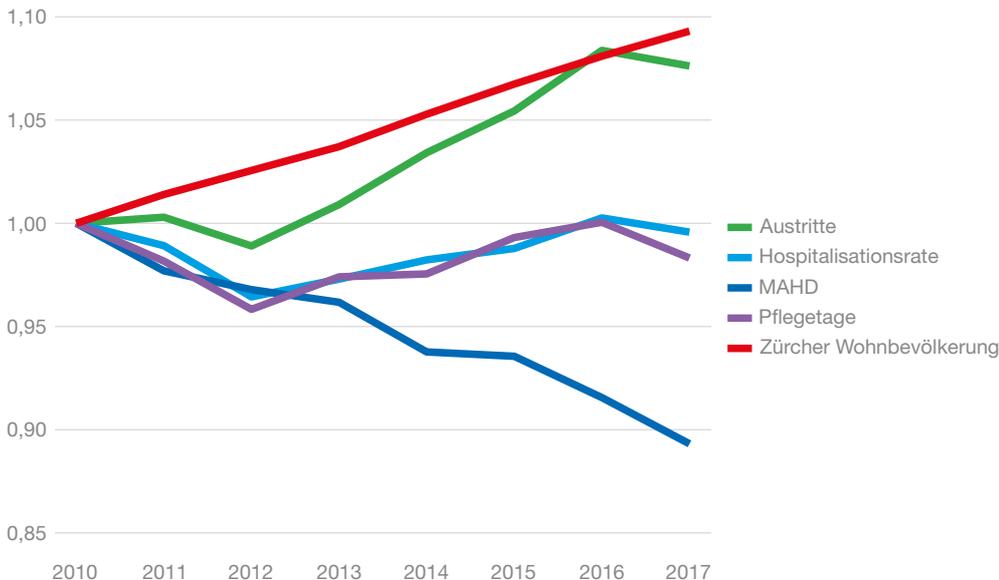
Insgesamt lassen die Ergebnisse der Spitäler auch im sechsten Jahr der neuen Spitalfinanzierung darauf schliessen, dass die vom Regierungsrat festgesetzten Tarife sachgerecht waren: Weder haben die Spitäler mehrheitlich sehr hohe Gewinne erzielt, noch haben sie mehrheitlich Verluste erlitten.

2.6 Stationäre akutsomatische Versorgung der Zürcher Bevölkerung

Entwicklung 2010 bis 2017

Die Nachfrage der Zürcher Bevölkerung nach stationären Leistungen (Fallzahlen und Pflegetage) wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate (Anzahl Austritte pro 1000 Kantonseinwohner) sowie der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) beeinflusst. Abbildung A31 zeigt die Entwicklung im Bereich der stationären Akutsonatik für den Zeitraum 2010 bis 2017.

Abbildung A31: Entwicklung der Austritte und Pflegetage 2010 bis 2017 (indexiert, Basisjahr = 2010)¹



¹ Die Abnahme der Austritte und der Hospitalisationsrate im Jahr 2012 ist auf die neue Falldefinition zurückzuführen. Die MAHD wäre 2012 ohne diesen Effekt vermutlich stärker gesunken.

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Fallzahlen der Zürcherinnen und Zürcher steigen bis 2016 mehrheitlich an. Im Jahr 2012 ist ein leichter Rückgang zu beobachten, der auf die neue Fallzählung zurückzuführen ist. Unter Berücksichtigung dieses statistischen Effekts wären die Fallzahlen im Jahr 2012 ebenfalls angestiegen und die Entwicklung der Fallzahlen etwa parallel zur Bevölkerungsentwicklung verlaufen. 2017 werden 213276 Zürcherinnen und Zürcher in einem Akutspital behandelt. Dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr einem leichten Rückgang von 0,7 Prozent. Gegenüber 2010 hat die Zahl der Austritte um rund acht Prozent zugenommen, während die Zürcher Wohnbevölkerung um rund neun Prozent gewachsen ist.

Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen pro Kopf, d. h. die Hospitalisationsrate, hat im dargestellten Zeitraum zuerst abgenommen – nicht zuletzt aufgrund der neuen Falldefinition 2012 – bevor sie ab 2013 wieder gestiegen ist. Im Jahr 2017 ist die Hospitalisationsrate leicht rückläufig, was aufgrund des Rückgangs der Austritte bei wachsender Wohnbevölkerung nicht überrascht. Im Jahr 2017 beträgt die Hospitalisationsrate 136 Austritte pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher. Die gesunden Neugeborenen werden zur Berechnung der Hospitalisationsrate nicht mitberücksichtigt. Pro Alterskategorie unterscheiden sich die Hospitalisationsraten markant: Bei den unter 20-Jährigen treten lediglich 78 Fälle pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher innert eines Jahres auf. Bei den 65- bis 79-Jährigen sind es 267 und bei den über 80-Jährigen sogar 453 Fälle pro 1000 Zürcherinnen und Zürcher (s. Abbildung A32).

Die Anzahl Pflegetage hat wie die Hospitalisationsrate bis 2012 abgenommen und ist dann bis 2016 wieder angestiegen. 2017 führt die weiterhin sinkende mittlere Aufenthaltsdauer zusammen mit dem Rückgang der Austritte zu einer markanten Abnahme der Pflegetage. 2017 beträgt die Anzahl Pflegetage rund 1,13 Millionen. Im Vergleich zum Vorjahr sind dies rund 20000 Pflegetage weniger.

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

Abbildung A32: Hospitalisationsraten nach Altersgruppen 2017

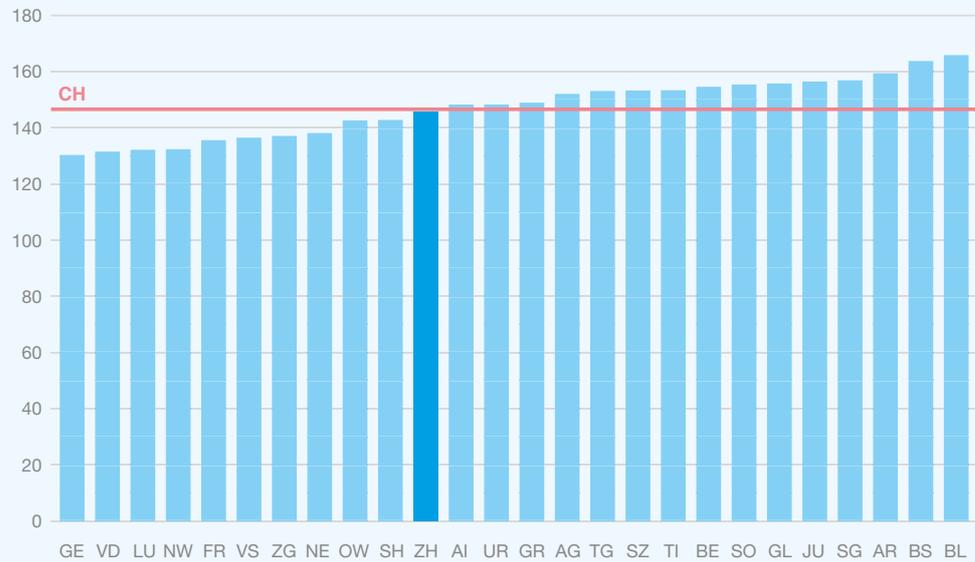
Altersgruppe	Austritte pro 1000 Einwohner/innen
0–19	78
20–39	98
40–64	110
65–79	267
80+	453
Total	136

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Zürcher Hospitalisationsrate im Vergleich mit anderen Kantonen

Gemäss Obsan sind im Jahr 2016 im Durchschnitt 147 von 1000 Schweizerinnen und Schweizern stationär in einem Akutspital behandelt worden. Im schweizweiten Vergleich befindet sich die Hospitalisationsrate der Zürcher Bevölkerung im Durchschnitt. Die Berechnung der Hospitalisationsrate des Obsan ist aus methodischen Gründen nicht identisch mit der Berechnung der Gesundheitsdirektion, was die Differenz zwischen den Abbildungen A32 (S. 63) und A33 erklärt.

Abbildung A33: Hospitalisationsrate 2016: Anzahl Austritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Akutsumatik



Quelle: Obsan (2018)

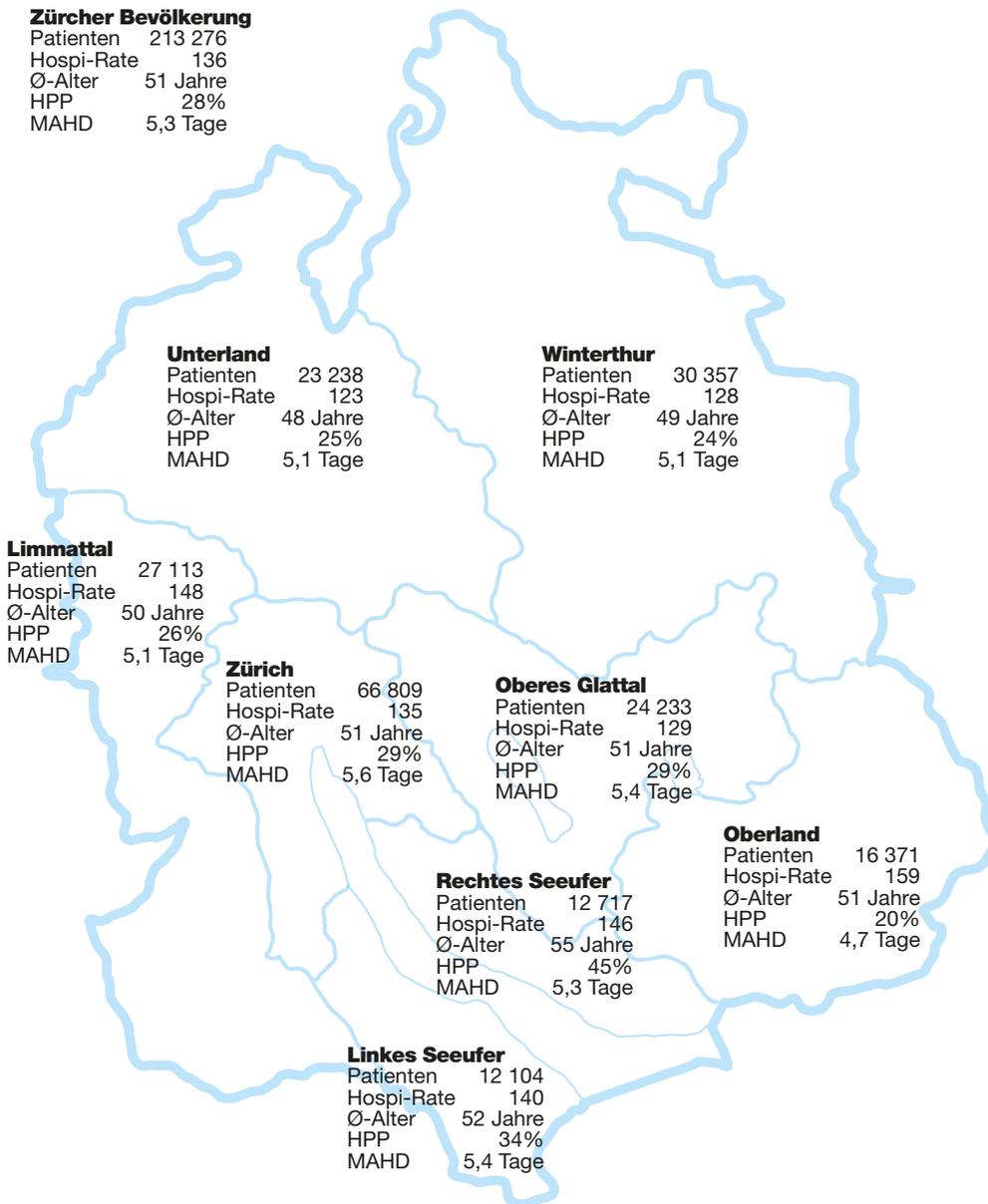
Zürcher Patientinnen und Patienten 2017

Mit rund 67 000 Personen stammt fast ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus der Wohnregion Zürich (s. Abbildung A34 S. 65). Rund 14 Prozent stammen aus der Wohnregion Winterthur und 13 Prozent aus dem Limmattal. Von den beiden Seeufern kommt mit je rund sechs Prozent die kleinste Zahl der Patientinnen und Patienten.

Das Durchschnittsalter der rund 213 000 Zürcherinnen und Zürcher mit einem akutsomatischen Spitalaustritt im Jahr 2017 beträgt 51 Jahre. Etwas jünger als der Durchschnitt sind die Patientinnen und Patienten aus dem Unterland mit durchschnittlich 48 Jahren. Am höchsten ist das Durchschnittsalter mit 55 Jahren bei den Personen mit Wohnort am rechten Seeufer. Von allen Regionen wurden vom rechten Seeufer mit 45 Prozent anteilmässig mit Abstand am meisten Personen auf einer privaten oder halbprivaten Abteilung behandelt. Dieser Anteil liegt weit über dem kantonsweiten Durchschnitt von 28 Prozent. Die Personen aus diese Region weisen mit 1,07 auch den höchsten durchschnittlichen Schweregrad auf.

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

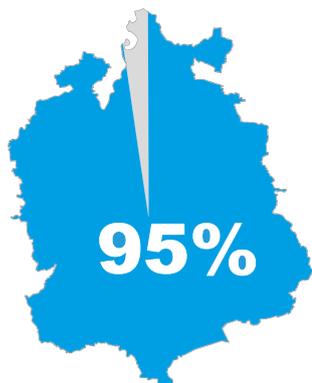
Abbildung A34: Patientenmerkmale pro Wohnregion 2017



Quelle: Medizinische Statistik BFS

2.7 Patientenmigration

Abbildung A35:
95 Prozent im Kanton Zürich
behandelt



Quelle: Medizinische Statistik BFS

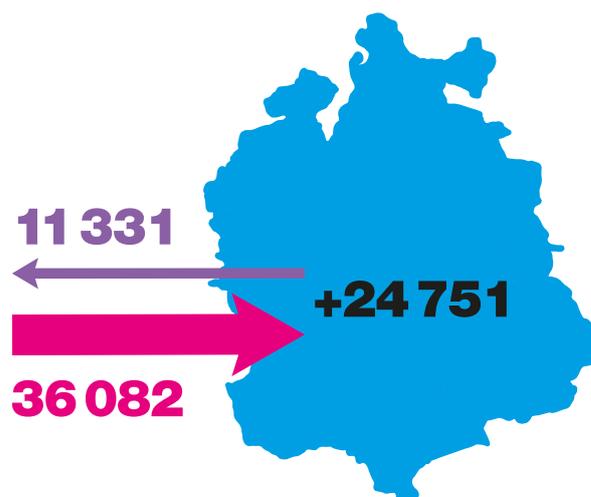
Die Zürcher Bevölkerung lässt sich grundsätzlich im eigenen Kanton behandeln.

Interkantonale Patientenmigration 2017

95 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich an einem Spital mit Standort im Kanton Zürich akutsomatisch behandeln. Lediglich rund 11 000 Zürcherinnen und Zürcher nehmen eine stationäre akutsomatische Spitalbehandlung in einem anderen Kanton in Anspruch (s. Abbildung A36). Mit 1012 Zürcherinnen und Zürchern werden 2017 im Spital Thurgau in Frauenfeld und Münsterlingen am meisten Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt. 869 Zürcherinnen und Zürcher werden im Kantonsspital Schaffhausen behandelt. Das Kantonsspital Schaffhausen ist für die Einwohnerinnen und Einwohner des nördlichen Weinlandes das am schnellsten zu erreichende Spital und verfügt deshalb als einziges ausserkantonales Spital in der Akutsomatik über einen Zürcher Leistungsauftrag. Ebenfalls mehr als 500 Zürcherinnen und Zürcher behandeln 2017 das Kantonsspital Graubünden, das Zuger Kantonsspital sowie das Kantonsspital Baden.

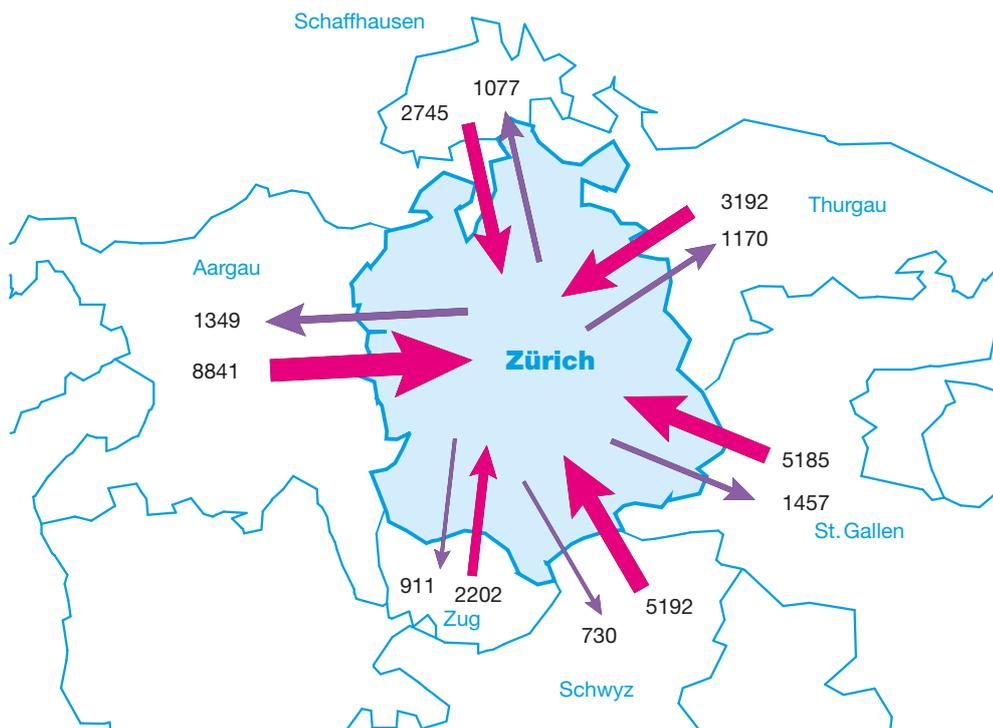
Für Zürcherinnen und Zürcher gibt es grundsätzlich keine Notwendigkeit für eine stationäre Spitalbehandlung in einem anderen Kanton, denn im Kanton Zürich werden alle medizinischen Leistungen angeboten. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei Notfallbehandlungen insbesondere während der Ferienzeit, werden ausserkantonale Institutionen beansprucht. So werden im Kanton Graubünden jährlich rund 1500 Zürcherinnen und Zürcher stationär behandelt. Die Nettomigration ist in fast allen Fällen positiv, das heisst, meistens werden mehr Personen aus einem Kanton (z. B. Graubünden) in Zürich behandelt als umgekehrt. Die einzige Ausnahme ist der Kanton Basel-Stadt: 2017 werden 100 Personen mehr aus dem Kanton Zürich im Kanton Basel-Stadt behandelt als umgekehrt. Im Durchschnitt sind die Behandlungen von Zürcherinnen und Zürchern in ausserkantonalen Spitälern von kürzerer Dauer als jene im Kanton Zürich und weisen eine deutlich tiefere Fallschwere auf. So liegt die Fallschwere (CMI) der Zürcher Fälle in ausserkantonalen Spitälern bei 0,9, während der CMI der ausserkantonalen Fälle in Zürcher Spitälern mit 1,5 deutlich über dem Durchschnitt liegt.

Abbildung A36: Positive Nettomigration 2017



Quelle: Medizinische Statistik BFS

15 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen stammen nicht aus dem Kanton Zürich. Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen (vgl. auch Kapitel 2.6). Die meisten kommen aus dem Aargau (8841 Austritte), gefolgt vom Kanton Schwyz (5192 Austritte) und dem Kanton St. Gallen (5185 Austritte) (s. Abbildung A37 S. 67). Die Spitälern im Kanton Zürich leisten bei einigen Kantonen einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit. Sie stellen nicht nur die Endversorgungsspitälern, sondern behandeln generell einen bedeutenden Anteil der Bevölkerung dieser Kantone. So werden 23 Prozent der Schaffhauser, 22 Prozent der Schwyzer, 13 Prozent der Zuger und 12 Prozent der Glarner Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich behandelt.

Abbildung A37: Interkantonale Patientenmigration 2017

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung A38: Anteil der Bevölkerung einer Wohnregion, der sich in einem Spital der gleichen Wohnregion behandeln lässt, 2017

Eigenversorgungsgrad 2017	
Zürich	93%
Winterthur	77%
Oberland	55%
Linkes Seeufer	50%
Limmattal	48%
Unterland	45%
Rechtes Seeufer	40%
Oberes Glattal	34%

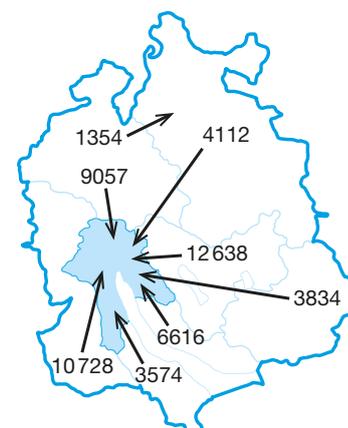
Quelle: Medizinische Statistik BFS

Patientenmigration im Kanton Zürich: Behandlungen in den Zürcher Wohnregionen

64 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten lassen sich nicht nur im eigenen Kanton, sondern sogar in der eigenen Wohnregion behandeln. Die übrigen 36 Prozent werden in Spitälern behandelt, die ausserhalb ihrer eigenen Wohnregion liegen, unter anderem weil nicht das vollständige medizinische Spektrum in jeder Wohnregion angeboten wird. 93 Prozent der Bevölkerung der Wohnregion Zürich lassen sich in der eigenen Region behandeln (s. Abbildung A38). Mit 77 Prozent bleibt auch die Bevölkerung der Wohnregion Winterthur für eine stationäre Behandlung oft in der eigenen Region. Hingegen liegt der Eigenversorgungsgrad der anderen sechs Wohnregionen nur zwischen 34 und 55 Prozent. Aus all diesen Wohnregionen ist eine deutliche Abwanderung in die Region Zürich zu verzeichnen. Der Eigenversorgungsgrad der Wohnregionen ist im Vergleich zum Vorjahr konstant.

Nettomigration zwischen den Wohnregionen im Kanton Zürich

Insbesondere in die Wohnregion Zürich findet eine grosse Zuwanderung von Patientinnen und Patienten aus anderen Zürcher Wohnregionen statt. So verzeichnet die Region Zürich im Jahr 2017 57 Prozent aller stationären Austritte des Kantons Zürich, obwohl in dieser Wohnregion lediglich 32 Prozent aller behandelten Personen des Kantons Zürich wohnen. Verantwortlich für diese Migration sind unter anderem das breite medizinische Spektrum sowie die hohe Spitaldichte in der Wohnregion Zürich. In Abbildung A39 sind die wichtigsten Wanderungen zwischen den Wohnregionen dargestellt. Die Pfeile zeigen den Wanderungssaldo zwischen den verschiedenen Zürcher Wohnregionen. Es werden nur Nettomigrationsbewegungen von mindestens 1000 Personen abgebildet. Neben den Wanderungen in die Wohnregion Zürich liegt nur noch die Wanderung aus der Region Unterland in die Region Winterthur über dem Mindestwert von 1000 Personen. Im Jahr 2017 haben sich 1354 Personen mehr aus der Region Unterland in der Region Winterthur behandeln lassen als Personen aus der Region Winterthur in der Region Unterland. Die einzige Nettoabwanderung von mehr als 10000 Personen in eine andere Region weisen die Wohnregionen Limmattal und Oberes Glattal auf.

Abbildung A39: Nettomigration nach Zürich 2017

Quelle: Medizinische Statistik BFS

03

Rehabilitation

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

Definition Rehabilitation

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

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

3.1 Zürcher Spitallandschaft Rehabilitation

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

Abbildung R1: Rehabilitationskliniken der Zürcher Spitalliste 2018



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

Die Stiftung Zürcher RehaZentren betreibt im Kanton Zürich zwei Kliniken: Das Zürcher RehaZentrum Wald und die Klinik Lengg. Das Zürcher RehaZentrum Wald verfügt als grösste Zürcher Rehabilitationsklinik über einen umfassenden Leistungsauftrag und deckt beinahe das ganze rehabilitative Spektrum ab. Die Klinik Lengg verfügt seit 2014 über einen Leistungsauftrag in der neurologischen Rehabilitation. Sie bietet insbesondere nach einem Hirnschlag, einer traumatischen Hirnverletzung, einem Hirntumor oder bei chronischen neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Epilepsie, rehabilitative Leistungen an. Die RehaClinic Zürich AG betreibt im Kanton Zürich zwei Kliniken: Die RehaClinic Kilchberg behandelt Patientinnen und Patienten der neurologischen Rehabilitation. Dabei werden insbesondere die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die RehaClinic Zollikerberg behandelt Patientinnen und Patienten der muskuloskelettalen Rehabilitation. In

dieser Leistungsgruppe werden Folgen angeborener Fehler oder unfallbedingter Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie Gelenks- und Wirbelsäulenerkrankungen behandelt. Die Universitätsklinik Balgrist verfügt ebenfalls über einen Leistungsauftrag in der muskuloskelettalen Rehabilitation und behandelt zudem als einzige Klinik auf der Zürcher Spitalliste querschnittsgelähmte Personen. Die Klinik Susenberg hat einen Leistungsauftrag in der internistisch-onkologischen Rehabilitation. Im Zentrum dieser Behandlungen steht die Rehabilitation von durch ein Tumorleiden und/oder dessen Therapiefolgen beeinträchtigten Personen sowie die Behandlung der Folgen von akuten oder chronischen Erkrankungen der inneren Organe. Das Rehabilitationszentrum des Kinderspitals am Standort Affoltern am Albis übernimmt die rehabilitativen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen. Es ist das einzige spezialisierte Angebot für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der ganzen Schweiz.

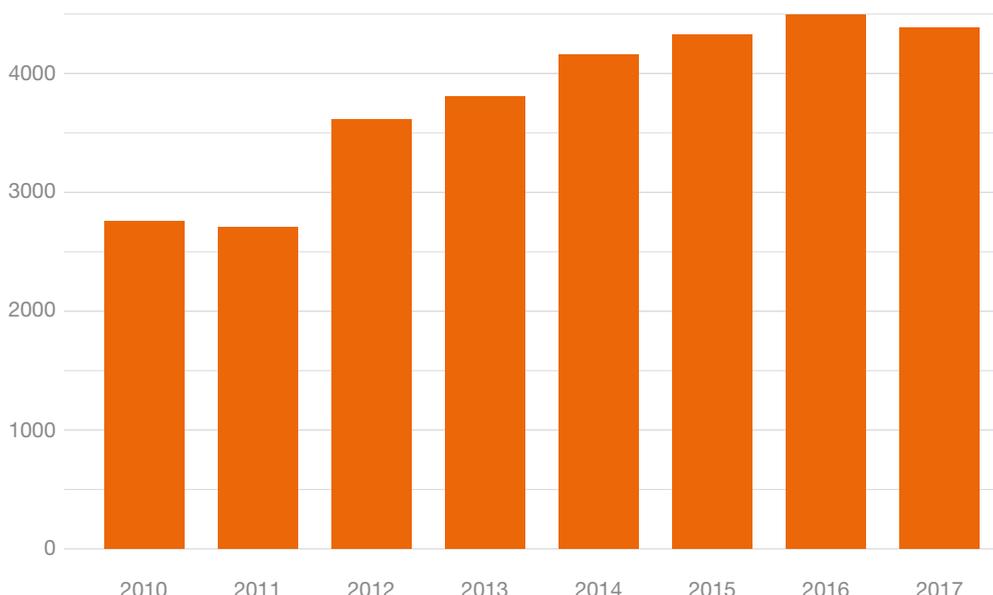
Bis 2012 waren nur vier Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich tätig. Mit den beiden neuen Angeboten der RehaClinic (ab 2011 und 2012) und der Klinik Lengg (ab 2014) hat sich die Rehabilitationsversorgung im Kanton Zürich verbessert. Damit wird einem Bedürfnis der Zürcher Bevölkerung nach wohnortsnaher Rehabilitation besser entsprochen. Allerdings können die Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich nur einen Teil der rehabilitativen Versorgung der Zürcher Bevölkerung abdecken. Aus diesem Grund sind 14 ausserkantonale Kliniken auf der Zürcher Spitalliste Rehabilitation aufgeführt. Sechs davon befinden sich im Kanton Aargau. Die ausserkantonalen Kliniken verfügen hauptsächlich über Leistungsaufträge für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation.

3.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Rehabilitationskliniken

Entwicklung stationäre Austritte und Pflage tage

Abbildung R2 zeigt die Entwicklung der stationären Austritte in den Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich. Bis 2011 war die Fallzahl mit rund 2700 Austritten relativ konstant. Von 2012 bis 2016 hat die Zahl der Austritte jedes Jahr zugenommen, unter anderem aufgrund der neuen Angebote der RehaClinic Zollikerberg (ab 2011), der RehaClinic Kilchberg (ab 2012) und der Klinik Lengg (ab 2014). 2017 nimmt die Zahl der Austritte zum ersten Mal seit 2011 ab. Der Fallrückgang um gut zwei Prozent in der stationären Rehabilitation im Kanton Zürich hängt mit dem Rückgang bei den stationären akutsomatischen Behandlungen zusammen (vgl. Kapitel 2.2). Über 80 Prozent der Personen in der stationären Rehabilitation waren vor ihrem Eintritt in einem akutsomatischen Spital. Gehen die Fallzahlen in der Akutsomatik zurück, ist deshalb auch ein Rückgang der Fallzahlen in der Rehabilitation zu erwarten. Langfristig betrachtet verzeichnen die Zürcher Rehabilitationskliniken mit knapp 4400 Austritten im Jahr 2017 eine Zunahme von rund 60 Prozent gegenüber dem Jahr 2010.

Abbildung R2: Austritte der Zürcher Rehabilitationskliniken 2010 bis 2017



Mit den Eröffnungen der RehaClinic Kilchberg und Zollikerberg sowie der Klinik Lengg zwischen 2011 und 2014 wurde das knappe Rehabilitationsangebot im Kanton Zürich im Vergleich zu 2011 um rund die Hälfte erweitert. Allerdings werden immer noch zwei von drei Zürcher Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt (vgl. dazu auch Kapitel 3.5).

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Bis 2011 waren nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die Pflage tage in den Zürcher Rehabilitationskliniken mit rund 75 000 Tagen beinahe konstant. Auf das Jahr 2012 hin sind aufgrund der neuen Kliniken auch die Pflage tage sprunghaft angestiegen, und zwar um über 23 Prozent auf insgesamt 93 700 Pflage tage. Bis ins Jahr 2016 stiegen die Pflage tage weiter bis auf rund

120000 Pflergetage. Dieser Anstieg ist teilweise bedingt durch das neue Rehabilitationsangebot an der Klinik Lengg ab 2014. 2017 verzeichnen die Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich rund 116000 Pflergetage und damit rund drei Prozent weniger als im Vorjahr. Dieser Rückgang wird hauptsächlich durch die Abnahme der Fallzahlen 2017 erklärt. Ein weiterer Grund ist die Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer in den Zürcher Rehabilitationskliniken von 26,7 auf 26,3 Tage. Weitere Daten können unterteilt nach einzelnen Kliniken unter www.gd.zh.ch/kenndaten eingesehen werden.

Austritte pro Rehabilitationsklinik 2017

Im Jahr 2017 verzeichnen die Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich 4386 Austritte. Abbildung R3 zeigt, wie viele Austritte die einzelnen Rehabilitationskliniken im Jahr 2017 verzeichnen sowie einige Merkmale der behandelten Personen, die in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden.

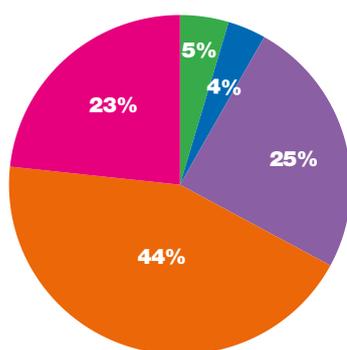
Abbildung R3: Patientenaustritte nach diversen Merkmalen 2017

	Anzahl	Ø-Alter [Jahre]	Anteil HPP [in %]	Anteil a.k. [in %]	Pflergetage
Zürcher RehaZentrum Wald	2 168	69	26	21	47 445
RehaClinic Zollikerberg	520	75	46	5	11 474
RehaClinic Kilchberg	294	72	29	15	11 631
Universitätsklinik Balgrist	383	61	33	22	13 403
Klinik Susenberg	330	72	53	6	6 231
Kinderspital Zürich	192	10	11	65	10 809
Klinik Lengg	499	69	35	4	14 916
Total Kanton Zürich	4 386	67	31	18	115 909

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Das Zürcher RehaZentrum Wald ist mit mehr als 2100 Austritten im Jahr 2017 die grösste Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich. Es behandelt fast die Hälfte aller in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Personen. Diese werden hauptsächlich in den vier Bereichen kardiovaskuläre, neurologische, pulmonale und muskuloskeletale Rehabilitation behandelt. Mit 520 Austritten im Jahr 2017 ist die RehaClinic Zollikerberg die zweitgrösste innerkantonale Rehabilitationsklinik; sie bietet ausschliesslich Behandlungen im Bereich der muskuloskeletalen Rehabilitation an.

Abbildung R4: Austritte nach Altersgruppen 2017



- 0-19
- 20-39
- 40-64
- 65-79
- 80+

Quelle: Medizinische Statistik PRISMA

Alter der Patientinnen und Patienten

Das Durchschnittsalter aller in Zürcher Rehabilitationskliniken behandelten Personen beträgt 67 Jahre. Wird die Rehabilitationsklinik des Kinderspitals nicht mitberücksichtigt, liegt dieser Wert bei 69 Jahren. Damit ist das Durchschnittsalter in der Rehabilitation wesentlich höher als in der Akutsomatik (51 Jahre) und in der Psychiatrie (44 Jahre). Etwas mehr als zwei Drittel der behandelten Personen sind über 65 Jahre alt. Diese Altersgruppe ist in der Rehabilitation somit klar überproportional zur Bevölkerung vertreten: Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Zürcher Wohnbevölkerung betrug Ende 2017 rund 17 Prozent.

Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung

Die Spalte «Anteil HPP» in der Abbildung R3 zeigt, wie hoch der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung (halbprivat oder privat) ist. 2017 beträgt dieser Anteil 31 Prozent und ist damit um einen Prozentpunkt niedriger als im Vorjahr. Der Anteil variiert jedoch sehr stark zwischen den Kliniken. Am meisten Zusatzversicherte behandelt die Klinik Susenberg (53 Prozent), am wenigsten das Kinderspital (11 Prozent).

Herkunft der Patientinnen und Patienten

Die Spalte «Anteil a. k.» in Abbildung R3 enthält den Anteil der Patientinnen und Patienten in den Zürcher Rehabilitationskliniken mit Wohnsitz in einem anderen Kanton. 18 Prozent der in einer Rehabilitationsklinik im Kanton Zürich behandelten Personen haben den Wohnsitz in einem anderen Kanton. Knapp ein Prozent hat keinen Wohnsitz in der Schweiz. Bei den restlichen 81 Prozent handelt es sich um Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich. Etwa vier von fünf in einer Zürcher Rehabilitationsklinik betreuten Personen haben folglich ihren Wohnsitz im Kanton Zürich. Das Kinderspital behandelt mit 65 Prozent mit Abstand den grössten Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Das Angebot des Kinderspitals ist in der Kinderrehabilitation überregional einzigartig und deshalb auch für Personen aus anderen Kantonen von grosser Bedeutung.

Bettenbestand und Auslastung

Die Abbildung R5 zeigt, dass im Jahr 2017 350 Betten in den Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich betrieben werden. Damit ist die Zahl der betriebenen Betten im Vergleich zum Vorjahr fast unverändert (2016: 354 Betten).

Abbildung R5: Bettenbestand und Auslastung 2017

	Betten	Auslastung [in %]
Zürcher RehaZentrum Wald	144	90
RehaClinic Zollikerberg	34	92
RehaClinic Kilchberg	34	94
Universitätsklinik Balgrist	39	94
Klinik Susenberg	20	85
Kinderspital Zürich	35	84
Klinik Lengg	44	93
Total Kanton Zürich	350	91

Quelle: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

Die Bettenauslastung in den Zürcher Rehabilitationskliniken ist seit vielen Jahren hoch: Im Jahr 2010 betrug sie 93 Prozent (s. Abbildung R6). Durch die Eröffnung der neuen Kliniken in Kilchberg und in Zollikerberg sank die Auslastung kurzfristig unter 90 Prozent. Im Jahr 2013, dem ersten vollen Betriebsjahr der beiden Kliniken in Kilchberg und in Zollikerberg, waren diese bereits sehr gut ausgelastet. Nachdem in 2016 die Auslastung nochmals 93 Prozent erreichte, ist im Jahr 2017 aufgrund des Rückgangs der Pfl egetage eine leichte Abfl achung bei 91 Prozent zu verzeichnen.

3.3 Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken

Ende 2017 sind 547 Personen in den Zürcher Rehabilitationskliniken beschäftigt. Über das ganze Jahr 2017 entspricht die Zahl der Angestellten 412 Vollzeitäquivalenten und ist damit auf dem Vorjahresniveau (s. Abbildung R7). Die Angestellten der Rehabilitationskliniken Lengg, Balgrist, Susenberg und des Kinderspitals sind in Abbildung R7 nicht aufgeführt. Diese Spitäler führen eine integrale Statistik für den ganzen Betrieb und unterscheiden nicht zwischen Personal im Bereich der Akutsomatik und der Rehabilitation.

Abbildung R7: Personal in Zürcher Rehabilitationskliniken 2015 bis 2017 (Vollzeitäquivalente)

	2015	2016	2017	Veränderung zum Vorjahr [in %]
Zürcher RehaZentrum Wald	315	327	317	-3
RehaClinic Zollikerberg	40	42	46	10
RehaClinic Kilchberg	44	45	49	9
Total Kanton Zürich	399	414	412	0

Quelle: Krankenhausstatistik

Das Personal in den Rehabilitationskliniken (in Vollzeitäquivalenten) setzt sich 2017 aus den folgenden Gruppen zusammen: 8 Prozent Ärztinnen und Ärzte, 39 Prozent Pflegepersonal, 23 Prozent andere medizinische Fachpersonen und 30 Prozent Personen in zentralen Diensten wie Administration, Hauswardienste und Technische Dienste. 80 Prozent der Beschäftigten sind Frauen. Der Anteil an ausländischen Beschäftigten in Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich liegt bei 35 Prozent. Im Schnitt befinden sich rund 14 Prozent der Angestellten in den Rehabilitationskliniken in Ausbildung. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer leichten Abnahme von 0,7 Prozentpunkten.

Aus- und Weiterbildungsverpflichtung der Listenspitäler¹

Seit dem 1. Januar 2013 sind alle Zürcher Listenspitäler verpflichtet, Aus- und Weiterbildung in einem angemessenen Verhältnis zum gesamt kantonalen Bedarf zu leisten. Mit der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird erreicht, dass die Ausbildungsleistungen in den Spitälern intensiviert werden und die Differenz zwischen den langfristig benötigten Ausbildungsleistungen und den heute effektiv erbrachten Ausbildungsleistungen reduziert wird.

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

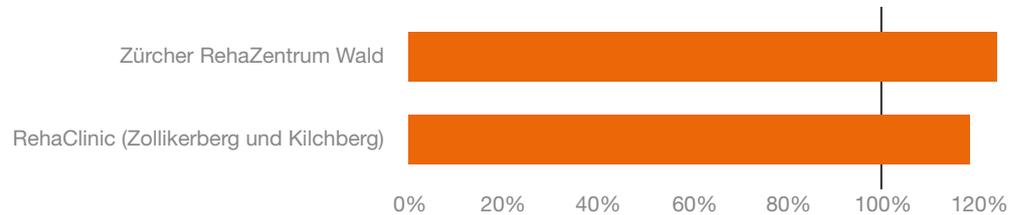
Abbildung R6: Gesamtauslastung der Zürcher Rehabilitationskliniken 2010 bis 2017

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

Quelle: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik PRISMA

Die Gesundheitsdirektion berechnet jährlich für jedes Listenspital einen Soll-Bedarf an Ausbildungsleistungen und vergleicht diesen mit den effektiven Ausbildungsleistungen des Spitals. Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Leistet ein Spital jedoch zu wenig Ausbildung, so kann es die fehlenden Aus- und Weiterbildungsleistungen von einem anderen Spital erbringen lassen (sogenannter Einkauf von Aus- und Weiterbildungsleistungen). Ansonsten hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten.

Abbildung R8: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2017



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Zürcher Rehabilitationskliniken erfüllen die Vorgaben der Gesundheitsdirektion in Bezug auf die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen. Das Zürcher RehaZentrum Wald hat seine Aus- und Weiterbildungstätigkeiten in den vergangenen Jahren kontinuierlich intensiviert und liegt nunmehr fast 25 Prozent über dem geforderten Soll. Die RehaClinic Zollikerberg und Kilchberg liegen im Jahr 2017 etwas unter dem Vorjahreswert, aber immer noch annähernd 20 Prozent über dem Soll. Die übrigen Zürcher Rehabilitationskliniken sind in Abbildung R8 nicht aufgeführt. Da diese Kliniken neben der Rehabilitation auch Patientinnen und Patienten der Akutsomatik behandeln, werden deren Aus- und Weiterbildungsleistungen in Kapitel A2.3 für das ganze Spital ausgewiesen.

3.4 Tarife der Zürcher Rehabilitationskliniken

Seit dem 1. Januar 2012 gilt die leistungsbezogene Spitalfinanzierung². Die Tarifpartner – Leistungserbringer und Krankenversicherer – vereinbaren für die Vergütung stationärer Behandlungen Pauschalen einschliesslich eines Investitionsanteils. Während in der Akutsomatik ein schweizweit einheitliches Tarifsystem zur Verfügung steht (SwissDRG) und in der Psychiatrie ein solches gerade eingeführt wird (TARPSY), ist die Entwicklung eines neuen Tarifsystems in der Rehabilitation noch weniger weit fortgeschritten. Ein schweizweit einheitliches Tarifsystem (ST Reha) wird zurzeit ausgearbeitet. Deshalb kommen in der Rehabilitation wie bisher Tagespauschalen zur Anwendung. Für den Fall, dass sich die Tarifpartner nicht einigen können, setzt der Regierungsrat die Tarife fest.

Abbildung R9 (S. 75) stellt die Tarife für stationäre Behandlungen in den Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich gemäss der Zürcher Spitalliste Rehabilitation für das Jahr 2018 dar. Mit Stand 11. Oktober 2018 sind alle Tarife durch den Regierungsrat genehmigt oder rechtskräftig festgesetzt. Bei den ausserkantonalen Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag werden für Zürcher Patientinnen und Patienten die in den jeweiligen Kliniken geltenden Tarife übernommen. Die Versicherer haben sich in drei Verhandlungsgruppen aufgeteilt, die unabhängig mit den Spitälern die Tarife verhandeln.

Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist mit zusätzlichen Informationen versehen unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

² Weitere Informationen zur Spitalfinanzierung und der Vergütung finden Sie im Anhang A2 des Gesundheitsversorgungsberichtes 2016 unter www.gd.zh.ch/gesundheitsversorgungsbericht

Abbildung R9: Tagesstarife der Zürcher Rehabilitationskliniken 2018

		tarifsuisse	HSK	CSS
Zürcher RehaZentrum Wald	Neurologie	846	815	870
	kardiale Rehabilitation	570	580	570
	pulmonale Rehabilitation	580	600	580
	Muskuloskelettal	585	580	590
	Internistisch-onkologisch	580	610	580
Universitätsklinik Balgrist	Muskuloskelettal	525	525	525
	Querschnittslähmung	1462	1495	1462
Klinik Susenberg	Internistisch-onkologisch	715	750	740
RehaClinic Kilchberg	Neurologie einfach	614	640	655
	Neurologie mittel	733	745	735
	Neurologie schwer	837	845	845
	Frührehabilitation	910	920	920
RehaClinic Zollikerberg	Muskuloskelettal	553	558	558
Kinderspital Zürich	Kinder und Jugendliche	970	970	970
Klinik Lengg	Neurologie	790	807	807

Die Einkaufsgemeinschaft HSK vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT, die CSS Versicherung verhandelt die Tarife eigenständig und die übrigen Krankenversicherer sind tarifsuisse angeschlossen.

Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife

Stand: 11. Oktober 2018

Quelle: Übersicht stationäre Tarife, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

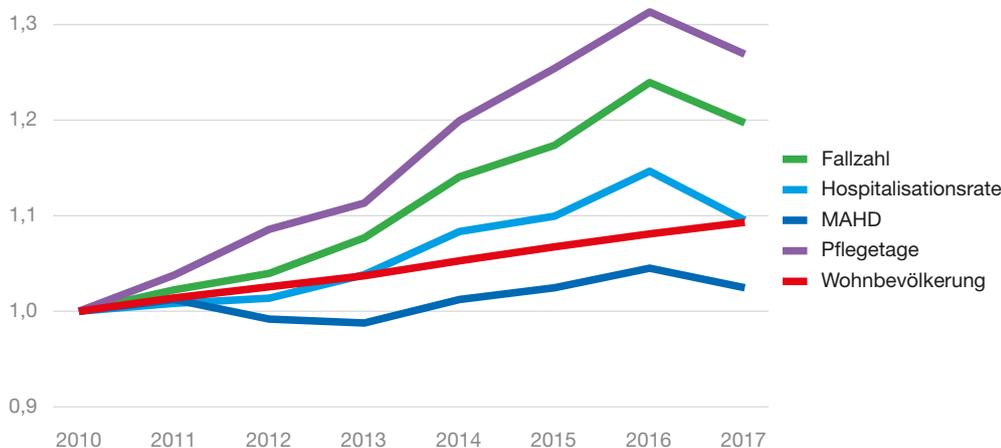
3.5 Stationäre rehabilitative Versorgung der Zürcher Bevölkerung

Bisherige Entwicklung 2010 bis 2017

Die Zahl der Zürcher Patientinnen und Patienten mit einer stationären rehabilitativen Behandlung ist seit 2010 insgesamt um 20 Prozent angestiegen, wobei im Jahr 2017 erstmals seit 2010 ein Rückgang zu verzeichnen ist (s. Abbildung R10). Die Zunahme liegt damit deutlich über dem Bevölkerungswachstum von neun Prozent in derselben Zeitspanne. Im Jahr 2010 wurden 9875 Zürcherinnen und Zürcher rehabilitativ behandelt, 2016 waren es 12239 und im Jahr 2017 sind es 11822. Der aktuelle Rückgang um 3,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr stimmt überein mit den oben beschriebenen rückläufigen Fallzahlen sowohl bei Akutspitälern als auch bei Rehabilitationskliniken innerhalb des Kantons Zürich. Die Pflegetage zeigen ein ähnliches Bild. Bis 2016 stiegen sie kontinuierlich an, 2017 ist erstmals ein Rückgang zu beobachten, bedingt durch die abnehmenden Fallzahlen sowie die sinkende mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD). Die Pflegetage sinken von rund 303 000 auf 293 000. Die Hospitalisationsrate liegt 2017 bei knapp acht Hospitalisationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und ist im schweizweiten Vergleich leicht unter dem Durchschnitt (vgl. Box S. 76). Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) der Zürcherinnen und Zürcher in Rehabilitationskliniken beträgt 2017 25 Tage.

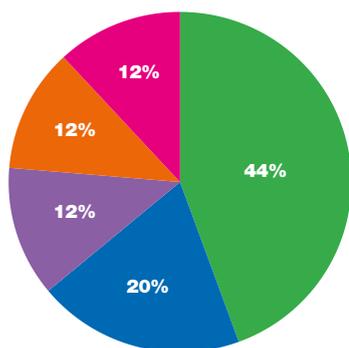
In diesem Kapitel stehen nicht mehr die Zürcher Rehabilitationskliniken im Zentrum der Betrachtung, sondern die Zürcher Wohnbevölkerung. Diese ergänzende Perspektive soll insbesondere zeigen, wo sich die Zürcher Bevölkerung rehabilitativ behandeln lässt. Somit werden in den folgenden Betrachtungen auch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

Abbildung R10: Entwicklung der Patientenzahl und Pflegetage 2010 bis 2017 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung R11: Austritte nach Leistungsgruppen 2017



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

Quelle: Medizinische Statistik BFS

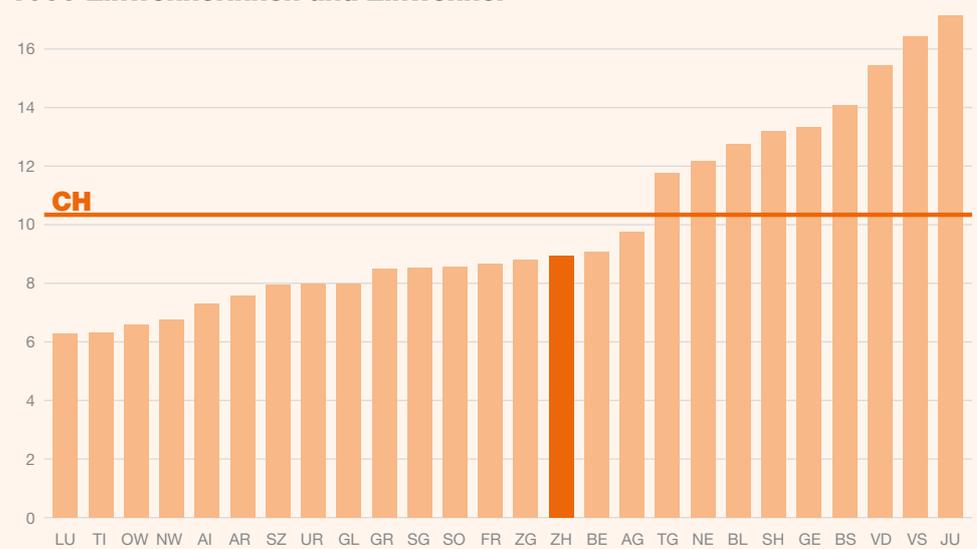
Austritte nach Leistungsgruppen 2017

Von den 11 822 Rehabilitationsaufenthalten der Zürcher Bevölkerung im Jahr 2017 betreffen fast die Hälfte (44 Prozent) die muskuloskelettale Rehabilitation. In der neurologischen Rehabilitation werden 20 Prozent, in der internistisch-onkologischen Rehabilitation und in der kardiovaskulären Rehabilitation je rund 12 Prozent der Zürcher Patientinnen und Patienten behandelt (s. Abbildung R11).

Kantonale Hospitalisationsraten 2016 im Vergleich

Gemäss Obsan sind im Jahr 2016 rund 9 von 1000 Zürcherinnen und Zürchern stationär in einer Rehabilitationsklinik behandelt worden. Schweizweite Zahlen für das Jahr 2017 liegen noch keine vor. Im Vergleich mit anderen Kantonen befindet sich die Hospitalisationsrate der Zürcher Bevölkerung unter dem Schweizer Durchschnitt von 10,3 Hospitalisationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Seit 2010 hat die Hospitalisationsrate der Zürcherinnen und Zürcher in der stationären Rehabilitation um 12 Prozent zugenommen. Die gesamtschweizerische Hospitalisationsrate ist im selben Zeitraum um 20 Prozent gestiegen.

Abbildung R12: Hospitalisationsrate 2016: Anzahl Austritte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: Obsan (2018)

Patientenmigration 2017

Abbildung R13 (S. 77) zeigt, wo sich die Zürcherinnen und Zürcher behandeln lassen. Das Zürcher RehaZentrum Wald sowie die RehaClinic Zuzach behandeln 2017 als einzige Kliniken mehr als 1000 Zürcherinnen und Zürcher. Je rund 900 Zürcherinnen und Zürcher werden 2017 im kneipphof Dussnang und im Zürcher RehaZentrum Davos behandelt. Fast ein Viertel der in einer Rehabilitationsklinik behandelten Zürcherinnen und Zürcher wählt eine Rehabilitationsklinik, die über keinen Zürcher Leistungsauftrag verfügt.

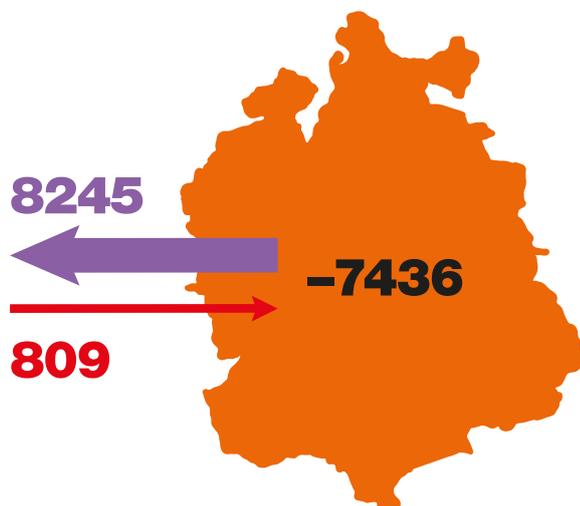
Abbildung R13: Behandlungsort der Zürcherinnen und Zürcher 2015 bis 2017

	2015	2016	2017	Veränderung zum Vorjahr [in %]
ZH Zürcher RehaZentrum Wald	1 760	1 722	1 712	-1
RehaClinic Zollikerberg	504	528	482	-9
RehaClinic Kilchberg	247	245	249	2
Universitätsklinik Balgrist	294	304	288	-5
Klinik Susenberg	355	402	308	-23
Kinderspital Zürich	81	75	63	-16
Klinik Lengg	365	431	475	10
Zürcher Patienten im Kanton	3 606	3 707	3 577	-3,5
Ausserkantonale Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag:				
AG RehaClinic Zurzach	1 232	1 319	1 299	-2
RehaClinic Baden ¹	432	441	451	2
Rehaklinik Bellikon	470	409	448	10
Reha Schinznach	220	241	234	-3
Reha Rheinfelden	48	57	35	-39
AR Klinik Gais	406	377	205	-46
Rheinburg-Klinik	53	47	35	-26
BS REHAB Basel	9	20	23	15
GR Zürcher RehaZentrum Davos	868	896	855	-5
Reha Seewis	304	304	309	2
SG Kliniken Valens, Rehabilitationszentrum Valens	316	326	330	1
TG Rehaklinik Dussnang	1 017	1 042	916	-12
Rehaklinik Zihlschlacht	307	302	312	3
Ausserkantonale Kliniken ohne Zürcher Leistungsauftrag				
	2 302	2 751	2 793	2
Total Zürcher Patienten	11 590	12 239	11 822	-3,4

¹ Die Angaben der RehaClinic ANNR werden unter RehaClinic Baden ausgewiesen.

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Nur 30 Prozent der Zürcher Bevölkerung lassen sich 2017 im eigenen Kanton behandeln. Der Grund ist das nach wie vor geringe Rehabilitationsangebot im Kanton Zürich. Dies schlägt sich auch in einem deutlich negativen Wanderungssaldo nieder (s. Abbildung R15). Während sich 8245 Zürcherinnen und Zürcher (mit rund 195 000 Pflergetagen) ausserkantonale behandeln lassen, kommen nur 809 Patientinnen und Patienten (mit rund 23 000 Pflergetagen) aus anderen Kantonen für eine stationäre Rehabilitation in den Kanton Zürich. Das hat auch volkswirtschaftliche Konsequenzen: Unter der Annahme eines Tagesstarifs von 600 Franken fliessen jährlich netto über 100 Mio. Franken durch die rehabilitative Behandlung von Zürcherinnen und Zürchern in ausserkantonale Rehabilitationskliniken.

Abbildung R15: Interkantonale Patientenmigration 2017

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung R14: Anteil innerkantonaler Rehabilitation 2017

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Nur 30 Prozent der Zürcher Bevölkerung lassen sich 2017 im eigenen Kanton behandeln. Grund dafür sind die weiterhin geringen innerkantonalen Kapazitäten in der Rehabilitation.

04

Psychiatrie

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

6

Kliniken der Allgemeinpsychiatrie

4

Kliniken mit spezialisiertem Angebot

1

Klinik für forensische Psychiatrie

7

Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

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

4.1 Zürcher Spitallandschaft Psychiatrie

Auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie werden fünf innerkantonale Kliniken der Allgemeinpsychiatrie mit insgesamt zehn Standorten im Kanton Zürich geführt. Diese stellen die stationäre psychiatrische Grundversorgung für erwachsene Patientinnen und Patienten sicher (s. Abbildung P1 S. 81): Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw), die Clenia Privatlinik Schlössli, das Sanatorium Kilchberg und der Psychiatriestützpunkt des Spitals Affoltern. Neben den innerkantonalen Kliniken hat das Psychiatriezentrum der Spitäler Schaffhausen einen Leistungsauftrag für Erwachsenenpsychiatrie. Mit der Aufnahme der Spitäler Schaffhausen auf die Zürcher Spitalliste Psychiatrie wird eine optimale Versorgung für die Bevölkerung der Gemeinden im grenznahen Norden des Kantons Zürich gewährleistet.

Vier weitere Kliniken bieten spezialisierte stationäre Angebote für psychisch erkrankte Menschen an: Die Forel Klinik ist auf die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit ausgerichtet, die Suchtbehandlung Frankental behandelt drogenabhängige Patientinnen und Patienten, das Zentrum für Essstörungen des Universitätsspitals Zürich (USZ) ist auf Störungsbilder des Essverhaltens wie Anorexie und Bulimie bei Erwachsenen spezialisiert, und das Angebot der Klinik Meissenberg mit Standort im Kanton Zug umfasst ein psychiatrisches und psychotherapeutisches Spezialangebot für Frauen.

Das Zentrum für Stationäre Forensische Therapie der PUK mit Standort in Rheinau hat als einzige Klinik einen Leistungsauftrag für forensische Psychiatrie für Jugendliche und Erwachsene.

Für die stationäre psychiatrische Versorgung von Kindern (bis 13 Jahre) und Jugendlichen (zwischen 14 und 17 Jahren) sind fünf innerkantonale und zwei ausserkantonale Kliniken zuständig. Die PUK bietet an den beiden Standorten Kinderstation Brüsshalde und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) an der Neumünsterallee eine breite kinder- bzw. jugendpsychiatrische Versorgung an. Ein weiteres jugendpsychiatrisches Grundversorgungsangebot bietet die Adoleszentenstation der ipw. Die Abteilung für Psychosomatik und Psychiatrie des Kinderspitals Zürich und das Sozialpädiatrische Zentrum des Kantonsspitals Winterthur sind spezialisierte Kliniken für Kinder und Jugendliche. Sie umfassen aufgrund ihrer Nähe zur Akutsomatik die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Störungsbildern, die besonders stark mit körperlichen Symptomen verbunden sind, insbesondere die Behandlung von Essstörungen und somatoformen Störungen.

Die Modellstation SOMOSA in Winterthur bietet ebenfalls eine spezialisierte jugendpsychiatrische Versorgung und hat ihren Schwerpunkt auf der Therapie von männlichen Jugendlichen mit schweren Adoleszentenstörungen.

Darüber hinaus figurieren die ausserkantonalen Kliniken Clenia Privatlinik Littenheid im Kanton Thurgau und die Klinik Sonnenhof im Kanton St. Gallen mit Leistungsaufträgen für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie.

Neben den Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag bietet die Privatlinik Hohenegg ebenfalls psychiatrische Leistungen im Kanton Zürich an. Die Privatlinik Hohenegg ist nicht auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie und erhält deshalb für allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten keinen Beitrag des Wohnkantons. Sie behandelt zusatzversicherte erwachsene Personen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Burn-out und Lebenskrisen.

Abbildung P1: Standorte Psychiatriekliniken 2018



Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Im Sommer 2016 haben die ipw und die PUK die Kapazitäten, die vormalig von Jugendlichen auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie belegt wurden, in jugendpsychiatrische Stationen «umgewandelt». Diese werden nun jugendpsychiatrisch geführt und berücksichtigen in ihren Behandlungsangeboten die spezifischen Bedürfnisse von psychisch erkrankten Jugendlichen. Mit diesen Angeboten konnten Hospitalisierungen von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie reduziert werden. Eine Analyse der Entwicklung dieser Hospitalisierungen zeigt, dass 2015 noch knapp 40 Prozent der jugendlichen Patientinnen und Patienten auf Stationen der

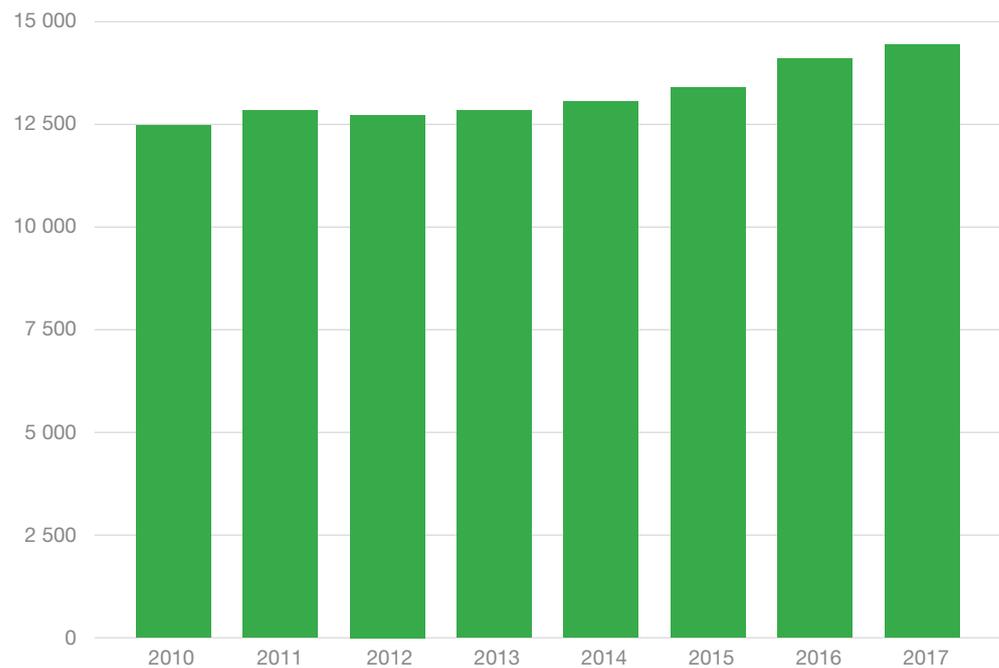
Erwachsenenpsychiatrie behandelt worden sind. 2017 ist dieser Anteil auf elf Prozent gesunken. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung ist das stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Angebot im Kanton Zürich weiterhin eher knapp bemessen.

4.2 Stationäre Leistungen der Zürcher Psychiatriekliniken

Entwicklung der stationären Leistungen 2010 bis 2017

Wie Abbildung P2 zeigt, ist die Anzahl stationär behandelter Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich seit 2010 stetig gestiegen. Während im Jahr 2010 12 470 Patientinnen und Patienten psychiatrisch behandelt wurden, liegt diese Zahl 2017 bei 14 434 (+16 Prozent). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Patientenzahl um zwei Prozent gestiegen.

Abbildung P2: Austritte der Zürcher Psychiatriekliniken 2010 bis 2017



Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

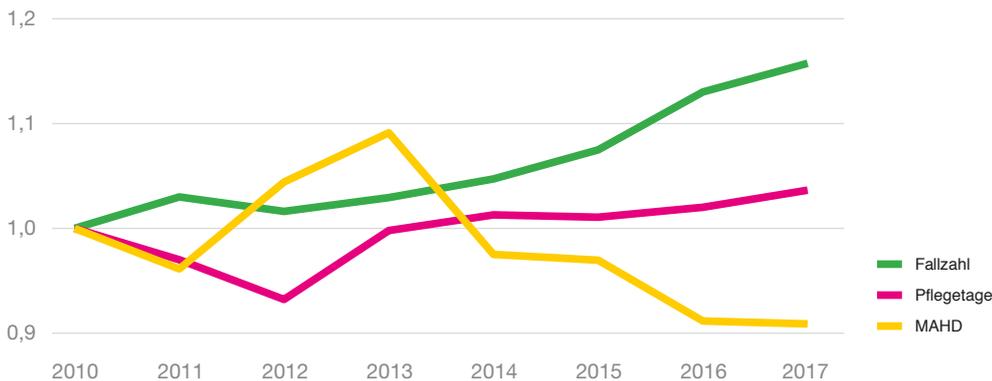
Die Entwicklung der Fallzahlen variiert zwischen den einzelnen Kliniken. Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet die PUK 2017 eine Patientenzunahme von knapp drei Prozent (2016: 4685 Fälle, 2017: 4818 Fälle). Im Sozialpädiatrischen Zentrum am Kantonsspital Winterthur ist die absolute Fallzahl von 23 auf 20 leicht gesunken. Detailliertere Angaben zu jeder Zürcher Psychiatrieklinik sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten zu finden.

Die Patientenzahl in den Zürcher Psychiatriekliniken hat seit 2012 stetig zugenommen. Gleichzeitig ist die Aufenthaltsdauer kürzer geworden. Dementsprechend ist die Anzahl der verrechneten Pflgetage weniger stark anstiegen als die Patientenzahl in diesem Zeitraum.

Pflgetage und mittlere Aufenthaltsdauer

In den psychiatrischen Kliniken ist neben der Entwicklung der Fallzahl auch diejenige der verrechneten Pflgetage von besonderer Bedeutung. 2017 wurden die stationären Leistungen in der Regel durch Tagespauschalen vergütet. Die Fallzahl in den Zürcher Psychiatriekliniken nimmt seit 2012 stetig zu. Dementsprechend ist auch die Anzahl Pflgetage leicht gestiegen (s. Abbildung P3 S. 83). Aufgrund der Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) in diesem Zeitraum sind die verrechneten Pflgetage jedoch weniger stark gestiegen als die Patientenzahl. In Abbildung P5 sind die Pflgetage jeweils pro Klinik ausgewiesen. Gesamthaft ist die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2010 und 2017 um rund neun Prozent gesunken, wobei mit Ausnahme der Jahre 2012 und 2013 eine kontinuierliche Abnahme zu beobachten ist. Im Jahr 2017 beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer knapp 33 Tage.

Abbildung P3: Entwicklung Fallzahl, Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich 2010 bis 2017 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Die mittlere Aufenthaltsdauer der Allgemeinpsychiatrien ist seit 2010 leicht gesunken und befindet sich seither zwischen knapp 33 und 35 Tagen. In den Kinder- und Jugendpsychiatrien gibt es aufgrund der unterschiedlichen Störungsbilder und Behandlungsangebote mehr Schwankungen in der Aufenthaltsdauer. Während die mittlere Aufenthaltsdauer in den Kinder- und Jugendpsychiatrien 2016 bei 112 Tagen lag, sank diese 2017 auf 108 Tage. 2015 lag der entsprechende Wert bei 87 Tagen.

Bei den Spezialkliniken ist die mittlere Aufenthaltsdauer über die Zeit relativ konstant und liegt 2017 bei 58 Tagen. Bei diesen Kliniken unterscheidet sich die Dauer des stationären Aufenthalts wegen der unterschiedlichen Störungsbilder und Behandlungskonzepte zwischen den einzelnen Kliniken ebenfalls relativ stark. Die mittlere Aufenthaltsdauer im Zentrum für Essstörungen des USZ liegt bei 74 Tagen. In der Suchtbehandlung Frankental beträgt der entsprechende Wert lediglich 23 Tage (vgl. www.gd.zh.ch/kenndaten).

Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist ein bekanntes Phänomen, das auch in der Akutsomatik beobachtet werden kann. Grundsätzlich sollen stationäre psychiatrische Aufenthalte so lang wie notwendig, aber so kurz wie möglich gehalten sein. Die vom Kanton Zürich unterstützten ausserstationären Angebote (institutionelle Ambulatorien, Tages- und Nachtkliniken) haben dabei für eine optimale psychiatrische Versorgung eine hohe Bedeutung. Sie tragen wesentlich dazu bei, die Dauer von psychiatrischen Hospitalisierungen kurz zu halten. Zusätzlich ermöglichen sie eine wohnortsnahe Betreuung von psychisch erkrankten Menschen. So verkürzen oder vermeiden sie gar einen stationären Aufenthalt und erlauben den Patientinnen und Patienten, in ihrem bestehenden familiären und beruflichen Umfeld zu bleiben.

Bettenbestand und Auslastung

Wie im revidierten KVG mit Wirkung ab 2012 vorgesehen, wurde die leistungsorientierte Planung auch im Versorgungsbereich Psychiatrie umgesetzt. Im Vergleich zu den Bereichen Akutsomatik oder Rehabilitation spielen die Bettenkapazitäten in der psychiatrischen Versorgung jedoch weiterhin eine bedeutende Rolle.

Im Kanton Zürich stehen für die psychiatrische Versorgung einschliesslich der forensischen Psychiatrie in Rheinau 1465 Betten zur Verfügung. Abbildung P4 (S. 84) zeigt, wie sich die Bettenzahl auf die verschiedenen Kliniken verteilt und wie die Betten pro Klinik im Jahr 2017 ausgelastet waren. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Bettenzahl insgesamt um knapp vier Prozent zugenommen.

Abbildung P4: Betten und Auslastung 2017

	Betten	Auslastung [in %]
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	582	87
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	226	102
Clienia Privatklinik Schlössli	219	100
Sanatorium Kilchberg	184	92
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	23	98
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	1 234	93
Modellstation SOMOSA	17	99
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	13	99
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	6	89
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	36	97
Forel Klinik	101	98
Suchtbehandlung Frankental	12	88
USZ – Zentrum für Essstörungen	12	80
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	125	95
Privatklinik Hohenegg	70	94
Total Kanton Zürich	1 465	93

Quelle: Krankenhausstatistik, Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Die hohe Bettenbelegung der psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich von 93 Prozent weist darauf hin, dass der Kanton Zürich grundsätzlich über keine überzähligen Betten in der psychiatrischen Versorgung verfügt.

Die Auslastung in den Zürcher Psychiatrien ist im Vergleich zum Vorjahr zwar um zwei Prozentpunkte gesunken, befindet sich aber dennoch weiterhin auf einem sehr hohen Niveau von 93 Prozent. Die Auslastung hat sich unter anderem in der PUK um 6,4 Prozent nach unten korrigiert. Gleichzeitig verzeichnet das Sozialpädiatrische Zentrum des Kantonsspitals Winterthur 2017 eine relativ höhere Auslastung im Vergleich zu 2016. Während 2016 die Betten zu 71 Prozent belegt waren, liegt die Auslastung 2017 bei 89 Prozent.

Patientinnen und Patienten pro Spital 2017

Abbildung P5 (S. 85) zeigt die Patientenaustritte der Zürcher Psychiatriekliniken und deren Merkmale im Jahr 2017. Die Merkmale werden nachfolgend genauer beschrieben. Weitere Daten zu den einzelnen Zürcher Kliniken sind unter www.gd.zh.ch/kenndaten verfügbar.

Abbildung P5: Patientenaustritte nach diversen Merkmalen 2017

	Austritte	Ø-Alter [Jahre]	Anteil HPP [in %]	Anteil Notfall [in %]	Anteil a.k. [in %]	Pflege- tage
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4 818	43	4	41	4	184 641
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	3 181	43	4	68	3	83 939
Clienia Privatklinik Schlössli	2 598	46	13	29	5	79 851
Sanatorium Kilchberg	2 255	48	15	55	8	61 854
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	202	41	4	25	16	8 207
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	13 054	44	8	47	5	418 492
Modellstation SOMOSA	36	17	0	0	36	6 156
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	56	15	9	0	20	4 697
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	20	13	15	0	30	1 956
Kinder- und Jugend- psychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	112	15	7	0	27	12 809
Forel Klinik	549	46	0	0	34	35 992
Suchtbehandlung Frankental	167	37	0	1	4	3 862
USZ – Zentrum für Essstörungen	52	25	6	0	50	3 491
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	768	43	1	0	28	43 345
Privatklinik Hohenegg	500	54	99	0	43	23 958
Total Kanton Zürich	14 434	44	11	43	7	498 604

HPP: Abteilung Halbprivat oder Privat

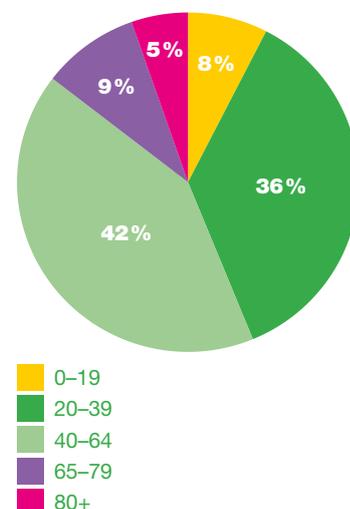
a. k.: ausserkantonale Patientinnen und Patienten

Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Im Jahr 2017 behandeln die zwölf kantonalen Psychiatriekliniken insgesamt 14 434 Personen. Die PUK, die ipw, die Clienia Privatklinik Schlössli und das Sanatorium Kilchberg decken den grössten Teil des Bedarfs der stationären psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich ab. Diese Kliniken versorgen 91 Prozent der Fälle und bieten ein sehr breites Spektrum an Behandlungen an. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades der Spezialkliniken sind deren Fallzahlen relativ klein. Sie behandeln rund fünf Prozent der Patientinnen und Patienten 2017.

Alter der Patientinnen und Patienten

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in den Zürcher Psychiatriekliniken beträgt rund 44 Jahre. Abbildung P6 zeigt die Aufteilung der Fallzahl nach Altersgruppen für das Jahr 2017. Die meisten Patientinnen und Patienten in Psychiatriekliniken sind im erwerbsfähigen Alter: Die Altersgruppen der 20- bis 39-Jährigen und der 40- bis 64-Jährigen nehmen mit zusammen 78 Prozent am häufigsten stationäre psychiatrische Angebote in Anspruch. Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) macht lediglich acht Prozent aus. Die Anzahl Patientinnen und Patienten im Rentenalter umfasst insgesamt 14 Prozent.

Abbildung P6: Altersgruppen im Jahr 2017

Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung

In den psychiatrischen Kliniken liegt der Anteil an zusatzversicherten Personen im Vergleich zur Akutsomatik tiefer (11 Prozent relativ zu 30 Prozent). In der Allgemeinpsychiatrie werden acht Prozent der Fälle auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung behandelt, wobei insbesondere die Kliniken mit privater Trägerschaft, also die Clenia Privatklinik Schlössli und das Sanatorium Kilchberg, mit 13 bzw. 15 Prozent einen höheren Zusatzversichertenanteil ausweisen (s. Spalte «Anteil HPP» in Abbildung P5 S. 85). In den Kinder- und Jugendpsychiatrien liegt der Anteil Zusatzversicherter bei sieben Prozent, wobei das KSW mit 15 Prozent den höchsten Anteil halbprivater und privater Patientinnen und Patienten ausweist. Da die Privatklinik Hohenegg seit 2004 nicht mehr auf der Zürcher Spitalliste ist, behandelt sie ausschliesslich zusatzversicherte Personen oder Selbstzahler.

Notfälle

Alle Personen, die unangemeldet und ungeplant in ein Spital eintreten und sofort Hilfe, d.h. zwingend innerhalb von 12 Stunden, benötigen, sind als Notfalleintritte definiert. Wie die Spalte «Anteil Notfall» in der Abbildung P5 zeigt, werden in der Allgemeinpsychiatrie 47 Prozent aller Patientinnen und Patienten als Notfall behandelt. In den Spezialkliniken treten die Patientinnen und Patienten angemeldet bzw. geplant in die Klinik ein. Der Anteil an Notfällen in diesen Kliniken ist deshalb verschwindend klein und liegt gesamthaft abgerundet bei null Prozent. Jugendliche werden bei akuten psychischen Krisen aufgrund der verbesserten jugendpsychiatrischen Versorgung nur noch relativ selten als Notfall in Kliniken oder Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen. Aus der Analyse solcher Einweisungen geht hervor, dass 2015 zwei Drittel aller Jugendlichen bei Notfällen in eine Klinik oder Abteilung der Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen wurden. 2017 liegt der entsprechende Anteil noch bei einem Fünftel.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten stammen aus:



Kanton Aargau: 237



Kanton St. Gallen: 133



Kanton Schwyz: 115

Übrige Kantone: 1074

Ausland: 134

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

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich

Der Anteil ausserkantonaler Personen, die in Zürcher Psychiatriekliniken behandelt worden sind, liegt bei rund sieben Prozent (s. Spalte «Anteil a. k.» in Abbildung P5). Dieser Anteil variiert stark zwischen den einzelnen Kliniken: Je spezifischer das Angebot, desto höher ist der Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. So hat die Forel Klinik, die auf die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol spezialisiert ist, einen ausserkantonalen Anteil von 34 Prozent. Beim Zentrum für Essstörungen am Universitätsspital Zürich beläuft sich der Anteil an Ausserkantonalen sogar auf 50 Prozent.

Die Patientinnen und Patienten stammen hauptsächlich aus angrenzenden Kantonen, insbesondere aus dem Aargau, aus St. Gallen und Thurgau.

Medizinische Leistungen nach Fachbereichen

Auf der Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie sind die Leistungsgruppen anhand von Hauptdiagnosegruppen des Diagnoseklassifikationssystems ICD-10 eingeteilt. Abbildung P7 (S. 87) veranschaulicht die Fälle aufgeteilt nach Leistungsgruppe. Der grösste Anteil an Klinikaufenthalten im Kanton Zürich ist der Leistungsgruppe «affektive Störungen» zuzuordnen; hierzu gehören vor allem Depressionen und manische Episoden. 4671 Patientinnen und Patienten werden 2017 aufgrund dieses Befundes behandelt. 2404 Personen werden aufgrund Erkrankungen wie Schizophrenie und Wahnstörungen hospitalisiert. Während der Leistungsgruppe «Alkohol» im Jahr 2017 2041 Aufenthalte zugeordnet werden, werden 2033 Fälle aufgrund einer neurotischen Störung wie zum Beispiel einer Angst- oder Zwangserkrankung behandelt. 90 Prozent der Fälle, die in diese vier Hauptdiagnosegruppen fallen, werden 2017 in den Kliniken der Allgemeinpsychiatrie behandelt. In den Spezialkliniken werden hauptsächlich Personen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen behandelt, die neben den Problematiken in Zusammenhang mit Alkohol (F10) auf andere psychotrope Substanzen (F11–F19) zurückzuführen sind.

Diagnoseklassifikationssystem ICD

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

Abbildung P7: Fallzahlen nach Leistungsgruppen 2017

	F0 organische Störungen	F10 Alkohol	F11-19 Drogen	F2 Schizophrenie	F3 affektive Störungen	F4 neurotische Störungen	F5 Verhaltens- auffälligkeiten	F6 Persönlichkeits- störungen	F7 Intelligenzstörungen	F8 Entwicklungsstörungen	F9 Störungen mit Beginn in Kindheit	Forensik	Total
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	295	837	307	969	1 174	697	27	325	16	23	97	51	4 818
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	266	265	125	595	950	650	14	228	23	10	55	0	3 181
Cilenia Privatlinik Schlössli	169	201	187	392	1 162	205	4	213	13	16	36	0	2 598
Sanatorium Kilchberg	152	188	120	398	900	337	5	135	4	2	14	0	2 255
Psychiatriestützpunkt Spital Affoltern	1	25	10	34	75	29	3	24	0	1	0	0	202
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	883	1 516	749	2 388	4 261	1 918	53	925	56	52	202	51	13 054
Modellstation SOMOSA	0	0	1	1	4	4	0	2	0	2	22	0	36
Kispi Zürich – Psychosomatik und Psychiatrie	0	0	0	0	11	19	22	0	0	2	2	0	56
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum	0	0	0	0	2	9	5	0	0	0	4	0	20
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	0	0	1	1	17	32	27	2	0	4	28	0	112
Forel Klinik	0	525	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	549
Suchtbehandlung Frankental	0	0	167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	167
USZ – Zentrum für Essstörungen	0	0	0	0	0	0	52	0	0	0	0	0	52
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	0	525	191	0	0	0	52	0	0	0	0	0	768
Privatlinik Hohenegg	4	0	0	15	393	83	0	3	0	1	1	0	500
Total Kanton Zürich	887	2 041	941	2 404	4 671	2 033	132	930	56	57	231	51	14 434

Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

4.3 Personal in Zürcher Psychiatriekliniken

Ende 2017 sind 4466 Personen in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich beschäftigt. Dies entspricht 3225 Vollzeitäquivalenten (s. Abbildung P8). Verglichen mit dem Vorjahr sind dies 81 Vollzeitäquivalente mehr (plus drei Prozent). Zum Beispiel in der PUK ist der Personalbestand im Vergleich zum Vorjahr um fünf Prozent bzw. 76 Vollzeitäquivalente gestiegen.

Abbildung P8: Personal in Zürcher Psychiatriekliniken 2015 bis 2017 (Vollzeitäquivalente)¹

	2015	2016	2017	Veränderung zum Vorjahr [in %]	Angestellte in Ausbil- dung [in %]
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	1 249	1 462	1 539	5	15
Integrierte Psychiatrie Winterthur – ZU	571	571	587	3	23
Clenia Privatklinik Schlössli	505	501	493	-1	19
Sanatorium Kilchberg	318	331	317	-4	11
Allgemeinpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	2 643	2 865	2 935	2	17
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst ²	258				
Modellstation SOMOSA	33	33	35	5	4
Kinder- und Jugendpsychiatrien mit Zürcher Leistungsauftrag	291	33	35	5	4
Forel Klinik	100	103	108	5	8
Suchtbehandlung Frankental	16	18	17	-5	5
Spezialisierte Angebote mit Zürcher Leistungsauftrag	116	121	125	3	8
Privatklinik Hohenegg	124	125	131	4	0
Total Kanton Zürich	3 173	3 144	3 225	3	16

¹ Das Personal des Gesamtbetriebs des Psychiatristützpunktes Affoltern, Kinderspital Zürich, KSW und Zentrum für Essstörungen des USZ werden in der Akutsomatik ausgewiesen.

² Der KJPD ist seit 2016 in die PUK integriert.

Quelle: Krankenhausstatistik

Das Personal in den psychiatrischen Kliniken setzt sich aus 14 Prozent Ärztinnen und Ärzten, 18 Prozent medizinischen Fachpersonen, 41 Prozent Pflegepersonal und 27 Prozent Personen in zentralen Diensten wie Administration, Hauswardienste usw. zusammen. Von den 4466 angestellten Personen sind 67 Prozent Frauen. Der Anteil an ausländischen Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich liegt bei knapp 30 Prozent.

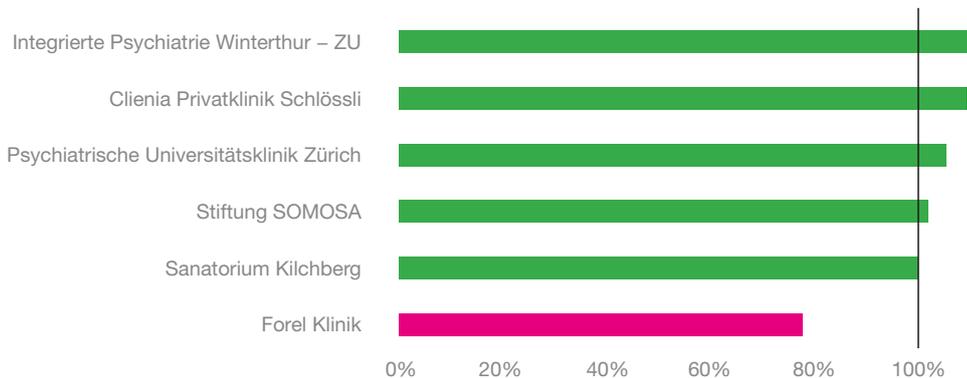
Aus der letzten Spalte in Abbildung P8 ist die unterschiedliche Ausbildungsleistung der einzelnen Kliniken ersichtlich. Im Schnitt sind 16 Prozent der Angestellten in den psychiatrischen Kliniken in Ausbildung, wobei die ipw, die Clenia Schlössli und die PUK im Vergleich zum Personalbestand am meisten Personen ausbilden.

Aus- und Weiterbildung der Listenspitäler

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

Grundsätzlich sollte jedes Spital seine Soll-Ausbildungsleistung selber erbringen. Spitäler, die diese Bedingung nicht erfüllen, sind gefordert, die nicht erbrachten Aus- und Weiterbildungsleistungen durch das Einkaufen von Ausbildungsleistungen bei Spitälern, die sich über das erforderliche Mass hinaus in der Ausbildung engagieren, zu kompensieren. Ansonsten hat das Spital eine Ersatzabgabe von 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten der Aus- und Weiterbildungstätigkeiten zu leisten. Zudem haben die Listenspitäler die Möglichkeit, Ausbildungsleistungen in unterschiedlichen Fachbereichen untereinander auszutauschen.

Abbildung P9: Aus- und Weiterbildungsleistungen der Listenspitäler 2017



Quelle: Überprüfung Ausbildungsverpflichtung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Die Psychiatriekliniken erfüllen die Vorgaben der Gesundheitsdirektion in Bezug auf die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung mehrheitlich, wie Abbildung P9 zeigt. Alle Psychiatriekliniken ausser der Forel Klinik haben ihre Soll-Ausbildungstätigkeit erfüllt oder sogar übertroffen. Die Forel Klinik hat trotz gesteigerter Aus- und Weiterbildungstätigkeiten ihr Soll im Jahr 2017 nicht erreicht.

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

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

4.4 Tarife der Zürcher Psychiatriekliniken

Für die Vergütung stationärer Behandlungen vereinbaren die Tarifpartner – Leistungserbringer und Krankenversicherer – Pauschalen einschliesslich eines Investitionsanteils. Falls sich die Tarifpartner nicht einigen können, setzt der Regierungsrat die Tarife fest. Während in der Akut-somatik seit 2012 die schweizweit einheitliche Tarifstruktur SwissDRG gilt, kommt im Bereich der Psychiatrie erstmals seit dem 1. Januar 2018 das Tarifsystem TARPSY zur Anwendung (vgl. Box S.91). Für Erwachsenenpsychiatrien ist TARPSY bereits Anfang 2018 in Kraft getreten. Kliniken oder Abteilungen, die ausschliesslich kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen erbringen, rechnen ab dem 1. Januar 2019 gemäss dem neuen Tarifsystem ab. Die Forensik fällt nach wie vor nicht unter diesen Anwendungsbereich. Für das Jahr 2018 werden deshalb im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Forensik die bisherigen Tarifstrukturen weitergeführt.

Abbildung P10 zeigt die im Jahr 2018 geltenden Tarife für alle Zürcher Psychiatriekliniken, die vom Regierungsrat genehmigt oder festgesetzt wurden. Für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist neu der jeweilige TARPSY-Basispreis angegeben. In grüner Schrift sind die definitiven, rechtskräftigen Tarife aufgeführt. Diese basieren entweder auf einem durch den Regierungsrat genehmigten Vertrag oder sie sind durch den Regierungsrat rechtskräftig festgesetzt. Bei den Zahlen in roter Schrift handelt es sich um Tarife, die während laufenden Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren gelten, bis definitive Tarife in Kraft gesetzt werden. Die Tarifliste wird laufend aktualisiert und ist, mit zusätzlichen Informationen versehen, unter www.gd.zh.ch/tarife abrufbar.

Die Versicherer haben sich in drei Verhandlungsgruppen aufgeteilt, die unabhängig mit den Spitälern die Tarife verhandeln. Die Einkaufsgemeinschaft HSK vertritt die Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT, die CSS Versicherung verhandelt die Tarife eigenständig, und die übrigen Krankenversicherer sind der tarifsuisse angeschlossen.

Abbildung P10: Tarife in Zürcher Psychiatriekliniken 2018

Klinik	TARPSY / Tagespauschale	tarifsuisse	HSK	CSS
Clenia Privatklinik Schlössli	TARPSY	755	750	758
Forel Klinik	TARPSY	524	540	524
Psychiatriestützpunkt Affoltern	TARPSY	703	703	703
Sanatorium Kilchberg	TARPSY	733	740	741
Suchtbehandlung Frankental	TARPSY	643	643	643
USZ – Zentrum für Essstörungen	TARPSY	918	860	918
PUK – ohne Zentrum für Forensische Psychiatrie	TARPSY	758	755	765
PUK – Zentrum für Forensische Psychiatrie	1. bis 60.	662	668	662
	ab 61.	530	569	530
	ab 366.	265	276	265
	ab 2001.	180	276	180
PUK – Kinder- und Jugendpsychiatrie bis 18	1. bis 60.	1 098	1 105	1 120
	ab 61.	780	784	791
ipw (ab 19 Jahre)	TARPSY	774	770	770
ipw (bis 18 Jahre)	1. bis 60.	1 098	1 105	1 120
	ab 61.	780	781	791
Modellstation SOMOSA		300	310	300
Kispi – Psychosomatik und Psychiatrie		860	880	860
KSW – Sozialpädiatrisches Zentrum		883	883	883

Genehmigte oder rechtskräftig festgesetzte Tarife

Provisorische Tarife

Stand: 11. Oktober 2018

Quelle: Übersicht stationäre Tarife, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Neues Tarifsystem TARPSY in der Psychiatrie

Mit TARPSY kommt seit dem 1. Januar 2018 in der stationären Erwachsenenpsychiatrie eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur zur Anwendung. Die Tarifstruktur deckt alle stationären psychiatrischen Leistungen ab. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird TARPSY auf den 1. Januar 2019 eingeführt.

TARPSY basiert, wie vom KVG verlangt, auf leistungsbezogenen Pauschalen. Im Gegensatz zu SwissDRG sind dies keine Fall-, sondern Tagespauschalen. Die Fälle werden anhand der Hauptdiagnose in zehn möglichst kostenhomogene psychiatrische Basis-Kostengruppen (Basis-PCG) unterteilt. Danach folgt eine zusätzliche Differenzierung nach Schweregrad (Symptomintensität und/oder Nebendiagnose) und Alter. Eine Basis-PCG ist in maximal drei PCG unterteilt. Insgesamt ergeben sich so 22 PCG.

Um einen reibungslosen Übergang zu TARPSY zu gewährleisten, hat der Regierungsrat bereits im Dezember 2017 provisorische Tarife erlassen. Damit konnte sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer trotz laufender Tarifverhandlungen die unter TARPSY erbrachten Leistungen in Rechnung stellen konnten. Im Oktober 2018 hat der Regierungsrat die ersten TARPSY-Tarifverträge genehmigt. Die vertraglich vereinbarten und genehmigten Tarife haben die provisorischen Tarife abgelöst.

Die Einführung von TARPSY im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf den 1. Januar 2019 soll ebenfalls durch den frühzeitigen Erlass von provisorischen Tarifen begleitet werden.

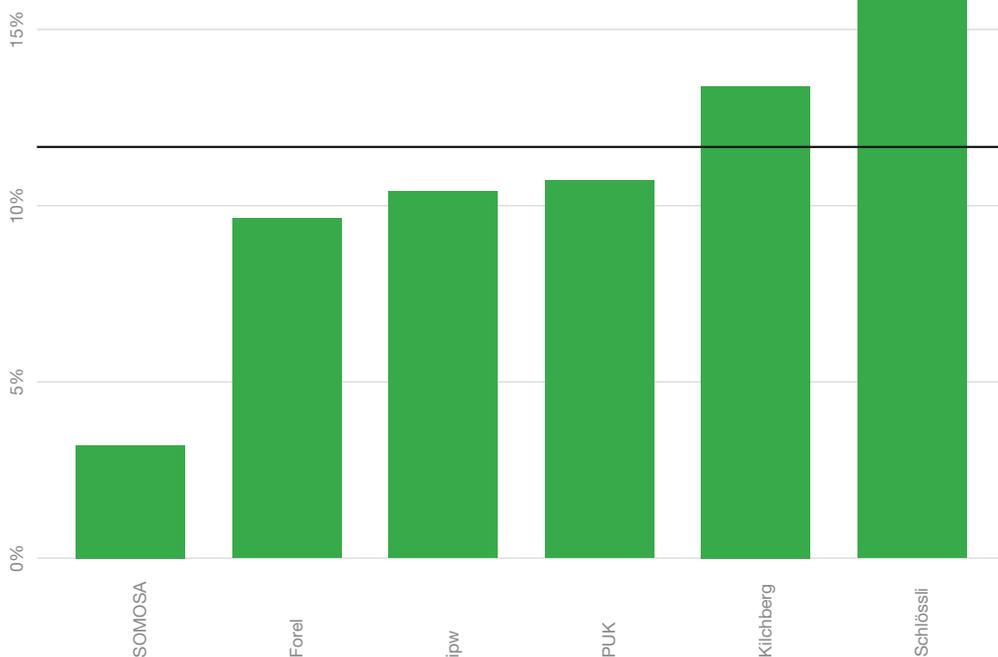
Leistungsfähigkeit der Zürcher Psychiatriekliniken

Mit den in Abbildung P10 aufgeführten Basispreisen und Tagespauschalen müssen die Kliniken laufende Ausgaben sowie Investitionen decken. Inwiefern diese Tarife finanziell angemessen sind, zeigen die Jahresabschlüsse der Psychiatriekliniken. Wenn die stationären Tarife auf dem Niveau einer Klinik mit angemessener Effizienz lägen, müsste der effizientere Teil der Kliniken im Grundversicherungsbereich Gewinne und der ineffizientere Teil der Kliniken Verluste erzielen. Bei angemessenen Tarifen müsste die Mehrheit der Kliniken durch die entsprechenden Ergebnisse aus dem stationären Bereich zusammen mit den Ergebnissen aus dem ambulanten Bereich und den Gewinnen aus dem Zusatzversicherungsbereich in einem normalen Jahr einen bescheidenen Gewinn realisieren. So können sie Rücklagen für die Kompensation von Verlusten in schlechteren Jahren und für allfällige Investitionsvorhaben bilden. Wären die Tarife jedoch zu niedrig, so würde eine Mehrheit der Kliniken negative Ergebnisse erzielen.

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

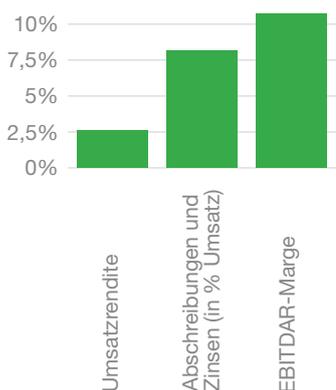
Die PUK weist eine EBITDAR-Marge von knapp elf Prozent auf und erwirtschaftet eine Umsatzrendite von 2,6 Prozent. Der Grund liegt in den Abschreibungs- und Zinskosten von knapp acht Prozent (s. Abbildung P12). Generell gilt, je höher die Anlageintensität eines Betriebes, desto höher sollte die EBITDAR-Marge sein, damit die operative Leistungsfähigkeit mittel- und langfristig gesichert ist.

Abbildung P11: EBITDAR-Margen der Psychiatriekliniken der Zürcher Spitalliste 2017



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

Abbildung P12: EBITDAR und Umsatzrendite der PUK 2017



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

Die EBITDAR-Marge über alle Psychiatriekliniken der Zürcher Spitalliste beträgt knapp zwölf Prozent (schwarze Linie in Abbildung P11). Dieser Wert liegt leicht über der in der Schweizer Spitalbranche oft genannten Zielgrösse von zehn Prozent.

Es fällt auf, dass vor allem die Clenia Schlössli eine hohe EBITDAR-Marge von 16 Prozent ausweist. Wenn die Mietkosten der Clenia Schlössli von knapp 10 Mio. Franken, die innerhalb des Konzerns verrechnet werden, in der Kalkulation nicht berücksichtigt würden, so läge die Marge bei knapp sechs Prozent.

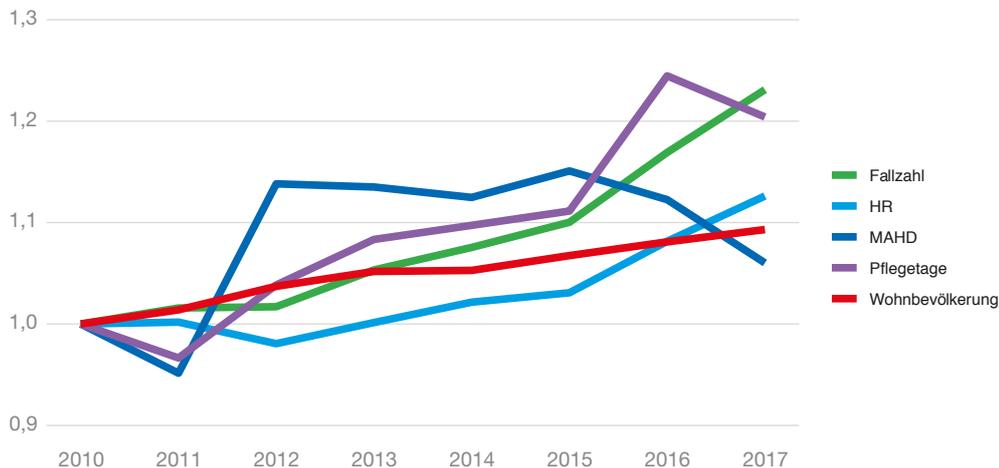
Insgesamt lassen die Ergebnisse der Spitäler darauf schliessen, dass die vom Regierungsrat festgesetzten und genehmigten Tarife sachgerecht waren: Weder haben die Spitäler mehrheitlich sehr hohe Gewinne erzielt, noch haben sie mehrheitlich Verluste erlitten.

4.5 Stationäre psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung

Bisherige Entwicklung 2010 bis 2017

Die Nachfrage nach stationären psychiatrischen Leistungen der Zürcher Bevölkerung wird im Wesentlichen von der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate (HR, Anzahl Hospitalisierungen pro 1000 Einwohner) und der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) beeinflusst. Im Zeitraum von 2010 bis 2017 ist im Bereich der psychiatrischen Versorgung folgende Entwicklung zu verzeichnen (s. Abbildung P13):

Abbildung P13: Entwicklung der Patientenzahlen und Pflegetage 2010 bis 2017 (indexiert, Basisjahr = 2010)



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Die Fallzahl der Zürcher Patientinnen und Patienten ist von 2010 bis 2017 insgesamt um 23 Prozent gestiegen. Im Jahr 2010 wurden 12 295 Zürcher Patientinnen und Patienten psychiatrisch behandelt, 2017 sind es 15 092.

Die Fallzunahme zwischen 2010 und 2017 ist unter anderem auf das Bevölkerungswachstum im Kanton Zürich zurückzuführen: Die Zürcher Wohnbevölkerung ist zwischen 2010 und 2017 um neun Prozent gewachsen. Aufgrund der relativ stärkeren Zunahme der psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten ist in diesem Zeitraum die Hospitalisationsrate etwas stärker um knapp 13 Prozent gestiegen. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist seit 2010 lediglich um sechs Prozent gestiegen, wobei sie seit 2015 stetig abnimmt.

Während sich in der Akutsomatik die Hospitalisationsrate mit zunehmendem Alter der Personen erhöht, ist dies bei den psychiatrischen Hospitalisierungen anders: Die 20- bis 64-Jährigen beanspruchen öfters eine psychiatrische Behandlung als die über 65-Jährigen (s. Abbildung P14). Jedoch nimmt die Hospitalisationsrate der über 65-Jährigen kontinuierlich zu. Im Jahr 2012 wurden in dieser Altersgruppe 6,5 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner hospitalisiert, im Jahr 2017 sind es bereits 7,4, was einer Zunahme von knapp 14 Prozent entspricht. Der gerontopsychiatrischen Versorgung kommt deshalb eine immer wichtigere Bedeutung zu.

In diesem Kapitel stehen nicht mehr direkt die Zürcher Psychiatriekliniken im Fokus. Stattdessen liegt das Augenmerk auf der Zürcher Wohnbevölkerung. Wenn beispielsweise Aussagen zur psychiatrischen Versorgung der Psychiatrieregion Horgen-Affoltern gemacht werden, so sind die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Region Horgen-Affoltern gemeint – unabhängig von der Institution, in der sie sich behandeln lassen.

Diese ergänzende Perspektive soll insbesondere zeigen, wo sich die Zürcher Bevölkerung behandeln lässt. Somit werden in den folgenden Betrachtungen auch alle Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern mitberücksichtigt.

Abbildung P14: Hospitalisationsrate pro Altersgruppe 2017

Altersgruppe	pro 1000 Einwohner
0–19	4,1
20–39	12,9
40–64	12,3
65–79	7,4
80+	10,8
Total	10,2

Quelle: Medizinische Statistik BFS

Zürcher Hospitalisationsrate im Vergleich mit anderen Kantonen

Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) sind im Jahr 2016 rund 9 von 1000 Zürcherinnen und Zürchern stationär psychiatrisch behandelt worden. Im schweizweiten Vergleich befindet sich die Hospitalisationsrate der Zürcher Bevölkerung leicht über dem Schweizer Durchschnitt (s. Abbildung P15).

Abbildung P15: Kantonale Hospitalisationsraten 2016



Zürcher Bevölkerung nach Psychiatrieregionen

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

5651 der Zürcher Patientinnen und Patienten stammen aus der Psychiatrieregion Zürich. Dies ist mehr als ein Drittel aller Zürcherinnen und Zürcher mit einer stationären psychiatrischen Behandlung im Jahr 2017. Die Psychiatrieregion Winterthur-ZU ist mit 4576 Patientinnen und Patienten die zweitgrösste Region. Dass die beiden urban geprägten Psychiatrieregionen Zürich und Winterthur-ZU den grössten Anteil der Patientinnen und Patienten verzeichnen, entspricht auch ihrem jeweiligen Bevölkerungsanteil im Kanton Zürich.

Die regionalen Unterschiede sind generell eher klein (s. Abbildung P16). So unterscheidet sich das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten aus den einzelnen Regionen kaum. Die Hospitalisationsrate variiert in den vier Regionen von 9,8 bis 10,7 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, wobei sie in der Region Horgen-Affoltern am höchsten ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist über die Regionen hinweg ähnlich und liegt in den Regionen Zürich und Horgen-Affoltern bei 33 Tagen. In den zwei anderen Regionen beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer 34 Tage.

Abbildung P16: Patientenmerkmale nach Psychiatrieregionen 2017

	Austritte	Ø-Alter	HR	MAHD [Tage]
Zürich	5 651	46	10,2	33
Winterthur-Zürcher Unterland	4 576	43	9,9	34
Zürcher Oberland	2 972	43	9,8	34
Horgen-Affoltern	1 893	45	10,7	33
Total Kanton Zürich	15 092	44	10,1	34

Quelle: Medizinische Statistik BFS

4.6 Patientenmigration

Interkantonale Patientenmigration 2017

Im Jahr 2017 liessen sich 87 Prozent aller Zürcher Patientinnen und Patienten in Zürcher Kliniken psychiatrisch behandeln, im Jahr 2011 waren es noch 95 Prozent. Das heisst, dass im Jahr 2017 13 Prozent bzw. 1903 Patientinnen und Patienten ein ausserkantonales stationäres Angebot in Anspruch genommen haben. Die ausserkantonalen Hospitalisierungen sind hauptsächlich in den Kantonen Thurgau, Aargau und Zug erfolgt. Davon waren 632 Personen in den vier ausserkantonalen Kliniken mit Zürcher Leistungsauftrag untergebracht: 330 sind in der Clenia Privatklinik Littenheid (TG), 152 in der Klinik Meissenberg (ZG), 119 im Psychiatriezentrum Breitenau (SH) und 31 in der Klinik Sonnenhof (SG) behandelt worden. Die Kliniken Littenheid und Sonnenhof sind auf Kinder und Jugendliche spezialisiert; in diesem Bereich sind die stationären Behandlungsplätze im Kanton Zürich nach wie vor eher knapp bemessen (vgl. auch Kapitel 4.1).

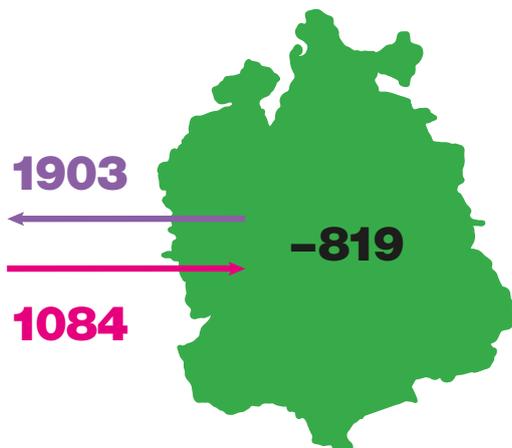
Patientenemigration

Der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten unterscheidet sich kaum zwischen den Psychiatrieregionen. Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrieregion Zürich haben sich mit elf Prozent am wenigsten ausserkantonale behandeln lassen. In den Regionen Horgen-Affoltern und Winterthur-ZU ist der Anteil mit 14 Prozent am höchsten. In der Region Zürcher Oberland liegt er bei zwölf Prozent.

Patientenimmigration

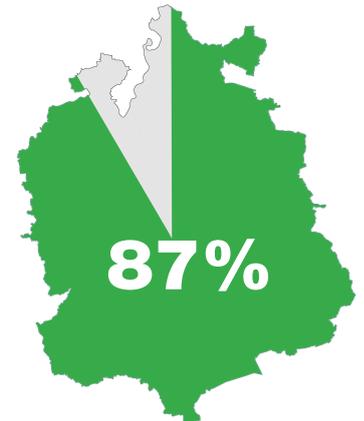
Knapp 15 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen stammen nicht aus dem Kanton Zürich. Die ausserkantonalen Patientinnen und Patienten wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen (vgl. auch Kapitel 4.2). Am meisten Personen kommen aus dem Kanton Aargau (237 Fälle), gefolgt vom Kanton St. Gallen mit 133 und dem Kanton Thurgau mit 115.

Abbildung P18: Interkantonale Nettomigration 2017



Quelle: Medizinische Statistik BFS

Abbildung P17: Anteil innerkantonomer Psychiatriebehandlungen 2017



Quelle: Medizinische Statistik BFS

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

Abbildung P19: Anteil der Bevölkerung einer Psychiatrieregion, der sich in einer Klinik der gleichen Psychiatrieregion behandeln lässt, 2017

Eigenversorgungsgrad [in %]	
Zürich	57
Winterthur-Zürcher Unterland	57
Zürcher Oberland	56
Horgen-Affoltern	50

Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Behandlungen in den Psychiatrieregionen

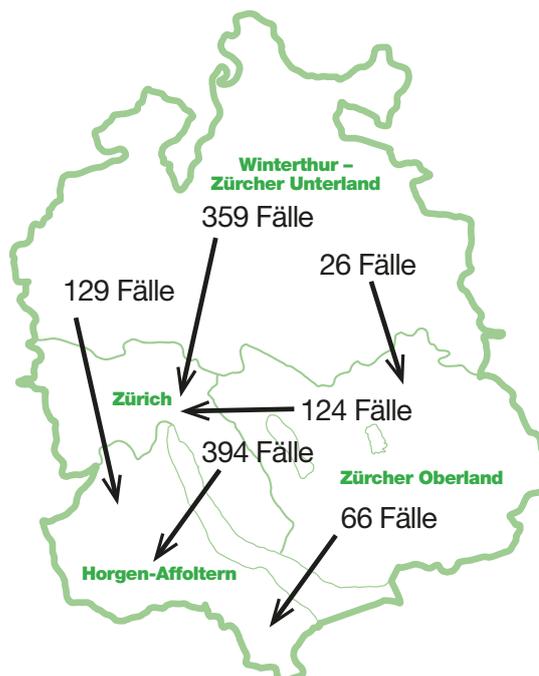
Über die Hälfte der Zürcher Patientinnen und Patienten lässt sich innerhalb der eigenen Psychiatrieregion behandeln. Der «Eigenversorgungsgrad» unterscheidet sich nur beschränkt zwischen den einzelnen Regionen (s. Abbildung P19). In der Psychiatrieregion Zürich und Winterthur-ZU lassen sich jeweils 57 Prozent der dort wohnhaften Patientinnen und Patienten behandeln. In der Region Horgen-Affoltern liegt der Wert mit 50 Prozent am tiefsten. Gesamthaft ist die Anzahl Zürcherinnen und Zürcher, die im Kanton Zürich behandelt worden sind, um drei Prozent gestiegen, in der Region Horgen-Affoltern ist diese Zahl sogar um zehn Prozent gestiegen.

Nettomigration zwischen den Psychiatrieregionen

Die innerkantonale Migration der psychiatrischen Patientinnen und Patienten nach Zürich ist nicht in gleicher Weise ausgeprägt wie in der Akutsomatik (vgl. Kapitel 2.7). Die Migration zwischen den Psychiatrieregionen findet in alle Richtungen statt.

Abbildung P20 stellt diese Patientenwanderung zwischen den einzelnen Psychiatrieregionen grafisch dar. Die in der Grafik gezeichneten Pfeile zeigen die Nettowanderung der Patientinnen und Patienten zwischen zwei verschiedenen Psychiatrieregionen. Beispielsweise stellt ein Pfeil von der Region Winterthur-ZU nach Zürich dar, dass sich mehr Patientinnen und Patienten aus der Region Winterthur-ZU in der Region Zürich behandeln lassen, als dies umgekehrt der Fall ist. Im Jahr 2017 beträgt die Wanderungsbilanz zwischen den Regionen Winterthur-ZU und Zürich knapp 360; das heisst, es haben sich knapp 360 Patientinnen und Patienten mehr von Winterthur-ZU nach Zürich begeben, um sich dort behandeln zu lassen, als umgekehrt. Zwischen den Psychiatrieregionen Zürich und Horgen-Affoltern beträgt die Nettobilanz 394. Es sind also 394 Einwohnerinnen und Einwohner mehr aus der Region Zürich, die sich in Horgen-Affoltern stationär behandelt lassen haben, als dies Einwohnerinnen und Einwohner aus Horgen-Affoltern in Zürich gemacht haben.

Abbildung P20: Innerkantonale Nettomigration 2017



Quelle: Medizinische Statistiken PSYREC-KTR und PRISMA

Die Patientenmigration hat über die Jahre zugenommen. Einerseits lassen sich mehr Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich ausserkantonale behandeln und andererseits hat die innerkantonale Patientenwanderung zugenommen. Eine mögliche Ursache ist die seit 2012 geltende Spitalwahlfreiheit: Personen können sich inzwischen frei entscheiden, in welcher Klinik sie sich behandeln lassen.