

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 23. August 2017

746. Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (Änderungen ab 1. Januar 2018)

1. Ausgangslage

Mit Beschlüssen Nrn.1134/2011 und 1533/2011 setzte der Regierungsrat die Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie mit Wirkung ab 1. Januar 2012 fest. Die Festlegungen beruhen auf der Zürcher Spitalplanung 2012 mit umfassender Bedarfsabklärung und dem Planungshorizont 2020. Bis zu diesem Zeitpunkt darf auf die Spitallisten 2012 abgestellt werden. Neue Leistungsaufträge an bisherige Leistungserbringer werden nur sehr zurückhaltend erteilt und neue Spitallistenplätze an neue Leistungserbringer nur bei Vorliegen ausgewiesener Unterversorgung vergeben. Im Rahmen der Gesamterneuerung der Spitallisten werden sich dann neben allfälligen Neubewerbern auch sämtliche bisherigen Leistungserbringer für Leistungsaufträge erneut bewerben müssen. Mit diesem Planungsintervall von rund zehn Jahren wird den Listenspitälern eine kontinuierliche Betriebspolitik und notwendige Investitionssicherheit verschafft (vgl. zum Konzept der rollenden Spitalplanung RRB Nr. 799/2014).

Die medizinische Entwicklung erfordert jedoch periodisch konzeptionelle Anpassungen der Spitallisten. Dennoch sollen Leistungsgruppen und damit zusammenhängende Qualitätsanforderungen nicht jedes Jahr ändern, sondern über eine gewisse Periode stabil bleiben. Konzeptionelle Änderungen sollen nur periodisch – rund alle drei Jahre – vorgenommen werden. Nach den ersten konzeptionellen Anpassungen der Spitallisten auf das Jahr 2015 sind auf 1. Januar 2018 erneut konzeptionelle Änderungen zu prüfen. Zuständig ist gemäss § 7 Abs.1 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011 (SPFG; LS813.20) der Regierungsrat.

1.1 Aktueller Anpassungsbedarf

Aktuell zu beurteilen sind Änderungsanträge zur Weiterentwicklung von Leistungsgruppen, nationale und kantonale Weiterentwicklungen aus Vorgaben der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), tarifäre Modifikationen und Änderungen in den medizinischen Kodierkatalogen (CHOP [Schweizerische Operationsklassifikation] und ICD [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]). Zu den Anpassungen gehört

auch die bereits mit RRB Nr. 799/2016 angekündigte Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur: Seit der Einführung der Mindestfallzahlen pro Spital im Jahr 2012 hat sich gezeigt, dass sich die Aufenthaltsdauer und die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen im Vergleich mit Leistungsgruppen ohne Mindestfallzahlen verbessert haben (vgl. Gesundheitsversorgungsbericht 2015, S. 17–21, und Gesundheitsversorgungsbericht 2016, S. 37).

Aus der gemeinsam mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), der Patientestelle Zürich und weiteren Institutionen veröffentlichten Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich sind sodann die Qualitätsanforderungen weiterzuentwickeln.

Schliesslich sind die Weiterführung der in den Spitallisten bis Ende 2017 befristet erteilten Leistungsaufträge und die Anträge der Listenspitäler für zusätzliche Leistungsgruppen zu beurteilen.

1.2 Vernehmlassung

Mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 6. Januar 2017 wurden die Listenspitäler über die geplante Aktualisierung der Spitallisten informiert und eingeladen, bis Ende Februar 2017 Bewerbungen für Leistungsbereiche mit bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung einzureichen, soweit der neu beantragte Leistungsauftrag innerhalb des bestehenden Leistungsbereichs liegt und das bisherige Leistungsspektrum ergänzt wird.

Am 10. Februar 2017 wurden die Konzepte zur Einführung von zusätzlichen Mindestfallzahlen pro Spital und neuen Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur sowie die Modifikationen der Leistungsgruppen bei Leistungserbringern und medizinischen Fachgesellschaften in die Vernehmlassung gegeben.

Nach Prüfung der Bewerbungen der Listenspitäler wurden am 10. April 2017 die für jedes einzelne Listenspital geplanten Änderungen bei den Leistungserbringern und den Kantonen in die Vernehmlassung gegeben.

Zu den in die Vernehmlassung gegebenen, ab 2018 geplanten Änderungen der Zürcher Spitallisten 2012 gingen rund 70 Stellungnahmen ein. Geäussert haben sich verschiedene Spitäler für sich, der VZK, die neu gebildete Interessengruppe «Primärspitäler» (See-Spital, Spital Limmattal, Spital Bülach, Spital Uster, Spital Männedorf, GZO AG Spital Wetzikon, Spital Zollikerberg, Spital Affoltern, Paracelsus-Spital Richterswil und Limmatklinik) sowie verschiedene medizinische Fachgesellschaften, Kantone und weitere Beteiligte. Kontrovers ausgefallen sind insbesondere die Stellungnahmen zur Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur. Von den Kritikern wird haupt-

sächlich geltend gemacht, dass es dazu an einer gesetzlichen Grundlage fehle, die Wirtschaftsfreiheit verletzt werde und der in der Vernehmlassung geplante Einführungszeitpunkt (1. Januar 2018) zu kurzfristig angesetzt sei.

Gestützt auf nachfolgende Erwägungen wird grundsätzlich an den geplanten Änderungen festgehalten, jedoch der Zeitpunkt der Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur auf den 1. Januar 2019 verschoben. Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

2. Beurteilungskriterien zur Überprüfung der befristeten Leistungsaufträge und der Erreichung der Mindestfallzahlen

Verschiedene Leistungsaufträge der geltenden Spitalisten sind bis Ende 2017 befristet. Es muss über ihre Erneuerung entschieden werden.

2.1 Mindestfallzahlen pro Spital

Das Verfahren zur Prüfung und Erteilung von Leistungsaufträgen mit Mindestfallzahlen pro Spital wurde mit RRB Nr. 799/2014 festgelegt und ist für die vorliegende Beurteilung massgebend.

Das Erreichen der Mindestfallzahlen pro Spital ist regelmässig zu überprüfen. Soweit ein Leistungsauftrag auf 31. Dezember 2017 *befristet* wurde, ist wie folgt vorzugehen:

- Wurde die Mindestfallzahl pro Spital im neusten zur Verfügung stehenden Datenjahr (2016) für die entsprechende Leistungsgruppe erreicht, ist die Erteilung eines unbefristeten Leistungsauftrages ab 1. Januar 2018 gerechtfertigt.
- Wurde die Mindestfallzahl pro Spital für die entsprechende Leistungsgruppe im Jahr 2016 nicht erreicht, ist der befristete Leistungsauftrag grundsätzlich nicht zu erneuern.

Für *unbefristete* Leistungsaufträge gilt Folgendes:

- Wurde die Mindestfallzahl pro Spital für die entsprechende Leistungsgruppe im Durchschnitt der beiden neusten zur Verfügung stehenden Datenjahre (2015 und 2016) nicht erreicht, ist der bisher unbefristet erteilte Leistungsauftrag in Bezug auf diese Leistungsgruppe neu bis zum 31. Dezember 2018 zu befristen. Der befristete Leistungsauftrag entfällt auf 1. Januar 2019, wenn – aufgrund der Überprüfung im Jahr 2018 – die Mindestfallzahl pro Spital im dann neusten zur Verfügung stehenden Datenjahr (2017) für die entsprechende Leistungsgruppe nicht erreicht wird. Diese Bedingung ist auf der zu aktualisierenden Spitalliste zu vermerken.

Mit diesem Vorgehen werden für die abschliessende Beurteilung der Zulassung aufgrund von Mindestfallzahlen pro Spital insgesamt drei Jahre berücksichtigt. Damit wird den in den Stellungnahmen bemängelten zu kurzen Beobachtungsphasen sowie dem Umstand Rechnung getragen, dass es beispielsweise aufgrund eines Wechsels einer Chefärztin oder eines Chefarztes zu kurzzeitigen Fallzahl-Einbrüchen kommen kann.

2.2 Herzchirurgie

Im Rahmen der Spitalplanung 2012 wurden sämtliche Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen der Herzchirurgie befristet, um die führende Stellung der Zürcher Herzchirurgie im interkantonalen Vergleich weiter zu stärken und den bereits eingeleiteten Prozess der Konzentration der kostenintensiven Herzchirurgie weiter zu fördern.

Um Grundlagen für weitere Vergleiche zu schaffen, wurden die Leistungen der Herzchirurgie auf den 1. Januar 2015 in zusätzliche Leistungsgruppen aufgeteilt und weiterhin bis 31. Dezember 2017 befristet vergeben. Die Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie für Erwachsene (Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden) wurden zudem verpflichtet, das von der SGHC (Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten und Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Diese Kenndaten und Ergebnisse des Monitorings wurden der Gesundheitsdirektion in Besprechungen, an denen jeweils Vertretungen von zwei Listenspitälern teilnahmen, offengelegt und diskutiert. Durch die Anwesenheit von Fachexpertinnen und -experten von zwei Listenspitälern ist eine fachliche Auseinandersetzung gewährleistet. Dieser Austausch hat sich als aufschlussreich erwiesen. In Zukunft soll der Austausch über alle Listenspitäler mit Herzchirurgie gemeinsam erfolgen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass der Aufbau der Datenerfassung und des Monitorings zwei bis drei Jahre erfordert und gesicherte Daten erstmals 2017 ausgewiesen werden können. Da der angestrebte Qualitätsvergleich erst in den folgenden Jahren tatsächlich vollzogen und allenfalls Massnahmen daraus abgeleitet werden können, sind die Leistungsaufträge der Herzchirurgie weiterhin – nun bis zum 31. Dezember 2020 – zu befristen.

2.3 Knochentumore

Aufgrund der hohen Komplexität der Eingriffe bei Knochentumoren und der in der Regel mitbetroffenen weiteren Fachgebiete wurde dem Universitätsspital Zürich mit RRB Nr. 799/2016 zusätzlich zum bisherigen Leistungsauftrag der Universitätsklinik Balgrist und des Kinderspitals ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW9 Knochentumore, befristet bis 31. Dezember 2017, erteilt.

Das Universitätsspital Zürich hat sich in der Zwischenzeit ausreichend auf den Leistungsauftrag BEW9 eingerichtet, weshalb die Befristung aufzuheben und dem Universitätsspital Zürich der Leistungsauftrag unbefristet zu erteilen ist.

2.4 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehören Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Personen, die auf eine spezifische geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden. Bis zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik verfügte einzig das Stadtspital Waid über ein akutgeriatrisches Angebot. Die übrigen Bewerber mussten diesen Leistungsbereich neu aufbauen. Grundsätzlich erhielten deshalb alle Bewerber, die der Gesundheitsdirektion ein genügendes und nachvollziehbares Konzept eingereicht hatten, einen befristeten Leistungsauftrag ab dem geplanten Starttermin. Aufgrund des steigenden Bettenbedarfs für geriatrische Patientinnen und Patienten war und ist die Akutgeriatrie in den Spitälern jedoch zu fördern.

Eine im Dezember 2013 durchgeführte Umfrage bei den Spitälern mit Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum ergab, dass die Anforderungen mehrheitlich erfüllt werden. Bei einigen Spitälern befand sich die Akutgeriatrie indessen aufgrund des Mangels an Fachärztinnen und -ärzten Geriatrie noch im Aufbau, weshalb im Rahmen der Aktualisierung der Spitalliste 2015 weitere Anforderungen an den Leistungsauftrag für Akutgeriatrie gestellt wurden. Heute erfüllen sämtliche Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag für Akutgeriatrie die Anforderungen für die Leistungsgruppe GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum, weshalb auch den Spitälern Uster und Männedorf mit bisher befristetem Leistungsauftrag ab 1. Januar 2018 ein unbefristeter Leistungsauftrag zu erteilen ist.

2.5 Kompetenzzentrum Palliative Care

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil der Leistungsgruppe BP Basispaket Chirurgie und Innere Medizin und damit für die meisten Leistungserbringer eine Pflichtleistung. Ein Kompetenzzentrum Palliative Care soll neben der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Palliative-Care-Bedürfnissen auch als Promotor für Palliative-Care-Versorgung wirken und sich für die Entwicklung von Standards und die Aus- und Weiterbildung in Palliative Care einsetzen.

Da sich die geplante Zertifizierung durch Swiss Quality Pain Centres (SQPC) aufgrund von nicht angemessenen Kriterien als nicht zweckmässig erwies bzw. auch nicht mehr angeboten wurde¹, wurde in RRB Nr. 799/2014 festgelegt, dass die Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» bis zum 31. Dezember 2017 zu erfolgen hat. Weil diese Zertifizierung in zwei Versionen, eine für Langzeiteinrichtungen und eine für Akutspitäler vorliegt, muss die erforderliche Zertifizierung präzisiert werden. Für Akutspitäler mit spezialisierten stationären Palliative-Care-Einrichtungen ist die Zertifizierung gemäss den Vorgaben «Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen (Liste A)» (Version 17. September 2010; vgl. www.palliative.ch) erforderlich. Diese Präzisierung ist im Anhang der leistungsspezifischen Anforderungen festzuhalten (vgl. Ziff. 5.5.7).

Für noch nicht zertifizierte Listenspitäler wurden in RRB Nr. 799/2014 eine Übergangsfrist gewährt und die Leistungsaufträge bis am 31. Dezember 2017 befristet erteilt. Heute haben mit Ausnahme des Stadtsitals Waid sämtliche Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe PAL Palliative Care Kompetenzzentrum die erwähnte Zertifizierung erreicht. Dementsprechend sind für zertifizierte Listenspitäler die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppe PAL ab 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen.

2.6 Rehabilitation

Sämtliche Leistungsaufträge im Versorgungsbereich Rehabilitation wurden im Hinblick auf die 2018 geplante nationale Einführung eines neuen gesamtschweizerischen leistungsorientierten und schweregradbasierten Tarifsystems befristet. Die Einführung des neuen, komplexen Tarifsystems wurde inzwischen auf voraussichtlich 2020 verschoben. Zugleich plant die Gesundheitsdirektion im Verbund mit den Ostschweizer Kantonen und dem Kanton Aargau eine neue, umfassende Spitalplanung Rehabilitation mit neuen Leistungsgruppen. Dabei werden die Leistungsaufträge neu zu vergeben sein. Vor diesem Hintergrund sind sämtliche schon bisher befristeten Leistungsaufträge im Versorgungsbereich Rehabilitation bis 31. Dezember 2020 weiter zu befristen.

¹ Vorgaben für Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag in der Broschüre «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»: www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlegenddokumente/

3. Beurteilungskriterien für die Erteilung zusätzlicher Leistungsaufträge (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie)

Im Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 6. Januar 2017 war den Zürcher Listenspitälern im Detail mitgeteilt worden, dass weder Anzeichen für erhebliche Abweichungen von dem im Rahmen der Spitalplanung 2012 bis 2020 prognostizierten Leistungsbedarf noch relevante Mängel in den der Spitalplanung 2012 zugrunde liegenden Annahmen und Hochrechnungen bestehen. Da bei der Aktualisierung der Spitallisten 2018 keine umfassende neue Spitalplanung mit sämtlichen Planungsschritten durchgeführt werde, seien neue Leistungsaufträge lediglich bei bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich möglich. Die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler würden durch die Aktualisierung jedoch nicht infrage gestellt. Bewerbungen der Listenspitäler für zusätzliche, innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs und das bisherige Leistungsspektrum ergänzende Leistungsaufträge müssten bis am 28. Februar 2017 eingereicht werden.

Nachfolgend werden die Kriterien für die Erteilung oder Ablehnung der fristgerecht eingegangenen Bewerbungen differenziert dargelegt. Die entsprechende Umsetzung pro Spital erfolgt in einem zweiten Schritt ab Ziff. 6.

3.1 Beurteilungskriterien Akutsomatik

3.1.1 Beurteilungskriterien für zusätzliche Leistungsgruppen ohne Mindestfallzahlen pro Spital

Leistungsaufträge für zusätzliche Leistungsgruppen innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs sind dann zu erteilen, wenn sie ein Leistungsspektrum sinnvoll abrunden. Dies ist dann der Fall, wenn die beantragte Leistungsgruppe aus klinischer Sicht im Zusammenhang mit dem bisherigen Leistungsauftrag steht und diesen für die Patientinnen und Patienten sinnvoll erweitert. Eine Erweiterung gilt dann als sinnvoll, wenn diese das bestehende Angebot für die Patientinnen und Patienten vor- oder nachgelagert ergänzt. Für die Patientinnen und Patienten ist es zudem vorteilhaft, eine Leistung wohnortsnah beziehen zu können, wenn diese häufig und verhältnismässig zeitnah erforderlich und zudem wenig komplex ist. Demgegenüber sind eher seltene und komplexe Leistungen sinnvollerweise am Ort mit der besten Fachkompetenz zu konzentrieren (Mindestfallzahlen).

Sind diese Voraussetzungen gegeben, ist der Leistungsauftrag zu erteilen, wenn zudem auch die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind. Diese sind, abgesehen von den in Ziff. 5 aufgeführten und am 10. Februar 2017 in die Vernehmlassung gegebenen Änderungen, gemäss bisheriger Spitalliste unverändert gültig.

3.1.2 Beurteilungskriterien für zusätzliche Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital

Mit der Einführung von Mindestfallzahlen pro Spital sollen medizinisch oder ökonomisch nicht zweckmässige Fragmentierungen verhindert sowie seltene oder komplexe Leistungen aus Qualitätsgründen konzentriert werden (§ 4 Abs. 3 SPFG). Die in der Startphase der Spitalplanung 2012 eher grosszügig erteilten befristeten Leistungsaufträge für Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital und Jahr wurden deshalb bei der Aktualisierung der Spitalliste Akutsomatik auf den 1. Januar 2015 bei Nichterreichen der Mindestfallzahlen pro Spital konsequent entzogen. Zudem wurden bei der Aktualisierung 2015 neue Leistungsaufträge mit Mindestfallzahlen pro Spital nur restriktiv erteilt. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass neue Leistungsaufträge bei Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital die Fallzahlen der Leistungserbringer mit bestehenden Leistungsaufträgen unter Umständen unter die geforderte Mindestfallzahl verringern, was zu einer instabilen Versorgungssituation führen kann. Für eine gute Versorgung sind jedoch konstante und stabile Verhältnisse mit etablierten Operateurinnen und Operateuren und Teams notwendig. Zudem besteht bei Erhöhung der Anzahl der Anbieter die Gefahr, dass die zugelassenen Leistungserbringer im Ringen um das Erreichen der Mindestfallzahlen pro Spital ihre Fallzahlen durch eine Ausweitung der Indikationsstellung zusätzlich erhöhen. An der in RRB Nr. 799/2014 beschriebenen Vergabepaxis ist deshalb festzuhalten. Entsprechend sind auch bei der vorliegenden Aktualisierung der Spitalliste neue Anträge für Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital grundsätzlich abzuweisen. Ausnahmen kommen lediglich in Leistungsbereichen mit wenigen Leistungserbringern infrage, welche die Mindestfallzahlen pro Spital konstant und deutlich erreichen. Für die einzelnen Leistungsgruppen mit Bewerbungen ergibt sich Folgendes (die Abkürzungen für die Spitäler werden unter Ziff. 6 aufgeführt):

- DER1.1 Dermatologische Onkologie: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 293/261, KSW 28/20, TRI 4/15. Die Mindestfallzahl wurde somit nur von zwei Spitalern in beiden Beurteilungsjahren erreicht. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist deshalb beizubehalten; zusätzliche Leistungsaufträge sind nicht sinnvoll.
- VIS1.4 Bariatrische Chirurgie: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 25 (entsprechend der Anerkennung gemäss Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders [SMOB]). Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 143/169, TRI 40/27, HIS 81/88, GZO 114/126, LIM 163/187, WAI 22/20, MAN 99/110, KSH 24/39. Die Min-

destfallzahl pro Spital wurde nicht von allen Listenspitälern erreicht. Es besteht ein grosses Angebot, sodass zusätzliche Leistungsaufträge nicht notwendig sind.

- URO1.1.1 Radikale Prostatektomie: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 116/100, KSW 75/102, TRI 31/43, HIS 178/214, SEEK 23/26, SEEH 1/0 (kein Leistungsauftrag), UST 26/56, LIM 25/46, MAN 39/57, URO 37/68, KSH 26/20. Zwar erreichen alle Listenspitäler mit Leistungsauftrag die Mindestfallzahl pro Spital. Aber es besteht bereits ein sehr grosses Angebot, sodass zusätzliche Leistungsaufträge nicht notwendig sind. Zudem zeigt die starke Zunahme der Fallzahlen von 2015 auf 2016, dass die geplante Indikationskontrolle (vgl. Ziff. 5.2.4) erforderlich ist.
- URO1.1.2 Radikale Zystektomie: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 41/46, KSW 24/32, TRI 19/23, HIS 24/25, MAN 12/17. Die Mindestfallzahl pro Spital wurde nicht von allen Listenspitälern deutlich erreicht. Die Beibehaltung der Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist für die Qualität der Behandlung angezeigt. Zusätzliche Leistungsaufträge sind nicht sinnvoll.
- URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 68/94, KSW 37/47, TRI 62/63, HIS 42/65, UST 20/22, GZO 13/11 (kein Leistungsauftrag), LIM 17/16, MAN 42/44, KSH 9/12. Die Mindestfallzahl pro Spital wurde nicht von allen Listenspitälern deutlich erreicht. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist für die Qualität der Behandlung weiterhin angezeigt. Zusätzliche Leistungsaufträge sind nicht sinnvoll.
- BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: USZ 74/43, KSW 50/30, HIS 56/38, SEEH 4/2, SEEK 7/2, ZOL 90/71, SCH 191/65, BAL 42/43. Die Mindestfallzahl pro Spital wurde von beiden Standorten des Seespitals nicht erreicht, was nachfolgend unter Ziff. 6 abzuhandeln ist: Zusätzliche Leistungsaufträge sind nicht sinnvoll.
- BEW9 Knochentumore: Es gilt eine Mindestfallzahl pro Spital von 10. Die Listenspitäler mit bisherigem Leistungsauftrag wiesen 2015/2016 folgende Fallzahlen aus: BAL 18/23, USZ: Leistungsauftrag ab September 2016 (Fallzahlen Jahr 2017 noch nicht vorhanden). Zusätzliche Leistungsaufträge sind bei den geringen Fallzahlen dieser Eingriffe nicht sinnvoll.

- Bewerbungen für Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen pro Spital (BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen sowie GYNT Gynäkologische Tumore): Wenn die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt sind, ist – unabhängig von bisherigen Fallzahlen – ein befristeter Leistungsauftrag zu erteilen.

Die Fallzahlen des Kinderspitals sind in obiger Abhandlung nicht aufgeführt, weil diese für die Beurteilung der Behandlung von Erwachsenen nicht relevant sind.

3.1.3 Beurteilungskriterien für IVHSM-Leistungsgruppen

Die Kantone haben ihre Zuständigkeit zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan übertragen (vgl. Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG in Verbindung mit der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin [IVHSM]). Anträge für IVHSM-Leistungsgruppen sind entsprechend beim HSM-Beschlussorgan zu stellen.

3.2 Beurteilungskriterien Rehabilitation

In der Rehabilitation haben sich zwei Listenspitäler für einen zusätzlichen Leistungsauftrag beworben. Die Beurteilungskriterien für die Erteilung oder Ablehnung von zusätzlichen Leistungsaufträgen werden direkt anhand der konkreten Bewerbungen in Ziff. 7 erläutert.

3.3 Beurteilungskriterien Psychiatrie

Im Bereich der Psychiatrie haben sich zwei Listenspitäler für einen zusätzlichen Leistungsauftrag beworben. Die Beurteilungskriterien für die Erteilung oder Ablehnung von zusätzlichen Leistungsaufträgen werden direkt anhand der konkreten Bewerbungen in Ziff. 8 erläutert.

4. Änderungen des Anhangs «Generelle Anforderungen» zu den Zürcher Spitallisten 2012

4.1 Patiententransporte

Der Regierungsrat hat als Massnahme für die Legislaturperiode 2015–2019 festgelegt, die Qualität und Effizienz des Zürcher Rettungswesens zu optimieren. Die Gesundheitsdirektion hat in der Folge im Projekt «Optimierung Rettungswesen» gemeinsam mit der zürcherischen Einsatzleitzentrale und Vertretungen der Rettungsdienste die personellen, organisatorischen und materiellen Anforderungen erarbeitet, die in Zukunft für bodengebundene Rettungsdienste im Kanton gelten sollen. Diese Anforderungen wurden im Winter 2015 in die Ver-

nehmlassung gegeben. Die Vernehmlassungsantworten waren insgesamt positiv. In der Folge hat das Projektteam die Anforderungen überarbeitet und verschiedene Dispositionsvarianten geprüft. Die Endfassung der Anforderungen an die Rettungs- und Transportdienste sind der Öffentlichkeit Anfang April 2017 vorgestellt worden. Sie sollen auf den 1. Juli 2018 in Kraft treten.

Die neuen Anforderungen haben Auswirkungen auf die Spitäler: Sie müssen bei Patiententransporten unterscheiden zwischen einfachen Patientinnen und Patienten (Kategorie E der neuen Anforderungen: Patientin oder Patient mit Bedarf an einfacher medizinischer Unterstützung oder mit medizinisch indiziertem Bedarf zum Liegendtransport, wo ein Transport durch Verlegungsdienste zulässig ist) und komplexen Patientinnen und Patienten (Kategorie A bis D der neuen Anforderungen, wo ein Transport durch den Rettungsdienst erfolgen muss). Die Spitäler sind zu verpflichten, diese Unterscheidung vorzunehmen. Sie müssen die Patiententransporte entsprechend zuordnen, bevor sie den Transport in Auftrag geben.

Zudem sind die Spitäler zu verpflichten, bei Spezialtransporten mit intensivmedizinischer Betreuung und besonderem Equipment das notwendige, die Patientin oder den Patienten begleitende ärztliche und/oder pflegerische Fachpersonal sowie das besondere medizinische Equipment zu stellen, damit die intensivmedizinische Betreuung der Patientinnen und Patienten während des Transports gewährleistet ist, z. B. bei Isolettentransporten oder Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO). Für diese Transporte sind Standards wie einheitliche Befestigungslösungen für das medizinische Equipment notwendig. Die Standards für die Spezialtransporte werden im Rahmen des Projektes «Optimierung Rettungswesen» bis Ende 2017 erarbeitet und werden mit den notwendigen Übergangsfristen umzusetzen sein.

Die generellen Anforderungen sind deshalb unter dem neuen Titel «C. Patiententransporte (Verlegungen)» um zwei zusätzliche Ziffern entsprechend zu ergänzen, wobei festzulegen ist, dass diese neuen Vorgaben erst ab 1. Juli 2018 gelten.

4.2 Zusätzliche Qualitätssicherung für alle Listenspitäler

Die Gesundheitsdirektion hat zusammen mit dem VZK, den Spitälern, der Patientenstelle Zürich, der Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich und der Einkaufsgemeinschaft HSK (Einkaufsgemeinschaft zahlreicher Krankenversicherer) eine Qualitätsstrategie für die stationäre Versorgung im Kanton Zürich entwickelt. Die Verpflichtung der Listenspitäler, die Qualität zu sichern und zu fördern, soll nun auf diese Qualitätsstrategie abgestützt werden. Die bisherige Ziff. 14 (neu Ziff. 16) der generellen Anforderungen ist deshalb entsprechend zu ergänzen.

Ergänzend zur bisherigen Verpflichtung der Listenspitäler zur Teilnahme an den Qualitätsmessungen des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) ist in der bisherigen Ziff. 15 (neu Ziff. 17) lit. b, erster Spiegelstrich, der generellen Anforderungen zu präzisieren, dass die Listenspitäler verpflichtet sind, der Gesundheitsdirektion auf Verlangen die spitalspezifischen Auswertungen des ANQ auszuhändigen bzw. die Gesundheitsdirektion gegenüber dem ANQ zu ermächtigen, die spitalspezifischen Auswertungen direkt beim ANQ einzuholen.

4.3 Verzicht auf Outcome Messungen im Bereich Akutsomatik

Mit der Spitalplanung 2012 wurden die Listenspitäler während der Phase des Systemwechsels in der Spitalfinanzierung (Einführung der Fallpauschalen) verpflichtet, das frühere Messprogramm (Outcome Messungen) des VZK bis zum 31. Dezember 2016 weiterzuführen. Die entsprechende Ziffer (bisher Ziff. 16) wird damit hinfällig und ist aus den generellen Anforderungen zu streichen.

4.4 Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Operateur

Die Einführung von Mindestfallzahlen auf das Jahr 2019 (vgl. Ziff. 5) verlangt eine Ergänzung der generellen Anforderungen unter dem Titel «F. Zusätzliche Anforderungen an Qualitätssicherung im Bereich Akutsomatik».

4.5 Festlegung einheitlicher Rechnungslegungsstandards

Um die Vergleichbarkeit der Spitäler zu verbessern, sind die Rechnungslegungsstandards in der bisherigen Ziff. 31 (neu Ziff. 49) in Anschluss an Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

«Die Finanzbuchhaltung muss jährlich nach einem der Standards Swiss GAAP FER, IPSAS oder IFRS revidiert werden. Der Revisionsbericht ist der Gesundheitsdirektion zuzustellen. Die Betriebsbuchhaltung muss nach dem Branchenstandard REKOLE® zertifiziert sein.»

Einzelne ausserkantonale Leistungserbringer haben eine Verschiebung der Einführung des neuen Rechnungslegungsstandards auf einen späteren Zeitpunkt beantragt. Da die innerkantonalen Leistungserbringer frühzeitig informiert wurden, ist für diese am Einführungszeitpunkt 1. Januar 2018 (Zustellung revidierter Abschluss bis Ende Mai 2019) festzuhalten. Für ausserkantonale Leistungserbringer wird eine Übergangsfrist von einem Jahr gewährt. Entsprechend sind die Rechnungslegungsstandards für diese Leistungserbringer erst ab dem 1. Januar 2019 umzusetzen (Zustellung Zertifikat / revidierter Abschluss bis Ende Mai 2020).

4.6 Festlegung neuer Zahlungsmodalitäten

Die Vergütung für die Behandlung von Zürcher Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern an Spitälern der Zürcher Spitalliste wird auf den 1. Januar 2018 von vierteljährlicher Sammelrechnungsstellung auf elektronische Einzelverrechnung umgestellt. Entsprechend sind die Zahlungsmodalitäten in der bisherigen Ziff. 35 (neu Ziff. 53) in Satz 2 wie folgt neu festzulegen:

«Die Spitälern stellen der Gesundheitsdirektion ab 1. Januar 2018 den kantonalen Vergütungsanteil für die Behandlungen elektronisch über Einzelrechnungen in Rechnung.»

5. Änderungen der Leistungsgruppen und deren Anforderungen (Akutsomatik)

5.1 Ergänzende Anforderungen zur Qualitätssicherung

5.1.1 Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateur

5.1.1.1 Anündigung

Bereits im Strukturbericht 2011 (S. 77) wurde im Zusammenhang mit der Einführung der Mindestfallzahlen pro Spital auf den 1. Januar 2012 festgehalten, dass die Gesundheitsdirektion die ersten Erfahrungen analysieren werde. Bei positiven Resultaten sei geplant, «die bestehenden Mindestfallzahlen anzupassen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen zu prüfen»; gedacht war insbesondere auch die Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur, wie dies auch von den Spitälern angeregt worden war. Die vorgesehenen Änderungen wurden im August 2016 mit RRB Nr. 799/2016 angekündigt und am 10. Februar 2017 in die Vernehmlassung gegeben.

5.1.1.2 Zweck

Die Zürcher Spitalliste 2012 schreibt seit Anbeginn für verschiedene Leistungsgruppen eine Mindestzahl von Fällen pro Spital und Jahr vor. Damit soll die Behandlungsqualität sichergestellt werden: Durch die Behandlung einer Mindestzahl von Fällen erhält ein Spital bzw. das Team, das die Patientin oder den Patienten behandelt, Routine und Erfahrung.

Dieses allgemein anerkannte, bewährte System soll bei bestimmten Leistungsgruppen durch Mindestfallzahlen pro operierende Ärztin oder operierenden Arzt ergänzt werden: Eine Operateurin oder ein Operateur soll eine Operation der betreffenden Leistungsgruppe nur dann durchführen dürfen, wenn sie oder er in der Vergangenheit eine gewisse Zahl solcher Eingriffe vorgenommen hat. Denn zur Erreichung einer hohen Behandlungsqualität sind Routine und Erfahrung nicht

nur des Spitals (Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflorgeteam), sondern auch der Operateurin oder des Operateurs erforderlich. Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von Mindestfallzahlen pro Spital mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur verbessern lässt. Auch das Bundesverwaltungsgericht hält fest: «Es ist gerichtsnotorisch, dass die Erfahrung des Arztes und seines Teams mit der Anzahl von erledigten Fällen wächst. Mindestfallzahlen dienen unbestrittenermassen der Qualitätssicherung» (Urteil C-3413/2014 vom 11. Mai 2017, E. 11.7.4).

Das neue Instrument kann dazu führen, dass einzelne Operationen in kleineren Spitälern nicht mehr durchgeführt werden dürfen, weil die dort tätigen Operateurinnen und Operateure die Mindestfallzahlen nicht erreichen. Die Mindestfallzahlen sind tief angesetzt, sodass jedenfalls Operateurinnen und Operateure, denen eine minimale Routine und Erfahrung zur Durchführung der betreffenden Operation fehlt, nicht zuzulassen sind. In solchen Fällen ist die Patientensicherheit höher zu gewichten als das Interesse der Spitäler an einem möglichst diversifizierten Angebot. Durch eine Spezialisierung oder Kooperation zwischen Spitälern können auch kleinere Spitäler spezialisierte Versorgung anbieten. Auf der Zürcher Spitalliste Akutsomatik weisen verschiedene kleine Spitäler ein spezialisiertes Leistungsspektrum auf. Verschiedene Kooperationsmodelle zwischen Spitälern zeigen, dass die Konzentration von spezifischen Leistungen an einem Standort unter Einbezug der Spezialistinnen und Spezialisten des Kooperationspartners erfolgreich möglich ist. Werden Eingriffe durch Spezialistinnen und Spezialisten beider Kooperationspartner durchgeführt, führt dies zu einer insgesamt grösseren Erfahrung der Operateurinnen und Operateure und schliesslich zu einer besseren Qualität für die Patientinnen und Patienten. Durch Kooperationen wird auch die Attraktivität des Spitals für die Fachexpertinnen und -experten und als Weiterbildungsstelle verbessert.

5.1.1.3 Zulässigkeit

Das Universitätsspital Zürich, das Kantonsspital Winterthur, das Stadtspital Triemli, die Klinik Hirslanden und die Universitätsklinik Balgrist befürworten grundsätzlich die Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur. Demgegenüber wenden sich der VZK (dem auch die erwähnten befürwortenden Spitäler angehören) und die Interessengruppe «Primärspitäler», die ebenfalls Mitglieder beim VZK sind, gegen die Neuerung. Begründung: Es fehle eine genügende gesetzliche Grundlage für Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur. Die Neuerung verletze die Wirtschaftsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte. Die Massnahme sei nicht verhältnismässig, denn ihre

wissenschaftliche Evidenz sei nicht erstellt und die Behandlungsqualität an den Spitälern schon heute hoch. Für die Festlegung der Voraussetzungen der eidgenössischen Weiterbildungstitel gemäss Medizinalberufegesetz seien die Fachgesellschaften bzw. die FMH zuständig, weshalb der Kanton nicht befugt sei, Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur vorzuschreiben. Die Spitallisten dürften nach §7 Abs. 1 SPFG nur «bei verändertem Bedarf» angepasst werden, weshalb der Systemwechsel eine Neuplanung erfordere.

Zulassungsvoraussetzung für Spitäler ist u. a., dass diese «über das erforderliche Fachpersonal verfügen» und sie der kantonalen Planung «für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen» (Art. 39 Abs. 1 Bst. b und d KVG). Der Bundesrat hat hierzu folgende, auf die Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Planungskriterien festgelegt (Art. 58b Abs. 5 KVV):

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

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

Weder der Wortlaut dieser Bestimmung noch die Materialien dazu enthalten weitere Vorgaben über die genaue Ausgestaltung des Instruments der Mindestfallzahlen. Die Kantone verfügen hier über einen weiten Gestaltungsspielraum. Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur sind deshalb genauso zulässig wie Mindestfallzahlen pro Spital – beides findet seine Rechtsgrundlage in den bundesrechtlichen Vorgaben, wonach ein Spital über das erforderliche Fachpersonal verfügen muss und bei der Qualitätsbeurteilung eines Spitals auch auf die Zahl der dort behandelten Fälle abzustellen ist.

Es entspricht allgemeiner Erfahrung, dass eine gewisse Routine die Zuverlässigkeit menschlichen Handelns fördert. Dazu bedarf es – wie eingangs dargelegt – keines wissenschaftlichen Nachweises. Dies gilt auch für die vorgesehenen Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur, zumal diese Zahlen tief angesetzt werden. Mit den hier vorgesehenen Mindestfallzahlen sollen in erster Linie Gelegenheitsoperationen ausgeschlossen werden.

Die Zweckmässigkeit der Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur wird auch durch ein an der ZHAW erstelltes Gutachten «Mindestfallzahlen im akutstationären Bereich» vom 19. April 2016 und durch die dort analysierten Studien belegt. Danach besteht ein positiver Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen bei Spitälern und/oder Operateurinnen und Operateuren einerseits und

besserem Outcome (z. B. niedrigerer Mortalität) andererseits. Das Gutachten von Dr. med. Stephan Pahls «Die Anwendung von Mindestfallzahlen in der Akutsomatik in der Schweiz» vom November 2015 zeigt, dass die Ergebnisqualität umso besser ist, je häufiger ein Eingriff durchgeführt wird. In wissenschaftlichen Studien sei für viele medizinische Verfahren eine positive «Volumen-Outcome-Beziehung» nachgewiesen worden.

Soweit die Wirtschaftsfreiheit durch die Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur überhaupt tangiert ist, besteht dazu eine genügende Rechtsgrundlage. Ebenso besteht ein öffentliches Interesse an dieser Massnahme, denn die Bevölkerung hat ein grosses Interesse an einer qualitativ hochstehenden Versorgung mit stationären Spitalleistungen. Die Massnahme ist auch verhältnismässig, denn sie betrifft nur Operateurinnen und Operateure, welche die vorgesehenen tiefen Mindestfallzahlen nicht erreichen; ihnen verbleiben zahlreiche andere Operationsbereiche.

Die Kantone sind gestützt auf Art. 39 KVG und Art. 58b KVV befugt, im Rahmen der stationären Spitalplanung und der Festsetzung der Spitallisten Vorgaben zu Qualität und Mindestfallzahlen zu machen. Die Kantone sind auch berechtigt, die Voraussetzung des von einem Spital zu stellenden «erforderlichen Fachpersonals» zu konkretisieren. Diese Kompetenz wird durch das Recht der ärztlichen Fachgesellschaften zur Festlegung der Voraussetzungen der Weiterbildungstitel nicht geschmälert. Im Übrigen beschränken die Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur die Berufsausübung nur in einzelnen Leistungsgruppen der stationären Versorgung, nicht aber in anderen Leistungsgruppen und im Bereich der ambulanten Eingriffe.

Nach § 7 Abs. 1 SPFG beschliesst der Regierungsrat die Spitalliste, mit der den Spitälern die Leistungsaufträge zugesprochen werden. Die Leistungsaufträge setzen sich aus einer oder mehreren Leistungsgruppen zusammen (Satz 1). «Bei verändertem Bedarf passt er die Spitalliste an» (Satz 2). Satz 2 bezieht sich auf den Bedarf nach medizinischen Leistungen der stationären Versorgung, also die Leistungsaufträge, und nicht auf die in den Anhängen zur Spitalliste enthaltenen qualitativen Vorgaben. Deshalb können die Anhänge jederzeit angepasst werden, wenn dies zur Erreichung der gesetzlichen Ziele erforderlich ist. Eine Neuauflage der Spitalplanung ist hierfür nicht erforderlich. Andernfalls könnten die Anforderungen an die Listenspitäler innerhalb der Spitalplanungsperioden nicht an die Entwicklungen und neuen Erkenntnissen der Medizin angepasst werden. Zur Sicherung der Qualität sind vielmehr laufend die neuesten medizinischen Erkenntnisse im Sinne rollender Festlegungen zu berücksichtigen. Entsprechend sind auch die Qualitätsanforderungen laufend weiterzuentwickeln.

5.1.1.4 Ausgestaltung

Es ist vorgesehen, bei sechs Leistungsgruppen Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur festzulegen. Die Mindestwerte liegen zwischen 10 Fällen pro Jahr (z. B. URO1.1.1 Radikale Prostatektomie) und 50 Fällen pro Jahr (z. B. BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen). Die Werte sind im Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 «Leistungsspezifische Anforderungen» aufgeführt, die weiteren Regelungen zu den Mindestfallzahlen im Anhang «Generelle Anforderungen».

Massgebend sind die Fallzahlen des Vorjahres ($t-1$) und des Vor-Vorjahres ($t-2$): Eine Operateurin oder ein Operateur wird für das Jahr $t+1$ zu Operationen einer bestimmten Leistungsgruppe zugelassen, wenn sie oder er im Durchschnitt der Jahre $t-1$ und $t-2$ die Mindestfallzahl erreicht hat. Erreicht eine zuvor zugelassene Operateurin oder ein zuvor zugelassener Operateur diesen Wert nicht mehr, erhält sie bzw. er nur noch eine für das Jahr $t+1$ befristete Zulassung. Zeigt sich in der Folge, dass die Mindestfallzahl auch im Jahr t nicht erreicht wird, läuft die Zulassung am Ende des Jahres $t+1$ aus. Wird die Mindestfallzahl im Jahr t erreicht, ist sie oder er wieder unbefristet zugelassen.

Die Mindestfallzahlen werden tief angesetzt. Es ist bekannt, dass sich eine gute Versorgungsqualität eher mit tiefen Mindestfallzahlen und einem ergänzenden Qualitätscontrolling (dazu Kap. 5.1.6) erreichen lässt als mit hohen Mindestfallzahlen. Hohe Mindestfallzahlen können zudem zu Mengenausweitungen führen, ferner zur übermässigen Konzentration der Leistungserbringung mit dem Risiko von Kompetenzverlusten bei ähnlich gelagerten Leistungen.

5.1.1.5 Zählweise

Zur Erreichung der Mindestfallzahl werden einer Operateurin oder einem Operateur alle Operationen der betreffenden Leistungsgruppe angerechnet, unabhängig davon, in welchem Listenspital sie oder er die Operation durchgeführt hat. Umgekehrt werden einem Listenspital alle relevanten Operationen angerechnet, unabhängig davon, welche zugelassene Operateurin oder welcher zugelassene Operateur die Operation durchgeführt hat.

Die Punktevergabe für die Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur orientiert sich an den entsprechenden Regelungen für die Mindestfallzahlen pro Spital, wie sie im Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2012 festgelegt worden sind (vgl. dort Kap. 5.2).

Pro Fall wird in der Regel nur ein Punkt vergeben. Dies gilt auch bei einem Primäreingriff, dem sich eine oder mehrere Nachfolgeeingriffe anschliessen. Erfordert eine Behandlung mehrere Spitalaufenthalte, so

wird der Punkt beim letzten, abschliessenden Eingriff vergeben (Beispiel: Lokale Exzision eines Tumors an der Brust mit Diagnosestellung Mammakarzinom und erneute Hospitalisation zur Brustentfernung). Damit soll verhindert werden, dass Eingriffe nur zur Erhöhung der Fallzahl aufgeteilt werden.

In folgenden Fällen gelten teilweise vom Grundsatz abweichende Regeln:

- Beidseitige Eingriffe, die in der Regel nur einseitig durchgeführt werden: 2 Punkte. Dies gilt auch dann, wenn die Eingriffe gleichzeitig erfolgen.
- Eingriffe, welche die Beteiligung von Operateurinnen und Operateuren verschiedener medizinischer Fachrichtungen erfordern. Jede Operateurin und jeder Operateur erhalten einen Punkt. Beispiel: Eingriff an der Aorta, der von einer Operateurin mit Facharzttitel für Gefässchirurgie und einem Operateur mit Facharzttitel interventionelle Radiologie durchgeführt wird.
- Zwei oder mehr Operationen aus unterschiedlichen Leistungsgruppen, zum Beispiel eine Kombination von Hüftprothese und Brustoperation während der gleichen Hospitalisation: 2 Punkte.
- In Weiterbildungssituationen wird die Person, welche die Operation durchführt (sogenannter Erstoperaeur), von einem anderen, zugelassenen Operateur assistiert, bei dem die abschliessende fachliche Verantwortung liegt. Hier erhalten sowohl der verantwortliche Operateur als auch – zwecks späterer Zulassung zur selbstständigen Durchführung der Operation – der Erstoperaeur einen Punkt.
- Zu einer Aufteilung eines Punktes kommt es, wenn die Operation von einem zugelassenen Erstoperaeur zusammen mit einem ebenfalls zugelassenen Hauptoperaeur durchgeführt wird. Beispiel: Zwei Belegärzte operieren eine Patientin mit Ovarialkarzinom gemeinsam und teilen sich den Punkt.

5.1.1.6 Verfahren

Die Listenspitäler mit Standort im Kanton Zürich melden der Gesundheitsdirektion im Rahmen der medizinischen Statistik (PRISMA), welche Operateurinnen und Operateure im Vorjahr welche Behandlungen in den Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur durchgeführt haben. In den CHOP-/ICD-Definitionstabellen für die Leistungsgruppen ist abschliessend angegeben, bei welchen Codes oder Code-Kombinationen die Operateurinnen und Operateure zu erfassen sind. Ausserkantonale Listenspitäler der Zürcher Spitalliste reichen die für die Prüfung der Mindestfallzahlen notwendigen Daten in geeigneter Form ein.

Die Gesundheitsdirektion konsolidiert die Fallzahlen, bezieht die Fallzahlen des Vor-Vorjahres (t-2) mit ein und veröffentlicht bis Mitte eines Jahres, welche Operateurinnen und Operateure im Folgejahr (t+1) für Operationen dieser Leistungsgruppe zugelassen sind.

Hat eine Operateurin oder ein Operateur Operationen in Spitälern durchgeführt, die nicht auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind, kann sie oder er der Gesundheitsdirektion entsprechende Belege einreichen. Die Gesundheitsdirektion wird solche Fälle plausibilisieren und gegebenenfalls berücksichtigen.

Bei Nichterreichen der Fallzahlen wegen längerer Arbeitsunterbrüche wie z. B. Mutterschaftsurlaub, Sabbatical, Stellenwechsel oder beim Berufseinstieg nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung kann die Gesundheitsdirektion die Operateurin oder den Operateur aufgrund früher erreichter Fallzahlen ausnahmsweise weiter zulassen.

5.1.1.7 Einführung

Unter Berücksichtigung der in der Vernehmlassung vorgebrachten Einwände wird das Instrument der Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur erst auf 1. Januar 2019 eingeführt. Dadurch erhalten die Leistungserbringer und die Operateurinnen und Operateure hinreichend Zeit, sich auf die neue Regelung einzustellen.

Die Zürcher Listenspitäler sind bereits seit 1. Januar 2017 verpflichtet, in den von der Mindestfallzahlenregelung erfassten Leistungsgruppen die Fälle pro Operateurin oder Operateur zu erfassen. Für das erste Jahr mit Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur wird auf die Fallzahlen nur des Jahres 2017 (und nicht auf den Durchschnitt der Jahre 2017 und 2018) abgestellt (RRB Nr. 799/2016). Damit soll verhindert werden, dass Operateurinnen und Operateure mit zu wenig Fallzahlen im Jahr 2018 Operationen durchführen, die medizinisch nicht eindeutig indiziert sind. Da die jährlichen Mindestfallzahlen tief angesetzt werden, ist der Beurteilungszeitraum von einem Jahr für die Einführungsphase vertretbar.

5.1.2 Anpassung und Einführung der Mindestfallzahlen auf Stufe Leistungserbringer (Spital)

Es gilt auch bei der Mindestfallzahl pro Spital, dass in erster Linie verhindert werden soll, dass Patientinnen und Patienten in Spitälern behandelt werden, welche diese Behandlungen nur selten erbringen. An den bereits bestehenden Mindestfallzahlen pro Spital sind keine Änderungen vorgesehen. Dagegen werden bei einigen weiteren Leistungsgruppen Mindestfallzahlen pro Spital eingeführt.

Für die Umsetzung der neuen Mindestfallzahlen pro Spital sind die Datenjahre 2016 und 2017, und für die Umsetzung der neuen Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur ist die Erhebung im Jahre 2017 massgeblich. Die Leistungsaufträge für Leistungsgruppen mit neuen Mindestfallzahlen pro Spital bzw. neue konfigurierte Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital werden gestützt auf die bisherigen Leistungsaufträge befristet bis 31. Dezember 2018 vergeben. Der befristete Leistungsauftrag entfällt auf 1. Januar 2019, wenn die Mindestfallzahl der entsprechenden Leistungsgruppe im Durchschnitt der beiden Jahre 2016 und 2017 (Spital) nicht erreicht wird. Bei einer Kooperation mehrerer Spitäler mit einer Konzentration der Eingriffe an einem Standort können die Fallzahlen für die Beurteilung addiert werden.

Die Mindestfallzahlen pro Spital sind grundsätzlich gut etabliert und anerkannt. Einwendung dagegen liegen keine vor.

5.1.3 Neue Anforderungen betreffend die Qualifikation der Operateurinnen und Operateure

Im «Anhang zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «FMH Facharzt / Schwerpunkte» die Qualifikation der entsprechenden Fachärztin oder des entsprechenden Facharztes am Spital definiert. Zusätzlich wird nun in derselben Spalte auch festgelegt, welche Facharztqualifikation (FMH oder ausländischer äquivalenter, von der FMH/SIWF [Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung] anerkannter Titel) vorausgesetzt wird, um gewisse Eingriffe als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur vorzunehmen. Mit der Erfassung der Operateurinnen und Operateure wird es bei den entsprechenden Leistungsgruppen möglich, deren Qualifikationen systematisch zu prüfen. Diese Erweiterung gilt ausschliesslich für diese Leistungsgruppen bzw. die definierten CHOP-Codes mit Erfassung der Operateurinnen und Operateure und ist ab 1. Januar 2019 verbindlich.

Soweit geltend gemacht wird, von Fachärztinnen und -ärzten dürften keine zusätzlichen Facharztstitel verlangt werden, ist Folgendes festzuhalten: Wie vorne (Ziff. 5.1.1.2) gezeigt, sind die Kantone gestützt auf Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG und Art. 58b Abs. 5 KVV ausdrücklich befugt bzw. beauftragt, im Rahmen der stationären Spitalplanung bzw. der Festsetzung der Spitallisten Vorgaben u. a. zur Qualität zu machen. Die Festlegung von entsprechenden Anforderungen und damit auch die Qualitätskontrolle der Leistungserbringer entspricht Sinn und Zweck der Spitalplanung. Vorliegend werden lediglich bestehende Facharztqualifikationen verlangt und überprüft. Die Kriterien für den Erwerb und die Erteilung des Facharztstitels ist davon nicht betroffen und liegt weiterhin in der Verantwortung der FMH bzw. der Fachgesellschaften.

5.1.4 Präzisierung der Anforderung an die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte

Im «Anhang zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «Verfügbarkeit» pro Leistungsgruppe festgehalten, dass die Fachärztin oder der Facharzt innert einer vorgegebenen Zeit verfügbar sein muss. Neu wird für die jeweilige postoperative Nachsorge bei Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur die weitere Verfügbarkeit der zugelassenen Operateurin oder des zugelassenen Operateurs oder eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung verlangt. Das heisst, die zugelassenen Operateurinnen und Operateure bzw. die Spitäler sind in der postoperativen Phase verpflichtet, die Versorgungsqualität mittels Erreichbarkeit und Möglichkeit zur Intervention sicherzustellen.

Zur Behandlung von postoperativen Komplikationen sind in einzelnen Fachbereichen auch entsprechend kompetente Dienstärztinnen und -ärzte (auch ohne Zulassung für den spezifischen Eingriff) zugelassen, wobei in der postoperativen Phase bei Bedarf eine zugelassene Operateurin oder ein zugelassener Operateur verfügbar sein muss. Die Verfügbarkeit ist unter Ziff. 5.2 pro Leistungsgruppe spezifiziert.

5.1.5 Anpassung und Spezifikation der Anforderungen an das Tumorboard und an die Indikationskonferenz

Die Indikationsstellung einer Behandlung und die Empfehlung der patientenindividuell besten Behandlungsmethode wird in verschiedenen Bereichen zunehmend komplexer und muss deshalb je nach Erkrankung an einem Tumorboard oder einer Indikationskonferenz mit allen beteiligten Fachexpertinnen und -experten diskutiert, festgelegt und dokumentiert werden. Die betroffenen Leistungsgruppen sind in den «leistungsspezifischen Anforderungen» bezeichnet.

Grundsätzlich wird bei diesen Leistungsgruppen verlangt, dass für sämtliche infrage kommenden Behandlungsmethoden die dafür zugelassenen Fachexpertinnen und -experten an einem Tumorboard oder einer Indikationskonferenz jeweils vertreten oder per Videokonferenz zugeschaltet sind, um über eine Empfehlung im Einzelfall zu entscheiden. Das Tumorboard setzt sich in der Regel aus einer Vertretung der Radio-Onkologie, medizinischen Onkologie, Radiologie, Pathologie und der jeweiligen organspezifischen operativen und nichtoperativen Fachgebiete zusammen und die Indikationskonferenz aus den jeweiligen organspezifischen operativen und nichtoperativen Fachspezialistinnen und -spezialisten.

Die Empfehlungen des Tumorboards bzw. der Indikationskonferenz sind von den Behandelnden in aller Regel auch umzusetzen. Zudem hat ein Aufklärungsgespräch durch die für die empfohlenen Behandlungen kompetenten und zugelassenen Fachexpertinnen und -experten bzw. deren ärztliche Mitarbeitenden zu erfolgen. Dieses ermöglicht den Patientinnen und Patienten, sich gestützt auf fachliche Information für einen Eingriff zu entscheiden. Der Tumorboard- bzw. Indikationskonferenzbeschluss hat alle Vorgehensmöglichkeiten einschliesslich der nicht-operativen Alternativen und der Festlegung des notwendigen Ausmasses der Operation aufzuzeigen und die für die Patientin oder den Patienten aus medizinischer Sicht am besten geeignete Behandlung zu empfehlen.

In einzelnen Fachbereichen ist zusätzlich auch eine postoperative Besprechung am Tumorboard oder der Indikationskonferenz erforderlich (z. B. Berücksichtigung der Histologie des entfernten Gewebes für die Indikationsstellung zur weiteren Behandlung bzw. zur Kontrolle des Behandlungsergebnisses).

5.1.6 Einführung eines Qualitätscontrollings mit Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften oder Zertifizierung

Die Qualität kann mit der Einführung eines Qualitätscontrollings besser und nachhaltiger angehoben werden als nur mit der Erhöhung bzw. Einführung hoher Mindestfallzahlen. Deshalb ist parallel zur Einführung der Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur auch ein Qualitätscontrolling zu verlangen, insbesondere bei malignen Tumoren: Eine qualitativ hochstehende Versorgung integriert möglichst die ganze Krebsbehandlung auch im zeitlichen Verlauf der Erkrankung, die ambulanten wie auch die stationären und die palliativen Behandlungen in einem Spital. Ziel ist es, eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und eine entsprechende Kontinuität für die betroffenen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Das Qualitätscontrolling ist wie folgt umzusetzen:

- Variante 1: Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft
- Variante 2: Zertifizierung

Zu Variante 1: Die Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft erfolgt idealerweise auf nationaler Ebene. Der Kanton Zürich kann die Fachgesellschaften lediglich zum Aufbau der Qualitätssicherung ermutigen. Die Anforderungen der Spitalliste sind jedoch für die Spitäler und entsprechend für die in den Listenspitälern tätigen Fachärztinnen und Fachärzte verbindlich. Demzufolge sind die Spitäler zum Aufbau der Qualitätssicherung zu verpflichten.

Zu Variante 2: Umfassende Zertifizierungen wie z. B. die Zertifikate der DKG (Deutschen Krebsgesellschaft) haben den Vorteil, dass die gesamte Behandlung, einschliesslich der ambulanten prä- und postoperativen Phase, eingeschlossen ist. Die Qualitätssicherung geht bei der Zertifizierung über den vorliegend zu regelnden stationären Bereich hinaus. Ein Nachteil der Zertifizierung ist, dass diese verhältnismässig aufwendig und teuer ist. Bei den DKG-Zertifikaten ist zudem zu beachten, dass die Anforderungen teilweise spezifisch für Deutschland ausgelegt sind. Die Gesundheitsdirektion steht deshalb mit der DKG in Kontakt, um spezifische Zertifikate für die Schweiz zu entwickeln.

Beide Varianten müssen die unter Ziff. 5.1.6.1 festgelegten Anforderungen erfüllen, um von der Gesundheitsdirektion anerkannt zu werden.

Die Stellungnahmen zu den in der Vernehmlassung zur Auswahl gestellten Varianten sind mehrheitlich positiv ausgefallen. Soweit verschiedene Leistungserbringer einwenden, dass durch das Qualitätscontrolling erhebliche Mehrkosten anfallen werden, ist festzuhalten, dass die Qualitätssicherung grundsätzlich durch die DRG-Pauschale gedeckt ist. Zudem wird darauf hingewiesen, dass Zertifikate oftmals aus Deutschland stammen und schweizerische Aspekte nicht berücksichtigt werden. Dieser Einwand ist teilweise zutreffend. Die Gesundheitsdirektion ist deshalb dabei, mit der DKG die Entwicklung eines internationalen Zertifikates unter Berücksichtigung der schweizerischen Aspekte anzuregen, insbesondere ein Zertifikat für gynäkologische Tumore. Weiter wird beantragt, nicht nur bestimmte Zertifizierungen, sondern andere bereits etablierte Qualitätssicherungssysteme zu berücksichtigen. Wie erwähnt, sind grundsätzlich verschiedene Varianten des Qualitätscontrollings möglich, sofern diese gleichwertig sind und die unter Ziff. 5.1.6.1 festgelegten Anforderungen erfüllt werden. Zu beachten ist jedoch, dass die Entwicklung eines neuen Qualitätssicherungssystems nicht angezeigt ist, wenn gute und etablierte Alternativen, insbesondere internationale Register, bereits bestehen.

Vor diesem Hintergrund ist das Qualitätscontrolling in der Regel durch die in den Stellungnahmen im jeweiligen Leistungsbereich bevorzugte Variante sicherzustellen. Die Umsetzung pro Leistungsbereich erfolgt in Ziff. 5.2.

5.1.6.1 Anforderungen an das Qualitätscontrolling

Das Qualitätscontrolling durch Zertifikate wie auch durch die Fachgesellschaften muss spezifische Anforderungen erfüllen. Zertifikate oder Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft werden von der Gesundheitsdirektion Zürich anerkannt, wenn folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Erfassung der Fälle in einem Register: idealerweise in einem international anerkannten Register mit der Möglichkeit zu einem Benchmarking mit grossen Fallzahlen. Mindestanforderung ist ein nationales Register. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind einzuhalten.
- Strukturierter Ausweis von Kenndaten mit Schwellenwerten zur Qualitätssicherung, die Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglichen: Kenndaten sollten von einer von den Leistungserbringern unabhängigen nationalen Fachgesellschaft anerkannt sein und sich an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und nationalen oder internationalen Richtlinien orientieren. Die Bestimmung der massgeblichen Kenndaten soll in Absprache mit der Gesundheitsdirektion erfolgen. Die Berücksichtigung von allfälligen, durch die Gesundheitsdirektion gestellten versorgungsrelevanten Fragen soll dadurch ermöglicht werden. Die Daten sind der Gesundheitsdirektion mindestens auf Stufe Spital auszuweisen. Spitalintern soll nach Möglichkeit eine Auswertung bis auf die einzelnen Operateurinnen und Operateure erfolgen.
- Von unabhängiger Seite auditierte Datenerfassung: Stichproben durch professionelles Auditinstitut, zumindest 5% der Daten werden geprüft. Eine Verringerung der Anzahl der Stichproben kann bei direkter, automatisierter Übernahme aus vernetzten Dokumenten der Krankengeschichte beantragt werden.
- Prüfung der Kenndaten durch ein Audit mit den verantwortlichen Klinikerinnen und Klinikern durch unabhängige Peers (Klinikerinnen und Kliniker mit hoher Fachkompetenz) mit Festlegung von Massnahmen bei ungenügender Qualität: Die Unterstützung von Leistungserbringern durch gezielte Weiterbildungsmöglichkeiten oder – bei Verbesserungsbedarf – mittels Coaching durch Peers ist zu fördern.
- Das Ergebnis des Qualitätscontrollings soll an regelmässigen Treffen (ein- bis zweijährlich) der Leistungserbringer und ihrer Spezialistinnen und Spezialisten mit der Gesundheitsdirektion vorgestellt und diskutiert werden. Eine Publikation der Daten ist nicht vorgesehen.

Diese Vorgaben werden im Wesentlichen von der Fachgesellschaft im Bereich der Herzchirurgie bereits umgesetzt.

Wenn eine Zertifizierung oder die Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft einzelne der leistungsspezifischen Mindestanforderungen nicht erfasst, muss die Erfüllung der genannten Anforderungen ergänzend umgesetzt und ausgewiesen werden.

Diese genannten Anforderungen sind als Guidelines zu verstehen. Die Umsetzung im Detail bzw. die Ausführung kann auf spezifische Bedingungen und Besonderheiten abgestimmt werden. Die Erarbeitung

neuer Qualitätssicherungssysteme oder die Anpassung und Ergänzung bestehender Systeme soll möglichst unter Einbezug der Gesundheitsdirektion erfolgen.

Die Umsetzung soll gemäss den unter Ziff. 5.2 beschriebenen Spezifikation und Fristen pro Leistungsbereich erfolgen. Dabei sind bereits bestehende Register oder Zertifizierungen und die Fristen für die Konzeptionierung, den Aufbau und die Umsetzung entsprechend berücksichtigt.

5.2 Von den Änderungen betroffene Leistungsbereiche

Die Spezifikationen zu den einzelnen Leistungsgruppen sind im Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018) sowie den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018) dargestellt.

5.2.1 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie

Leistungsgruppe: Keine Änderung.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine. Entgegen verschiedener Stellungnahmen ist darauf zu verzichten, auch für diese Leistungsgruppe eine Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur festzulegen. Die Indikationsstellung wie auch die Nachsorge der Schilddrüsenchirurgie erfolgt bereits heute in der Regel durch spezialisierte Endokrinologinnen und Endokrinologen oder Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner in einem gut organisierten Umfeld.

Mindestfallzahl pro Spital: Neu sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr 10 Fälle notwendig.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu dürfen nur Fachärztinnen und Fachärzte für Oto-Rhino-Laryngologie oder Chirurgie als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur operieren.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Fachärztinnen oder Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Die Indikationsstellung für die Schilddrüsenchirurgie erfolgt bereits heute in der Regel durch spezialisierte Endokrinologinnen und Endokrinologen oder Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner und ist unproblematisch. Allerdings müssen die häufig erst postoperativ erkannten Schilddrüsen-Karzinome neu am Tumorboard besprochen und dokumentiert werden. Das Tumorboard für die fachgerechte Beurteilung eines Schilddrüsenkarzinoms setzt sich zusammen aus Operateur, Pathologe, Endokrinologe oder Nuklearmediziner.

Qualitätscontrolling: In mehreren Stellungnahmen wird ein Qualitätscontrolling verlangt. Dieses ist umzusetzen als strukturierte Erfassung des postoperativen laryngologischen Status, der Rate des postoperativen Hypoparathyreoidismus nach totalen Thyreoidektomien und Komplettierungsthyreoidektomien. Die Komplikationen der Schilddrüsenchirurgie sind in der Regel visibel (z. B. Heiserkeit). Da die Indikationsstellung wie auch die Nachsorge der Schilddrüsenchirurgie wie bereits erwähnt in der Regel durch spezialisierte Endokrinologinnen und Endokrinologen oder Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner in einem gut organisierten Umfeld erfolgen, kann auf eine weitergehende Regulierung der Qualitätskontrolle verzichtet werden.

Sonstige Anforderungen: Neu wird für alle Schilddrüseneingriffe ein Neuromonitoring des Nervus recurrens verlangt. In der Stellungnahme der Fachgesellschaft wird zudem postoperativ eine systematische Evaluation der Stimmklappenfunktion sowie bei totalen Thyreoidektomien die Messung und Dokumentation des Calcium- und Parathormonspiegels beantragt. Diese Anforderungen sind umzusetzen.

5.2.2 ANG2 Interventionen intraabdominale Gefäße und GEF2 Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße

Leistungsgruppen: Die Leistungsgruppen ANG2 und GEF2 werden zusammengefasst zur Leistungsgruppe GEFA Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße. Die Zusammenführung der beiden Leistungsgruppen ist notwendig, weil die intraabdominalen Gefäßeingriffe durch die medizinische Entwicklung oft in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit von Intervention und Chirurgie durchgeführt werden.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine.

Mindestfallzahl pro Spital: Durch die Zusammenführung der bisherigen zwei Leistungsgruppen ANG2 und GEF2 mit einer bisherigen Mindestfallzahl von je 10, sind die Mindestfallzahlen zu addieren und auf 20 festzulegen.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie oder Kardiologie für Interventionen bzw. Fachärztinnen und Fachärzte Gefäßchirurgie oder Herz- und thorakale Gefäßchirurgie für Operationen als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Operateurinnen und Operateure (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bis-

herigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb von 30 Minuten zu gewährleisten.

Indikation: Alle Fälle mit Eingriffen an den intraabdominalen Gefässen sind an einer interdisziplinären Indikationskonferenz (Operateure und Interventionisten) zu besprechen. Bei dringlichen Situationen genügt ein Ad-hoc-Gremium. Die Fallbesprechung ist detailliert zu dokumentieren.

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller abdominalen Gefässingriffe (Intervention und Chirurgie) ab 1. Januar 2018 im Swiss Vasc Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung ab 1. Januar 2019. Der Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklung des Swiss Vasc Registers (z. B. auditierte Datenerfassung) ist gemäss Ziff. 5.1.6.1 Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzusetzen. Es ist geplant, die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärztinnen und -ärzten zu erarbeiten.

Sonstige Anforderungen: Keine weitere Änderung.

5.2.3 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe und GEF3 Gefässchirurgie Carotis

Leistungsgruppen: Keine Änderung.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine.

Mindestfallzahl pro Spital: Wie bisher sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr für beide Leistungsgruppen je 10 Fälle notwendig.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind für ANG3 nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie oder Kardiologie für Interventionen bzw. für GEF3 nur Fachärztinnen und Fachärzte Gefässchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie oder Neurochirurgie bei Eingriffen als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die für den Eingriff verantwortlichen Fachärztinnen und Fachärzte (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Alle Fälle mit Eingriffen an der Carotis sind an einer interdisziplinären Indikationskonferenz (Operateure, Interventionisten und Neurologe) zu besprechen. Bei dringlichen Situationen genügt ein Ad-hoc-Gremium. Die Fallbesprechung ist detailliert zu dokumentieren.

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller Carotiseingriffe (Intervention und Chirurgie) ab 1. Januar 2018 im Swiss Vasc Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung ab 1. Januar 2019. Der Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklung des Swiss Vasc Registers (z. B. auditierte Datenerfassung) ist gemäss Ziff. 5.1.6.1 Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzusetzen. Es ist geplant, die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärztinnen und -ärzten zu erarbeiten.

Sonstige Anforderungen: Neu wird verlangt, dass die postinterventionelle oder postoperative Überwachung und eine Nachkontrolle 30 Tage postinterventionell oder postoperativ durch eine Fachärztin Neurologie oder einen Facharzt Neurologie erfolgt. Der Beizug zur Überwachung sowie zur Nachkontrolle kann konsiliarisch erfolgen.

5.2.4 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie

Leistungsgruppe: Keine Änderung.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Neu sind für die Zulassung als Operateurin oder Operateur pro Jahr 10 Fälle notwendig.

Mindestfallzahl pro Spital: Wie bisher sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr 10 Fälle notwendig.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Schwerpunkttitle Operative Urologie als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Operateurinnen und Operateure (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Wie bisher sind alle Fälle mit Prostatakarzinom und kurativer Therapie im Tumorboard in Anwesenheit aller beteiligter Fachexpertinnen und -experten aller Therapiealternativen (Radio-Onkologie, Onkologie, Radiologie und Urologie) zu besprechen. Neu wird verlangt, dass die Fallbesprechung prä- und posttherapeutisch stattfindet und dokumentiert wird. Ein Indikationscontrolling ist zu entwickeln und auf das Jahr 2019 einzuführen. Dieses ist notwendig, weil eine Mengenausweitung durch eine inadäquate Ausweitung der Indikationsstellung aufgrund der hohen Anzahl potenziell für eine Prostatektomie infrage kommender Patienten verhindert werden soll. Es ist geplant, einen Vorschlag für das Indikationscontrolling zusammen mit Zürcher Fachärztinnen und -ärzten zu erarbeiten.

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller Patienten mit Prostatakarzinom ab 1. Januar 2019 in einem Register und Ausweis von Kenn-
daten zur Qualitätssicherung. In den Stellungnahmen wird einstimmig
die Variante der verbindlichen Qualitätssicherung durch die Fachgesell-
schaft (bzw. einen kantonalen Zusammenschluss der Fachärzte der Zür-
cher Listenspitäler) bevorzugt. Der Ausweis von Kenn- und Daten zur Quali-
tätssicherung (Indikations- und Ergebnisqualität) sowie der Aufbau
bzw. der Anschluss an ein bestehendes Register ist gemäss Ziff. 5.1.6.1
Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Ge-
sundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzuset-
zen. Das Qualitätscontrolling soll alle Patienten mit Prostatakarzinom
und alle Therapiealternativen wie z. B. Prostatektomie, Radiotherapien
oder fokale Therapien und aktive Surveillance mit einschliessen. Das
Qualitätscontrolling soll so schlank als möglich, effektiv und differen-
zierend sein. Es ist geplant, dazu einen Vorschlag zusammen mit Zür-
cher Fachärztinnen und -ärzten zu erarbeiten.

Sonstige Anforderungen: Keine weitere Änderung.

*5.2.5 URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Über-
gang und URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra*

Leistungsgruppen: Überführung der Codes der Leistungsgruppen
URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
und URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra in URO1.1 Uro-
logie mit Schwerpunkt «Operative Urologie». Die Leistungsgrup-
pen URO1.1.5 und URO1.1.6 werden aufgelöst. Aufgrund der Stellung-
nahmen ist die Leistungsgruppe URO1.1.7 Implantation eines künstli-
chen Harnblasensphinkters nicht in die Leistungsgruppe URO1.1 zu in-
tegrieren, sondern weiterzuführen. Dabei ist bei der Leistungsgruppe
URO1.1.7 zu ergänzen, dass bei der Qualifikation auch Fachärztinnen
und Fachärzte Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie und Urolo-
gie der Frau zugelassen sind.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine.

Mindestfallzahl pro Spital: Keine.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen
und Fachärzte Urologie mit Schwerpunkt Operative Urologie als verant-
wortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Fachärztinnen oder
Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen
leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu
sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewähr-
leisten.

Indikation: Keine.

Qualitätscontrolling: Keines.

Sonstige Anforderungen: Keine.

*5.2.6 THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems
(kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)*

Die Leistungsgruppe THO1.1 umfasst die kurativen Lungenoperationen bei Lungenkrebs. Da die Behandlung von Lungenkrebs durch spezifizierte Therapien erfolgt, die in der Regel gemäss internationalen Studien hohe Fallzahlen voraussetzen, wurde in der Vernehmlassung eine weitere Konzentration und die Anforderung einer DKG-Zertifizierung in Aussicht gestellt. Da die Rückmeldungen dazu kontrovers ausgefallen sind und die IVHSM die Thoraxchirurgie als weiteren, neu zu regelnden Bereich vorgesehen hat, ist vorerst auf eine Erweiterung der Mindestfallzahlen, insbesondere auf das Qualitätscontrolling mit der Verpflichtung zur DKG-Zertifizierung zu verzichten. Zudem ist mit den bestehenden Anforderungen und der im Vergleich zu den anderen Leistungsgruppen hohen Mindestfallzahl von 30 bereits eine gute Konzentration und Qualitätssicherung erreicht. Die DKG hat bereits begonnen, internationale Zertifikate zu erarbeiten; die DKG-Zertifizierung wird bereits von verschiedenen Spitälern umgesetzt.

Leistungsgruppe: Keine Änderung.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine.

Mindestfallzahl pro Spital: Wie bisher sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr 30 Fälle notwendig.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen und Fachärzte Thoraxchirurgie als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Fachärztinnen oder Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Neu sind alle Fälle mit Lungenkrebs im Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und -experten aller Therapiealternativen zu besprechen. Es wird verlangt, dass die Fallbesprechung prä- und posttherapeutisch stattfindet und dokumentiert wird.

Qualitätscontrolling: Vorerst nicht vorgesehen. Wiedererwägung im Hinblick auf die neue Spitalplanung möglich (voraussichtlich auf das Jahr 2021).

Sonstige Anforderungen: Erfassung der Operateurinnen und Operateure.

5.2.7 THO1.2 Mediastinaleingriffe

Leistungsgruppe: Keine Änderung.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Keine.

Mindestfallzahl pro Spital: Keine.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen und Fachärzte Thoraxchirurgie als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Fachärztinnen oder Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Neu sind alle Fälle mit Mediastinaltumoren im Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und -experten aller Therapiealternativen zu besprechen. Es wird verlangt, dass die Fallbesprechung prä- und posttherapeutisch stattfindet und dokumentiert wird.

Qualitätscontrolling: Vorerst nicht vorgesehen. Wiedererwägung im Hinblick auf die neue Spitalplanung auf das Jahr 2021 möglich.

Sonstige Anforderungen: Erfassung der Operateurinnen und Operateure.

5.2.8 BEW7 Rekonstruktion untere Extremität

Die Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion untere Extremität umfasst rekonstruktive Operationen und Endoprothesen von Hüfte, Knie und Fuss. Neu sollen die Leistungsgruppe aufgeteilt und zusätzliche Anforderungen definiert werden. Das Teilgebiet der Endoprothetik der Hüfte setzt sich aus etwa 90% elektiven und 10% unfallchirurgischen Eingriffen zusammen. Unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsantworten sind auch bei seltenen Hüfttotalprothesen zur Erstversorgung bei Frakturen (Unfallchirurgie) Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur zu verlangen, nicht jedoch für die in der Unfallchirurgie viel häufigeren Teilprothesen. Diese sind nicht in dieser Leistungsgruppe abgebildet. Die Änderungen wurden von der Fachgesellschaft in der Vernehmlassung, abgesehen von den Mindestfallzahlen, grundsätzlich befürwortet.

Leistungsgruppe: Aufteilung der Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion untere Extremität in die Subgruppen BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.2 Erstprothese Knie und BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen. Die allgemeine Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion untere Extremität bleibt bezüglich Umfang reduziert be-

stehen und umfasst gewisse rekonstruktive Eingriffe und die Eingriffe am Fuss. Die Verfeinerung der Leistungsgruppen ist aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der Operateurinnen und Operateure in der Behandlung an Hüfte und Knie notwendig.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Neu sind für die Zulassung als Operateurin oder Operateur pro Jahr für BEW7.1 Erstprothesen Hüfte 15 Fälle und für BEW7.2 Erstprothesen Knie 15 Fälle notwendig. Diese Fallzahlen wurden unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsantworten, insbesondere bezüglich aktueller Entwicklung der Inzidenz und der jeweiligen technischen Schwierigkeiten, angepasst.

Neu sind für die Zulassung als Operateurin oder Operateur für BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen pro Jahr 50 Fälle der entsprechenden Erstprothesen BEW7.1 Erstprothese Hüfte bzw. BEW7.2 Erstprothese Knie notwendig. Damit kann im Sinne der Stellungnahmen die notwendige grosse operative Fachkompetenz zusätzlich sichergestellt werden, ohne einen Anreiz zu vermehrten Wechseloperationen zu setzen. Die hohe Mindestfallzahl ist gerechtfertigt durch die deutlich höheren Risiken, auch bei weiteren Wechseloperationen.

Für die reduzierte Leistungsgruppe BEW7 besteht keine Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur.

Mindestfallzahl pro Spital: Neu sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr für BEW7.1 Erstprothese Hüfte und BEW7.2 Erstprothese Knie je 50 Fälle notwendig. Die Fallzahlen pro Spital für BEW7.1 und BEW7.2 sind massvoll angesetzt, um eine minimale Routine auch des perioperativen Teams sicherzustellen.

Für BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen wird keine Mindestfallzahl pro Spital verlangt, zumal durch die Verknüpfung mit dem Leistungsauftrag für BEW7.1 Erstprothese Hüfte bzw. BEW7.2 Erstprothese Knie am gleichen Standort (Verknüpfung Inhouse) bezüglich Erstprothesen bereits eine Mindestfallzahl pro Spital verlangt wird.

Für die reduzierte Leistungsgruppe BEW7 besteht keine Mindestfallzahl pro Spital.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind für die Leistungsgruppen BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.2. Erstprothese Knie und BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Facharztstitel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates als verantwortliche Operateure zugelassen. Als Ausnahme sind bei der Frakturprothetik auch Fachärztinnen und Fachärzte Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie zugelassen, sofern diese die geforder-

te Mindestfallzahl erreichen. Ansonsten muss eine Operateurin oder ein Operateur mit Zulassung zumindest zur Supervision als Assistenz beigezogen werden. Für die Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion untere Extremität gelten die bisherigen Anforderungen.

Da eine Mitgliedschaft in einem Verein nicht erzwungen werden kann, ist auf das zusätzlich vorgeschlagene Erfordernis der Mitgliedschaft bei Swiss Orthopaedics zu verzichten. Die Gesundheitsdirektion wird jedoch ermächtigt, einen allfällig verfügbaren Schwerpunkttitel oder ein spezifisches Diplom als Anforderung zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Auf die Verfügbarkeit von besonders zugelassenen Operateurinnen und Operateuren in der postoperativen Phase ist zu verzichten, da davon ausgegangen werden kann, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärztinnen und -ärzten behandelt werden können. Es gilt die bisherige Verfügbarkeit von Fachärzten. Allerdings ist für die Notfallversorgung von Frakturen mittels Totalprothesen eine Verfügbarkeit einer Operateurin oder eines Operateurs mit Zulassung innert 24 Stunden zu gewährleisten. Dies gilt nur für Leistungserbringer mit Notfallstation und Leistungsauftrag Basispaket (BP) zur Erstversorgung mit Hüfttotalprothesen bei Frakturen (Unfallchirurgie).

Indikation: Die Spitäler sind verpflichtet, ein Indikationscontrolling mit Bezug zum Patienten-Outcome einzuführen, das auf dem Schweizerischen Implantat-Register (SIRIS) aufbaut und eine Auswertung mit den anderen SIRIS-Daten erlaubt. Dabei ist insbesondere eine möglichst neutrale Befragung der Patientin oder des Patienten anzustreben. Zur Diskussion stehen mehrere Fragebogen, z. B. der Core Outcome Measure Index (COMI) oder das Patient Centered Outcome Registry der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, Swiss Orthopaedics (SGOT-PCOR). Für die Umsetzung wird auf das Qualitätscontrolling verwiesen.

Qualitätscontrolling: Das Qualitätscontrolling baut neu auf einem erweiterten SIRIS-Register auf. Es soll neben den perioperativen Komplikationen insbesondere auch die Ergebnisqualität anhand der kurzfristigen Revisionsbedürftigkeit evaluiert, aber auch eine Datenbasis zur Auswertung der langfristigen Funktion der Prothesen erstellt werden. Dazu müssen patientenbasierte Nachkontrollen erfasst werden können, unabhängig von einem allfällig wechselnden Leistungserbringer (verschlüsselte Rückverfolgbarkeit). Der Ausweis von Kenndaten zu Qualitätssicherung und Indikationscontrolling ist gemäss Ziff. 5.1.6.1 Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzuset-

zen (Ausweis der Daten 2019 im Jahr 2020). Es ist geplant, die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärztinnen und -ärzten zu erarbeiten.

Sonstige Anforderungen: Keine weitere Anforderung.

5.2.9 GYN1.1 Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina, GYN1.2 Maligne Neoplasien der Cervix, GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri und GYN1.4 Maligne Neoplasien des Ovars

Leistungsgruppe: Die Leistungsgruppen GYN1.1 bis GYN1.4 umfassen die malignen Neoplasien der Vulva und Vagina, der Cervix, des Corpus Uteri und des Ovars und werden zu einer Leistungsgruppe GYNT Gynäkologische Tumore zusammengefasst. Diese umfasst zu einem erheblichen Anteil auch Tumore, bei denen technisch anspruchsvolle operative Eingriffe im kleinen Becken und Lymphadenektomien indiziert sein können. Dafür ist eine entsprechende operative Erfahrung in der Weiterbildung wie auch in der aktuellen Anwendung notwendig.

In den Stellungnahmen wurde festgehalten, dass einige dieser Tumore, besonders die Endometriumkarzinome, weniger ausgedehnter Therapien und Operationen bedürfen und diese von den erhöhten Anforderungen ausgenommen werden sollten. Es ist jedoch unbestritten, dass die fortgeschrittenen Tumorstadien zusammen eine operative Entität bilden. Gegen ein Aufsplitten der Fälle trotz gleicher Tumordiagnose, auch bezüglich Codierung, spricht, dass eine klare präoperative Abgrenzung nicht immer möglich ist. Das Tumorstadium kann intraoperativ von der präoperativen Einschätzung divergieren und eine Ausdehnung der Operation erfordern. Diese Möglichkeit muss gewährleistet sein. Andererseits soll die präoperative Indikation unbeeinflusst gestellt werden und kein Anreiz bestehen, auf eine indizierte, ausgedehnte Operation allenfalls zu verzichten, weil nur für einfache Operationen ein Leistungsauftrag besteht. Nicht zuletzt wäre ein Aufteilen der Fälle auf verschiedene Leistungserbringer bei gleicher Tumorentität auch für die Patientinnen nur schwer nachvollziehbar. Seitens der Fachgesellschaft wurde die Notwendigkeit zur Sicherung einer hohen operativen Fachkompetenz mit interdisziplinärer Teambildung bestätigt und entsprechende Mindestfallzahlen sowie ein verbindliches Qualitätscontrolling ausdrücklich begrüsst. Vor diesem Hintergrund sind auch die operativ einfacheren Fälle in die zusammengefasste Leistungsgruppe der gynäkologischen Tumore aufzunehmen. Die erwarteten Auswirkungen auf Spitäler ohne Leistungsauftrag liegen bei den einfacheren Fällen von Endometriumkarzinomen bei weniger als 20 Fällen pro Jahr und betreffen somit einen kleinen Anteil der Gebärmutterentfernungen. Zudem erfolgt der Einbezug auch der einfachen Operationen in

Einklang mit dem international verfügbaren Zertifikat. Die Fallzahlen der einfachen Operationen wurden bei der Festsetzung der Höhe der Mindestfallzahl berücksichtigt.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Unter der Berücksichtigung des erheblichen Anteils einfach zu behandelnder Tumore und in Anlehnung an die Anforderung im Zertifikat der DKG sind für die Zulassung als Operateurin oder Operateur pro Jahr 20 Fälle notwendig.

Mindestfallzahl pro Spital: Neu sind für einen Leistungsauftrag pro Spital und Jahr analog der Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur 20 Fälle notwendig. Eine Mindestfallzahl ist notwendig, da etablierte interdisziplinäre Strukturen für die Behandlungen in dieser Leistungsgruppe entscheidend sind. Diese werden zusätzlich durch eine Zertifizierung verlangt (siehe Qualitätscontrolling).

Für die Fallzählung werden auch gewisse Rezidivoperationen (Tumorebulking) gemäss den CHOP- und ICD-Definitionstabellen berücksichtigt. Falls diese im gleichen Jahr wie die operative Erstversorgung stattfinden, muss die zusätzliche Zählung bei der Gesundheitsdirektion beantragt werden.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Neu sind nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe und Schwerpunkttitle gynäkologische Onkologie als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur zugelassen. Wegen der beschränkten Möglichkeiten zur anerkannten Weiterbildung in den ersten Jahren nach Einführung dieses Schwerpunkttitles im Jahr 2002 können etablierte Operateurinnen und Operateure übergangsweise eine Anerkennung beantragen, sofern sie über ein entsprechendes Curriculum bezüglich der operativen Behandlung dieser Tumore verfügen und die verlangten Operationszahlen mehrheitlich an entsprechenden Weiterbildungsstätten durchgeführt haben.

Bei Ovarialkarzinomen ist grundsätzlich eine interdisziplinäre Teambildung mit Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie und Schwerpunkt Viszeralchirurgie vorgeschrieben. Die Verknüpfung mit VIS1 ist deshalb «nur Inhouse» möglich. Diese, im Team mit zugelassenen Gynäkologen erfahrenen Viszeralchirurginnen und -chirurgen können planbare Operationen bei Ovarialkarziom, die ausschliesslich im viszeralchirurgischen Bereich liegen (ohne gynäkologische Operationschritte), auch alleine durchführen. Auch diese Fälle müssen jedoch für eine sorgfältige Indikationsstellung prä- und postoperativ am Tumorboard unter Einbezug einer gynäkologischen Operateurin oder eines gynäkologischen Operateurs mit Zulassung und Schwerpunkttitle besprochen werden. Für diese Viszeralchirurginnen und -chirurgen gilt in

diesem Fall keine Mindestfallzahl. Bei absoluten Notfällen in der Viszeralchirurgie ist für die betroffenen Operationen (Tumordebulking) – anstelle des präoperativen Tumorboards – Rücksprache mit einer gynäkologischen Operateurin oder einem gynäkologischen Operateur mit Zulassung und Schwerpunkttitle zu nehmen.

In der Vernehmlassung wurde eine fehlende Mindestfallzahl für Viszeralchirurginnen und -chirurgen bei Rezidivoperationen kritisiert. Die Qualitätssicherung für diese Operateure für planbare Eingriffe ist durch die vorgeschriebene und überprüfbare Teambildung mit einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen mit Zulassung sichergestellt. Operationen im Bereich der Viszeralchirurgie betreffen jedoch zu einem gewissen Anteil auch Notfalleingriffe bei Darmverschluss und Ovarialkarzinom, die auf Codeebene schwierig von einer gezielten Karzinomchirurgie abgrenzbar sind. Hier wäre eine stärkere Regulation mit Einbezug einer Operateurin oder eines Operateurs mit Schwerpunkttitle gynäkologische Onkologie und Zulassung zwar sinnvoll, jedoch innert der notwendigen Interventionsfristen mangels Personalressourcen gar nicht umsetzbar.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsantworten wird auf die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren in der postoperativen Phase verzichtet. Es kann davon ausgegangen werden, dass die zu erwartenden Komplikationen nicht besondere onkologische Kenntnisse verlangen und von allen entsprechenden Fachärzten behandelt werden können. Fachärztinnen oder Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Alle Fälle sind prä- und posttherapeutisch am Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und -experten aller Therapiealternativen zu besprechen und zu dokumentieren. Eine freie Indikationsstellung unter Berücksichtigung der aktuell möglichen, nichtoperativen Alternativen muss gewährleistet werden. Aus diesem Grund wird an der prätherapeutischen Besprechung festgehalten.

Qualitätscontrolling: Da die Behandlung dieser Tumore schon bei der Erstversorgung durch verschiedene Fachrichtungen erfolgen muss, ist eine Qualitätssicherung am effizientesten durch ein Zertifikat zu erreichen, das Anforderungen an verschiedene Disziplinen und Professionen stellt und interdisziplinär erarbeitet wurde. Damit kann auch eine breite Akzeptanz über die Grenzen einer Fachdisziplin hinaus mit entsprechender Umsetzung in der Praxis erreicht werden.

Mit dem Zertifikat der DKG steht ein hochstehendes, etabliertes Zertifikat zur Verfügung, ein Drittel der Patientinnen wird bereits unter diesem Zertifikat behandelt. Dieses Zertifikat wird als Qualitätscontrolling anerkannt. Alternativ wird ein noch zu entwickelndes, an die Bedingungen in der Schweiz angepasstes Zertifikat unter folgenden Voraussetzungen anerkannt: Es muss grundsätzlich dem DKG-Zertifikat in den Kernelementen und den bewährten Qualitätskriterien entsprechen und auch eine Auswertung gemeinsam mit den bereits DKG-zertifizierten Zentren erlauben. Mit den festgelegten Mindestfallzahlen können auch zwei kleinere Zentren mittels enger Kooperation eine solche Zertifizierung erreichen. Mit Ausnahme der Radio-Onkologie sind die Behandlungen mit Patientenkontakt regulär an beiden Standorten anzubieten. Die DKG hat angeboten, innerhalb ihres Programms «European Cancer Centre» mit der Fachgesellschaft und der Gesundheitsdirektion zusammen eine Schweiz-spezifische Zertifizierung zu erarbeiten. Die Zertifizierung soll ab dem Jahr 2020 (Daten von 2019) vorliegen.

Sonstige Anforderungen: Keine weitere Anforderung.

5.2.10 GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma

Die Leistungsgruppe GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma umfasst Brustoperationen im Zusammenhang mit Brustkrebs. Bei der Brustkrebsbehandlung ist die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung und hat zu einer verbreiteten Bildung von Brustzentren geführt.

Viele Leistungserbringer haben sich bereits verschiedene Qualitätsziele gesetzt, die bei der Evaluation zur Festlegung der folgenden Mindestanforderungen miteinbezogen wurden, ebenso wie die etablierten Qualitätsanforderungen der drei folgenden Zertifikate:

- Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SKL/SGS) für die Zertifizierung von Brustzentren in der Schweiz.
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG): zertifiziertes Brustkrebszentrum
- European Society of Mastology (EUSOMA): zertifizierte Brustzentren gemäss den Richtlinien «The requirements of a specialist breast centre».

Auch die bestehenden Brustzentren der Netzwerke, die um ein zertifiziertes Zentrum organisiert sind, orientieren sich teilweise an den Qualitätsstandards dieser Zertifikate, ohne jedoch dem strengen Qualitätscontrolling des Zertifikates zu unterstehen. Für die Patientinnen ist diese Unterscheidung zwischen Kooperation und eigenem Zertifikat

nur schwer erkennbar. Um nun einen verbindlichen und für alle Beteiligten transparenten Qualitätsstandard zu schaffen, sind Zertifizierungen mit den im Folgenden definierten Mindestanforderungen zu verlangen.

Da keines der drei genannten Zertifikate den geforderten Mindestanforderungen entspricht, ist eine Weiterentwicklung der Zertifikate notwendig. Die bestehenden Zertifikate können angepasst werden oder es können einzelne Anforderungen als Ergänzung zu einem Zertifikat anderweitig nachgewiesen werden. Die Entwicklung entsprechender Zertifikate bzw. der ergänzenden Anforderungen wird von der Gesundheitsdirektion begleitet.

Leistungsgruppe: Umbenennung in GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Neu sind für die Zulassung als Operateurin oder Operateur pro Jahr 30 Fälle notwendig, in Übereinstimmung mit der in oben genannten Zertifikaten geforderten Mindestfallzahl. Bei der Auswertung der erfassten Operationen werden mit Ausnahme einer echten Neu- oder Rezidivkrankung (auf Antrag) mehrere Operationen an einer Brust bei der gleichen Patientin als ein Fall für den Operateur und das Spital gezählt. Bei unterschiedlichen Leistungserbringern zählt die letzte Operation. Beidseitige Erkrankungen hingegen werden doppelt gezählt. Die Falldefinition orientiert sich hierbei an den bestehenden Zertifikaten (Neudiagnosen bzw. Primärfalldefinition).

Mindestfallzahl pro Spital: Neu ist eine Fallzahl pro Spital und Jahr von 100 für alleinstehende Brustzentren erforderlich. Bei mehreren zu einem Brustzentrum zusammengeschlossenen Spitälern mit gemeinsamer Zertifizierung ist eine Fallzahl von 50 pro Standort und Jahr gefordert (siehe nachfolgend: Struktur des zertifizierten Brustzentrums). Die Falldefinition orientiert sich wie beschrieben an den bestehenden Zertifikaten, wobei auch für die Fallzählung pro Spital entsprechend der Leistungsgruppendefinition nur die operierten Fälle berücksichtigt werden. Die Mindestfallzahl wird, unter Berücksichtigung der wenigen, nicht zu operierenden Fälle, eher tiefer gesetzt als in den beschriebenen Zertifikaten.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Die verantwortliche Operateurin oder der verantwortliche Operateur muss eine Erfahrung von insgesamt 50 Operationen als Erstoperateurin oder Erstoperateur bei Neoplasien der Mamma nachweisen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Auf die postoperative Verfügbarkeit von zugelassenen Operateurinnen und Operateure kann zugunsten einer Verfügbarkeit von Fachärztinnen oder Fachärz-

ten ohne die besondere onkologische Qualifikation verzichtet werden. Fachärztinnen oder Fachärzte sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Alle Fälle sind prä- und posttherapeutisch im Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und -experten aller Therapiealternativen zu besprechen und zu dokumentieren.

Qualitätscontrolling: Es wird eine anerkannte Zertifizierung als Brustzentrum ab dem Jahr 2020 (gestützt auf die Daten von 2019) verlangt. Für die Anerkennung der Zertifikate gelten folgende Vorgaben:

Herausgeber von Zertifikaten: Als unabhängige Herausgeber von Zertifikaten werden die Herausgeber der genannten Zertifikate anerkannt: Krebsliga Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Senologie, Deutsche Krebsgesellschaft und European Society of Mastology (Stand Juli 2017).

Struktur des zertifizierten Brustzentrums (Standortfrage): Die Brustzentrumsbildung mit mehreren Standorten wird auch von den etablierten Zertifikaten kontrovers beurteilt und nicht von allen ermöglicht: EUSOMA erlaubt eine Netzwerklösung innerhalb einer geografischen Region, die eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit erlaubt. Beim Zertifikat der SKL/SGS besteht eine Limitierung auf höchstens zwei Standorte, die an einem grösseren Netzwerk beteiligt sein können, allerdings ausserhalb des Zertifikates. Die DKG hat die frühere Zertifizierung von mehr als zwei Standorten aufgrund der Erfahrungen mit Kooperationsmodellen aufgegeben. Es hat sich gezeigt, dass das Zentrum mit mehreren Standorten vor allem auf dem Papier bestand und notwendige Veränderungen im Rahmen der Zertifizierung nicht umgesetzt wurden. Die Kooperationen wurden auch von Partnern verlassen, sobald diese aus eigener Kraft eine Zertifizierung erreichen konnten. Gemeinsame Neuzertifizierungen durch die DKG wurden deshalb auf höchstens zwei Standorte mit mindestens 100 Fällen pro Jahr und Standort eingeschränkt.

Bei Kooperationen mit mehreren Standorten mit unterschiedlichen Behandlungskompetenzen besteht die Gefahr, dass notwendige Überweisungen zu fachgerechten Behandlungen am anderen Standort unterbleiben. Beispielsweise kann die Wiederherstellung der weiblichen Brust nach Brustentfernung mittels Implantat oder mit einem Gewebe- bzw. Muskellappen erfolgen. Ein Spital bzw. Operateurinnen und Operateure, die nicht über die Fachkompetenz für die komplexere Operation mit Gewebelappen verfügen, könnten das Einsetzen eines Implantats bevorzugen und auf eine umfassende Aufklärung der Patientinnen

verzichten. Es ist deshalb eine enge Zusammenarbeit mit vergleichbar hohen Qualitätsstandards zwischen den Standorten erforderlich und für ein zertifiziertes Brustzentrum eine Beschränkung auf zwei und nur in Ausnahmefällen auf höchstens drei Standorte festzulegen.

Die hohe Mindestfallzahl pro Spital wird von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmern kritisiert, andere verlangen indessen eine Mindestfallzahl von 100 pro Jahr. Mit einer Mindestfallzahl von 50 Fällen pro Spital wird es auch kleineren Spitälern bei entsprechender Spezialisierung und Qualitätsstandards ermöglicht, den bestehenden Leistungsauftrag beizubehalten.

Anforderungen Zertifikat: Die Zertifikate sollen Anforderungen und Kennzahlen zu einer umfassenden Behandlung von Brustkrebs in allen Stadien der Erkrankung enthalten. Es bestehen Qualitätskriterien zur Sicherung einer fortlaufenden Berücksichtigung und Umsetzung der aktuellen medizinischen Entwicklung. Das Qualitätscontrolling ermöglicht langfristig auch eine Auswertung der Ergebnisqualität mittels Überlebensstatistik.

Das Zertifikat soll Anforderungen und Kennzahlen zu folgenden Fachdisziplinen umfassen:

- Breast Care Nurse (z. B. Ausbildung, tatsächliche Verfügbarkeit)
- Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (auch Beleg- oder Konsiliarärztinnen und -ärzte möglich): Sämtliche Arten von Brustrekonstruktionen müssen angeboten werden, bei gemeinsam zertifizierten Zentren mindestens an einem Standort.
- Medizinische Onkologie: Auch die Verfügbarkeit von Fachkräften bei der Verabreichung von Chemotherapien wird definiert.
- Radiologie: Mammographien sind durch mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt Radiologie, die oder der eine Mindestfallzahl von 1000 Mammographien pro Jahr erreicht, zu beurteilen. Es besteht die Möglichkeit zu Früherkennungs-Mammographien (opportunistische Mammographien). Es sind Anforderungen bezüglich der Zweitbeurteilung zu stellen. Entgegen verschiedener Vernehmlassungsantworten, wonach 1000 Fälle pro Jahr zu viel seien, ist die Mindestfallzahl mit 1000 Fällen in Analogie zum Zertifikat von EUSOMA und der DKG deutlich tiefer, als bei Screening-Programmen verlangt wird, und damit sachgerecht.
- Radio-Onkologie, wobei auch Beleg- oder Konsiliarärztinnen und -ärzte mit einer externen Radiotherapie möglich sind.
- Behandlung von Patientinnen in palliativen Erkrankungsstadien: Sicherung der Kontinuität der Behandlung und Verfügbarkeit der notwendigen Fachdisziplinen. Mindestens ein Standort des Zertifikates

gewährleistet auch die stationäre palliative Behandlung und die Notfallversorgung.

Sonstige Anforderungen: Keine weitere Anforderung.

5.3 Gestationsalter (GA)

Die Bezeichnungen der Leistungsgruppen in den Bereichen Geburtshilfe und Neugeborene stimmen aufgrund unterschiedlicher Nomenklaturen nicht überein. Sie sind zu vereinheitlichen und dabei an die übliche Schreibweise anzupassen, wie sie bereits heute in der Bezeichnung der Leistungsgruppen NEO1 bis NEO1.1.1.1 verwendet wird. So soll die bisherige Angabe des Gestationsalters «ab 36. SSW» durch die Angabe «ab GA 35 0/7 SSW» ersetzt werden. Betroffen sind die Leistungsgruppen GEB1 und GEB1.1.

Bei den Leistungsgruppen GEB1 und NEO1 wird zudem, entsprechend den reduzierten Anforderungen dieser Leistungsgruppen (z. B. Pädiater bei der Geburt nicht zwingend anwesend), die untere Grenze für das Gestationsalter der Neugeborenen angehoben von GA 34 0/7 SSW (NEO1) bzw. «ab 34. SSW» (GEB1) auf GA 35 0/7 SSW. Dies entspricht den Richtlinien der Neonatologischen Fachgesellschaft (Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland, Version vom 5. Dezember 2012). Die Anhebung des Gestationsalters ist auch deshalb sinnvoll, weil gemäss der Datenauswertung der letzten Jahre ein Viertel der Neugeborenen mit GA 34 0/7 bis 6/7 SSW von den Spitälern mit Leistungsauftrag GEB1 und NEO1 in Spitäler mit höherer Spezialisierung verlegt werden mussten. Diese erhöhte Verlegungsrate bei Geburten vor GA 35.0 SSW wird in der Fachliteratur bestätigt und ist auch mit erheblichen Kosten verbunden.

Das Gestationsalter und das Geburtsgewicht erweisen sich als wichtigste Kriterien für den Bedarf einer spezialisierten Behandlung. Aber auch bei anderen Risikofaktoren, die in den Definitionstabellen der Leistungsgruppen spezifiziert sind, muss die Schwangere rechtzeitig für die Geburt in ein Spital mit einem Leistungsauftrag für den erwarteten Zustand des Kindes verlegt werden.

Von der Änderung betroffen sind 9 Spitäler mit insgesamt nur 24 bzw. 33 Fällen pro Jahr (Daten 2015 und 2016). In der Vernehmlassung fand die vorgesehene Änderung breite Zustimmung.

GEB1 bisher mit «Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)» definiert, heisst neu «Grundversorgung Geburtshilfe (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g)».

NEO1 bisher mit «Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)» definiert, heisst neu «Grundversorgung Neugeborene (ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g)».

GEB1.1 bisher mit «Geburtshilfe (ab 32. SSW und \geq 1250g)» definiert, heisst neu «Geburtshilfe (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)».

5.4 Umsetzung IVHSM in den Leistungsgruppen

Die Kantone haben ihre Zuständigkeit zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem IVHSM-Beschlussorgan übertragen. Die vom HSM-Beschlussorgan erteilten Leistungsaufträge, die in Rechtskraft erwachsen sind, gehen den kantonalen Spitallisten vor. Sie sind in der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik entsprechend zu markieren.

Die Leistungsaufträge der interkantonalen Spitalliste zur hochspezialisierte Medizin (HSM-Spitalliste; www.gdkcde.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/hsm_spitalliste_20170101_d_def.pdf) weisen teilweise Befristungen auf, die bereits abgelaufen sind oder auf den 31. Dezember 2017 ablaufen werden. Gemäss Schreiben des HSM-Beschlussorgans vom 8. Dezember 2016 werden diese Leistungsaufträge einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen. Aufgrund der Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts muss die Reevaluation in einem zweistufigen Verfahren durchgeführt werden, das zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet. Die Umsetzung dieser Vorgaben führt zu einer bedeutend längeren Bearbeitungszeit, weshalb es nicht möglich ist, die Reevaluation fristgerecht umzusetzen. In der entstehenden HSM-Regulierungslücke gelten deshalb wieder die kantonalen Leistungsaufträge. Vor diesem Hintergrund sind dahingefallene bzw. dahinfallende IVHSM-Leistungsaufträge – bei Erreichen der bisherigen IVHSM-Mindestfallzahlen – unverändert durch kantonale Leistungsaufträge zu ersetzen. Dies ist auf der Spitalliste in der Fussnote zu ergänzen. Werden die IVHSM-Mindestfallzahlen im Durchschnitt der Jahre 2015 und 2016 nicht erreicht, sind die Leistungsaufträge bis 31. Dezember 2018 zu befristen.

5.5 Änderungen der leistungsspezifischen Anforderungen der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik

Im «Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» (vgl. Beilage) sind nachfolgende Änderungen vorgesehen.

5.5.1 Facharzt

Die FMH hat die Bezeichnung der Facharztstitel teilweise aktualisiert. Die in den leistungsspezifischen Anforderungen verlangten Facharztqualifikationen sind entsprechend den neuen Bezeichnungen anzupassen.

Wie unter Ziff. 5.1.3 ausgeführt ist zusätzlich festgelegt, welche Facharztqualifikation vorausgesetzt wird, um einen Eingriff als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur vorzunehmen. Die Legende zu Facharzt FMH Facharzt / Schwerpunkt ist deshalb zu ergänzen: «Bei Leistungsgruppen bzw. definierten CHOP-Codes mit Erfassung der Operateure dürfen diese Eingriffe nur von zugelassenen Operateuren mit entsprechender Facharztqualifikation durchgeführt werden.»

Wie unter Ziff. 5.1.4 ausgeführt ist die Verfügbarkeit der zugelassenen Operateurinnen und Operateure in der postoperativen Phase zu spezifizieren und deshalb zu ergänzen: «Bei Leistungsgruppen bzw. definierten CHOP-Codes mit Erfassung der Operateure müssen zugelassene Operateure bei Bedarf verfügbar sein.»

5.5.2 Notfallstation

Um die Patientenübergabe von den Rettungsdiensten an die Notfallstationen zu vereinfachen, sind die Notfallstationen zu verpflichten, bei Patientenübergaben von und an Rettungsdienste das strukturierte Übergabeprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) zu verwenden. Die Legende zur Notfallstation ist deshalb entsprechend zu ergänzen.

Bei Notfalleinweisungen durch die Rettungsdienste ist entscheidend, dass das Zielspital über die für die Behandlung erforderlichen Kompetenzen und einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Die Notfallstationen dürfen bei der Anmeldung durch den Rettungsdienst nur Fälle annehmen, für deren erwartete Behandlung sie über einen Leistungsauftrag verfügen. Die Kompetenzen des Spitals sollen bereits bei der Erstzuweisung entsprechend dem Informationsstand und der medizinischen Beurteilung berücksichtigt werden. Patientenaufnahmen sind nicht zulässig, wenn ausserhalb des Leistungsauftrages eine Behandlung durchgeführt wird, die zu erwarten war und in der Planung hätte berücksichtigt werden können. Damit sollen – im Sinne einer Qualitätsverbesserung – kurzfristige Sekundärverlegungen während der Erstbehandlung möglichst verhindert werden. Die Legende zur Notfallstation ist deshalb entsprechend zu ergänzen.

Die vorerwähnten Ergänzungen treten im Rahmen des Projektes Optimierung Rettungswesen wie erwähnt (vorne Ziff. 4.1) auf den 1. Juli 2018 in Kraft.

5.5.3 Intensivstation

Bei den Anforderungen an die Intensivstation Level 2 und 3 wird derzeit auf die Richtlinien vom 1. November 2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Inten-

sivmedizin (SGI) verwiesen. Die SGI hat ihre Richtlinien inzwischen ersetzt. Diese wurden von der Gesundheitsdirektion überprüft und als zweckmässig erachtet. Deshalb ist die Legende zur Intensivstation (IS) im Anhang «Leistungsspezifische Anforderungen» an die aktuellen Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen der SGI vom 3. September 2015 (einschliesslich Anhang I Qualitätskriterien) anzupassen.

5.5.4 Tumorboard

Wie unter Ziff. 5.1.5 ausgeführt ist die Anforderung an das Tumorboard bzw. die Indikationskonferenz zu spezifizieren und deshalb zu ergänzen: «Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Regel umzusetzen und den Patientinnen und Patienten in einem Aufklärungsgespräch durch die zugelassenen Fachexpertinnen und -experten zu erklären.»

5.5.5 Mindestfallzahlen

Wie unter Ziff. 5.1.1, 5.1.2 und 5.2 ausgeführt sind die Mindestfallzahlen der betroffenen Leistungsgruppen zu ergänzen.

5.5.6 Sonstige Anforderungen

Wie unter Ziff. 5.1.6 ausgeführt sind die Anforderungen bezüglich Qualitätscontrolling bei den betroffenen Leistungsgruppen aufzuführen und in den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen zu erläutern.

5.5.7 Palliative Care

Gemäss den Ausführungen in Ziff. 2.5 ist für Akutspitäler mit spezialisierten stationären Palliative-Care-Einrichtungen die Zertifizierung gemäss den Vorgaben «Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen (Liste A)» (Version vom 17. September 2010) massgebend. Die leistungsspezifischen Anforderungen PAL sind deshalb entsprechend zu präzisieren.

6. Änderungen der Leistungsaufträge Akutsomatik ab 1. Januar 2018 pro Listenspital

Nachfolgend werden die Änderungen am Leistungsauftrag pro Listenspital aufgeführt. Die Änderungen sind in der Zürcher Spitalliste 2012 (Version 2018.1) abgebildet.

6.1 Universitätsspital Zürich (USZ)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 zu den erforderlichen Mindestfallzahlen sowie unter Berücksichtigung der für das Jahr 2016 nachgereichten Fälle der Leistungsgruppe NEU4 (2015/2016: 27/4 der pro

Jahr verlangten 10 Fälle) ist dem Universitätsspital Zürich der bisher unbefristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe NEU4 weiterhin unbefristet zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.2 und 2.3 sind dem Universitätsspital Zürich die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5 befristet bis am 31. Dezember 2020 zu verlängern und der Leistungsauftrag BEW9 ist auf den 1. Januar 2018 in einen unbefristeten Leistungsauftrag umzuwandeln. Der Passus «Leistungen in BEW9 können in Kooperation mit der Universitätsklinik Balgrist erbracht werden» ist in der Fussnote (a) der Spitalliste zu streichen.

Das USZ schliesst seine Aussenstation PAL am Zürcher Lighthouse und hat den entsprechenden Leistungsauftrag fristgerecht gekündigt. Der Passus «Leistungsauftrag PAL beinhaltet auch die Palliativ Care Abteilung des USZ in den Räumlichkeiten des Zürcher Lighthouse» ist in der Fussnote (a) der Spitalliste zu streichen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Universitätsspital Zürich die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEFA, GEF3, ANG3, URO1.1.1, THO1.1, THO1.2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt. Aufgrund der hohen Anzahl komplexer unfallchirurgischer Beckeneingriffe des USZ ausserhalb der Leistungsgruppe BEW7.1 wird für diese Leistungsgruppe auf die Erfüllung der Mindestfallzahl pro Spital verzichtet. Dies ist auf der Spitalliste in der Fussnote (a) festzuhalten.

6.2 Kantonsspital Winterthur (KSW)

Gestützt auf die Ausführungen in Ziff. 2.3 und 3.1.2 ist dem Kantonsspital Winterthur kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW9 zu erteilen. Die Leistungen BEW9 erfolgen nach Empfehlung des Sarkomboards durch die am besten geeigneten Spezialistinnen und Spezialisten am für den Eingriff am besten ausgestatteten Spital. In der Regel ist dies das Universitätsspital Zürich oder die Universitätsklinik Balgrist und bei Kindern das Kinderspital Zürich unter Beizug von weiteren Spezialistinnen und Spezialisten.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Kantonsspital Winterthur die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEFA, GEF3, ANG3, URO1.1.1, THO1.1, THO1.2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und

GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.3 Stadtspital Triemli (TRI)

Gestützt auf die Ausführungen in Ziff. 2.1, 3.1.3 und 5.4 sowie der nicht erreichten Mindestfallzahl für VIS1.4.1 (2015/2016: nur 7/2 statt 25 Fälle) ist dem Stadtspital Triemli der bisherige IVHSM-Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4.1 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 betreffend das Nichterreichen der erforderlichen Mindestfallzahl für DER1.1 (2015/2016: nur 4/15 statt 10 Fälle) ist dem Stadtspital Triemli der bisher unbefristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER1.1 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 betreffend erforderliche Mindestfallzahlen sowie des Nachreichens entsprechender Fälle für das Jahr 2016 für HAE4 (2015/2016: 13/10; pro Jahr werden 10 Fälle verlangt) ist dem Stadtspital Triemli der bisher unbefristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe HAE4 weiterhin unbefristet zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.2 sind dem Stadtspital Triemli die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5. befristet bis am 31. Dezember 2020 zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Stadtspital Triemli die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEFA, GEF3, ANG3, URO1.1.1, THO1.1, THO1.2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.4 Klinik Hirslanden (HIS)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 und des Erreichens der erforderlichen Mindestfallzahl für NEU4 (2015/2016: 32/27; pro Jahr werden 10 Fälle verlangt) ist der Klinik Hirslanden der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe NEU4 ab dem 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen und der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe NEU4.1 wegen der hier nicht erreichten Mindestfallzahl (2015/2016: nur 0/0 statt 10 Fälle pro Jahr) nicht weiter zu verlän-

gern. Auch für HAE1.1 wird die Mindestfallzahl (2015/2016: 4/7 statt der pro Jahr verlangten 10 Fälle) nicht erreicht. Aufgrund der inzwischen erfolgten Zertifizierung kann der Leistungsauftrag HAE1.1 trotzdem befristet bis am 31. Dezember 2020 verlängert werden.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.2 sind der Klinik Hirslanden die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5 befristet bis am 31. Dezember 2020 zu verlängern.

Gestützt auf die Ausführungen in Ziff. 3.1.2 ist der Klinik Hirslanden kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER1.1 zu erteilen. Die weitere Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer, welche die Mindestfallzahl erreichen, ist für die Qualität der stationären Behandlung angezeigt. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führte nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind der Klinik Hirslanden die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEFA, GEF3, ANG3, URO1.1.1, THO1.1, THO1.2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.5 See-Spital Standort Horgen (SEEH)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 und des Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl (2015/2016: nur 4/2 statt 10 Fälle pro Jahr) ist dem See-Spital Standort Horgen der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW8.1 nicht zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 ist dem Seespital Horgen kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 zu erteilen. Für die bariatrische Chirurgie besteht zurzeit weder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf noch eine Unterversorgung. Die pro Jahr unterschiedliche Anzahl Fälle zeigt zudem, dass die Aufnahmekapazität der leistungserbringenden Spitäler elastisch ist. Eine Zunahme der Fälle muss deshalb bei der Aktualisierung der Spitalliste zu keinen neuen Leistungsaufträgen führen, sondern ist durch die bestehenden Listenspitäler aufzufangen. Es besteht im heutigen Zeitpunkt somit keine Veranlassung, eine Neuevaluation durchzuführen. Der Wettbewerb unter den Spitälern soll deshalb weiterhin – im Sinne des Zwischenentscheids des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. Juli 2014 (C-6266/2013 betreffend Klagelegitimation des Kantons Zürich zur Anfechtung der Spitalliste Psy-

chiarie des Kantons Graubünden) – zwischen den bisher beauftragten Listenspitälern spielen. Der Wettbewerb ist mit acht zugelassenen Spitälern in den fragliche Leistungsgruppen gewährleistet. Die nächsten sieben Zürcher Listenspitäler mit Leistungsauftrag VIS1.4 liegen keine 20 Kilometer von Horgen entfernt. Deshalb sind Leistungsverlagerungen in andere Kantone weder nötig noch gerechtfertigt. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist für die Qualität der stationären Behandlung angezeigt. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führt nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität.

Das See-Spital beantragt weiter einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.1 für den Standort Horgen, dies zusätzlich zum bereits bestehenden Leistungsauftrag URO1.1.1 am Standort Kilchberg. Gemäss bisheriger Praxis war die Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten, die im Laufe der Behandlung intensivstationsbedürftig wurden, ausnahmsweise auch am Standort Horgen zulässig. Die Fallzahlen zeigen, dass ein Grossteil der Fälle am Standort Kilchberg behandelt wurde (2015/2016: 23/26 Fälle in Kilchberg und 1/0 in Horgen). Diese Praxis entspricht dem Leistungsauftrag. Es ist an der bisherigen Vorgabe festzuhalten, dass die Eingriffe an einem Standort zu konzentrieren sind. Aufgrund der zu tiefen Fallzahlen und gestützt auf die weiteren Beurteilungskriterien in Ziff. 3.1.2 ist dem Seespital Horgen kein zusätzlicher Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.1 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem See-Spital Standort Horgen die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.6 See-Spital Standort Kilchberg (SEEK)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 und des Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl (2015/2016: nur 7/2 statt 10 Fälle pro Jahr) ist dem See-Spital Standort Kilchberg der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW8.1 nicht zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem See-Spital Standort Kilchberg die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die

aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6 und GYN1.3 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.7 Spital Uster (UST)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.4 und der Erfüllung der Anforderungen ist dem Spital Uster der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen GER ab dem 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen.

Der Antrag des Spitals Uster für einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.2 ist aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 abzuweisen. Eine Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist für die Qualität der stationären Behandlung auch deshalb angezeigt, weil bei neuen, zusätzlichen Leistungsaufträgen den anderen Spitälern mit Leistungsauftrag URO1.1.2 Fälle verloren gingen und diese die Mindestfallzahl teilweise nicht mehr oder nur noch knapp erreichen würden. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führte deshalb nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität, hingegen zu einer Ausdünnung der Erfahrung für diese komplexen Fälle und zu einer erhöhten Gefahr von nicht medizinisch indizierten Mengenausweitungen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Uster die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.8 GZO AG Spital Wetzikon (GZO)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1., 3.1.3 und 5.3 und der nachgereichten Fälle für VIS1.4.1 (2015/2016:32/36; pro Jahr werden 25 Fälle verlangt) ist der GZO AG Spital Wetzikon der bisherige IVHSM-Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4.1 weiterhin unbefristet zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und der nicht erfüllten leistungsspezifischen Anforderungen (vgl. Anhang «Leistungsspezifische Anforderung», insbesondere Spalte «Sonstige Anforderungen») ist der GZO AG Spital Wetzikon kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe PNE1.3 zu erteilen. Zurzeit werden auf der Spitalliste vier Zentren mit einem Leistungsauftrag für Cystische Fibrose (CF) geführt. Der Aufbau eines zusätzlichen Zentrums ist nicht sinnvoll. Klarzustellen ist:

CF-Patientinnen und -Patienten dürfen insbesondere bei Stadienänderung oder mehr als einer Hospitalisation pro Jahr nur in einem CF-Zentrum stationär behandelt werden. Demgegenüber dürfen nicht transplantationsnahe CF-Patientinnen und -Patienten mit periodischen Kontrollen in einem CF-Zentrum (rund alle 2–3 Jahre) oder CF-Patientinnen und -Patienten mit Zuweisungen vom CF-Zentrum in Spitäler mit entsprechend erfahrenen CF-Spezialistinnen und -Spezialisten auch ausserhalb eines CF-Zentrums stationär betreut werden.

Der Antrag der GZO AG Spital Wetzikon für einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe KAR1.1, beschränkt auf Myokardbiopsie (CHOP-Code 37.25; Schweizerische Operationsklassifikation), ist abzuweisen, weil nicht das gesamte Spektrum der Leistungen der Leistungsgruppe KAR1.1 erbracht wird. Jedoch ist die Ergänzung der bestehenden Leistungsaufträge KAR1.2 und KAR1.3 mit dem beantragten CHOP-Code zweckmässig. Die Leistungsaufträge KAR1.2 und KAR1.3 der GZO AG Spital Wetzikon sind um den CHOP-Code 37.25 zu erweitern. Dies ist in der Spitalliste in einer Fussnote (m) zur GZO AG Spital Wetzikon wie folgt zu ergänzen: «Im Rahmen der Leistungsgruppen KAR1.2 und KAR1.3 sind auch Myokardbiopsien (CHOP 37.25) zugelassen.»

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 ist der GZO AG Spital Wetzikon kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.3 zu erteilen. Das Spital hat zwar die erforderliche Mindestfallzahl erreicht. Es hat die Leistungen jedoch ohne entsprechenden Leistungsauftrag erbracht. Durch das Unterlaufen des Leistungsauftrags wird die beabsichtigte Konzentration der spezialisierten Leistungen verhindert und Spitälern mit Leistungsauftrag werden Fälle entzogen. Die unrechtmässig erlangten Fallzahlen kann keinen neuen Leistungsauftrag begründen. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist aus Gründen der Qualität der stationären Behandlung beizubehalten. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führte nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind der GZO AG Spital Wetzikon die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.9 Spital Limmattal (LIM)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 und 5.1 sowie des Erreichens der erforderlichen Mindestfallzahl für GEF3 (2015/2016: 20/17; pro Jahr werden 10 Fälle verlangt) ist dem Spital Limmattal der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe GEF3 befristet bis am 31. Dezember 2018 zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Limmattal die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEF3, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.10 Spital Bülach (BÜL)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1., 3.1.3 und 5.3 sowie des Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl für VIS1.5 (2015/2016: nur 4/5 statt 10 Fälle pro Jahr) ist dem Spital Bülach der bisherige IVHSM-Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.5 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und der Erfüllung der Anforderungen sind dem Spital Bülach ab 1. Januar 2018 unbefristete Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HNO1, HNO1.1 und HNO1.2 zu erteilen. Diese Leistungsgruppen ergänzen das bisherige Angebot des Spitals Bülach und sind für Patientinnen und Patienten zweckmässig.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 ist dem Spital Bülach kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 zu erteilen. Für die bariatrische Chirurgie besteht zurzeit weder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf noch eine Unterversorgung. Die pro Jahr unterschiedliche Anzahl Fälle zeigt zudem, dass die Aufnahmekapazität der leistungserbringenden Spitäler elastisch ist. Eine Zunahme der Fälle muss deshalb bei der Aktualisierung der Spitalliste zu keinen neuen Leistungsaufträgen führen, sondern ist durch die bestehenden Listenspitäler aufzufangen. Es besteht im heutigen Zeitpunkt somit keine Veranlassung, eine Neu-evaluation durchzuführen. Der Wettbewerb unter den Spitälern soll deshalb weiterhin – im Sinne des Zwischenentscheids des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. Juli 2014 (C-6266/2013 betreffend Klagelegitimation des Kantons Zürich zur Anfechtung der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Graubünden) – zwischen den bisher beauftragten Listenspitälern spielen. Der Wettbewerb ist mit acht zugelassenen Spitälern in den fragliche Leistungsgruppen gewährleistet. Die nächsten vier Zür-

cher Listenspitäler mit Leistungsauftrag VIS1.4 sind keine 20 Kilometer von Bülach entfernt. Deshalb sind Leistungsverlagerungen in andere Kantone weder nötig noch gerechtfertigt. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist für die Qualität der stationären Behandlung angezeigt. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führt nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Bülach die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.11 Spital Zollikerberg (ZOL)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.5 und der Erfüllung der Anforderungen ist dem Spital Zollikerberg der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen PAL ab dem 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen.

Entsprechend dem Antrag des Spitals Zollikerberg vom 7. März 2017 ist der Leistungsauftrag des Spitals für VIS1.5 von der Spitalliste zu streichen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Zollikerberg die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.12 Stadtspital Waid (WAI)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 betreffend das Nichterreichen der erforderlichen Mindestfallzahl für VIS1.4 (2015/2016: nur 22/20 statt 25 Fälle) ist dem Stadtspital Waid der bisher unbefristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 ist dem Stadtspital Waid ab dem 1. Januar 2018 ein bis 31. Dezember 2020 befristeter Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe PAL zu erteilen. Die Leistungsgruppe PAL ergänzt das bisherige Angebot des Stadtspitals Waid und ist für Patientinnen und Patienten zweckmässig. Die Zertifizierung als Kompetenzzentrum Palliative Care muss sobald als möglich, spätestens bis am 31. Dezember 2019, nachgereicht werden.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 ist dem Stadtspital Waid kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER1.1 zu erteilen. Die Konzentration auf die bisherigen Leistungserbringer ist aus Gründen der Qualität der stationären Behandlung beizubehalten. Eine Ausdehnung der Leistungsaufträge auf zusätzliche Listenspitäler führt nicht zu einer verbesserten Behandlungsqualität.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Stadtspital Waid die Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HNO2 und GYN2 mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen. Für die Leistungsgruppen BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3 ist die Befristung aufgrund des in der Stellungnahme erwähnten Aufbaus und der Neuausrichtung des Fachgebiets Orthopädie anzupassen. Die Mindestfallzahlen müssen im Jahr 2018 erreicht werden. Entsprechend ist der Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen BEW7, BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3 ab dem 1. Januar 2018 befristet bis 31. Dezember 2019 zu erteilen.

Der mit Fussnote (k) auf der Spitalliste erweiterte Leistungsauftrag für RAD1 ist wie folgt zu präzisieren: «Der Leistungsauftrag für RAD1 wird als Übergangslösung erweitert um die interventionellen Leistungen aus ANG2 ohne Eingriffe an der Aorta, Gefässmissbildungen und Eingriffe im Zusammenhang mit einem TIPS (Transjugulärer Intrahepatischer Portosystemischer Shunt).»

6.13 Schulthess-Klinik (SCH)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 ist der Schulthess-Klinik ab 1. Januar 2018 ein unbefristeter Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe DER2 zu erteilen. Die Leistungsgruppe DER2 ergänzt das bisherige Angebot der Schulthess-Klinik und ist für Patientinnen und Patienten zweckmässig.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind der Schulthess-Klinik die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3.

6.14 Spital Männedorf (MAN)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1, 3.1.3 und 5.3 sowie des Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl für VIS1.5 (2015/2016: nur 7/12 statt 10 Fälle pro Jahr) ist dem Spital Männedorf der bisherige IVHSM-Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe VIS1.5 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1 und des Erreichens der erforderlichen Mindestfallzahl (2015/2016: 99/110; pro Jahr werden 25 Fälle verlangt) wäre dem Spital Männedorf der bisher befristete Leistungs-

auftrag für die Leistungsgruppe VIS1.4 ab 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen. Aufgrund von Beschwerden im Zusammenhang mit einem in diesem Leistungsbereich tätigen Belegarzt sind indessen verschiedene Fragen offen, weshalb der Leistungsauftrag lediglich befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen ist.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.4 bzw. 2.5 sind dem Spital Männedorf die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen GER und PAL ab dem 1. Januar 2018 unbefristet zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.2 und da lediglich ein Teilspektrum der Leistungsgruppe BEW8.1 angeboten werden soll, ist dem Spital Männedorf kein entsprechender Leistungsauftrag zu erteilen. Die Vergabe der spezialisierten Wirbelsäulenchirurgie (BEW8.1) an einen Leistungserbringer mit tiefen Fallzahlen in der «einfachen» Wirbelsäulenchirurgie (BEW8) ist nicht zweckmässig.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Männedorf die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

6.15 Kinderspital (KIS)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.2 sind dem Kinderspital Zürich die bisher befristeten Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen HER1, HER1.1, HER1.1.1, HER1.1.2, HER1.1.3, HER1.1.4 und HER1.1.5. befristet bis am 31. Dezember 2020 zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Kinderspital Zürich die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEFA, ANG3, THO1.1, THO1.2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

Wie bereits mit Einführung der Spitalliste 2012 festgehalten, gelten für das Kinderspital Zürich die Mindestfallzahlen nicht. Alle übrigen Anforderungen sind einzuhalten.

6.16 Universitätsklinik Balgrist (BAL)

Der bisher unbefristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW10 ist trotz Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl (2015/2016: nur 11/6 statt der pro Jahr verlangten 10 Fälle) weiterhin unbefristet zu erteilen, da die Plexuschirurgie nicht auf die Mikrochirurgie am Nervengewebe beschränkt und deshalb die Definition der Leistungsgruppe zu überarbeiten ist.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und der nicht erfüllten leistungsspezifischen Anforderungen (Fehlen der Leistungsgruppe Basispaket sowie der notwendigen Verknüpfung mit ergänzenden Leistungsgruppen) ist der Universitätsklinik Balgrist kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe RHE2 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind der Universitätsklinik Balgrist die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3.

6.17 Spital Affoltern (AFL)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Spital Affoltern die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3 und GYN2.

6.18 Paracelsus-Spital Richterswil (PAR)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.5 und der fehlenden Zertifizierung ist dem Paracelsus-Spital Richterswil der bisher befristete Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen PAL ab dem 1. Januar 2018 nicht zu verlängern.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und des Fehlens eines Leistungsauftrags RAD1 (vgl. Anhang «Leistungsspezifische Anforderungen», Spalte «Verknüpfung») ist dem Paracelsus-Spital Richterswil kein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.8 zu erteilen. Die Anforderung der Verknüpfung mit RAD1 wurde bei der Definition der Leistungsgruppe URO1.1.8 mit der Notwendigkeit begründet, dass Komplikationen, insbesondere Nachblutungen, durch eine interventionelle Radiologie embolisiert werden können müssen, um Nachoperationen oder Verlegungen zu vermeiden. Dies hat nach wie vor Gültigkeit und die Verknüpfung mit RAD1 ist entsprechend beizubehalten.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Paracelsus-Spital Richterswil die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Der Leistungsauftrag für die aufgelöste Leistungs-

gruppe GYN1.3 wird im entsprechenden Leistungsauftrag GYNT weitergeführt. Der Leistungsauftrag GYNT umfasst auch die zusätzlich beantragten Leistungsgruppen GYN1.1, GYN1.2 und GYN1.4.

6.19 Klinik Lengg (LEN)

Der Antrag der Klinik Lengg für einen Leistungsauftrag im psychiatrischen Bereich als Ergänzung zur Spitalliste der Akutsomatik für einen Leistungsauftrag für ein stationäres Behandlungsangebot (ICD-10 F44.5/F45.1) ohne komorbide Epilepsie ist abzuweisen, weil eine Erweiterung des Leistungsauftrags in den psychiatrischen Bereich nicht im Rahmen einer Aktualisierung der Spitalliste erfolgen kann. Neue Leistungsbereiche sind aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3 nur bei bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich möglich.

6.20 Uroviva Klinik für Urologie (URO)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 ist der Uroviva Klinik für Urologie der Leistungsauftrag für die folgende Leistungsgruppe mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: URO1.1.1. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6 und URO1.1.7 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 weitergeführt.

6.21 Adus Medica (ADU)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und der Erfüllung der Anforderungen sind der Adus Medica ab 1. Januar 2018 unbefristete Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen BEW4 und BEW6 zu erteilen. Die Leistungsgruppen BEW4 und BEW6 ergänzen das bisherige Angebot der Adus Medica und sind für Patientinnen und Patienten zweckmässig.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und 3.1.2 sind der Adus Medica ab 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019 befristete Leistungsaufträge für die zusätzlichen Leistungsgruppen BEW7, BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3 zu erteilen. Die Mindestfallzahlen müssen im Jahr 2018 erreicht werden.

Die Bewerbung der Adus Medica für einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen URO1.1.5 und URO1.1.6 erübrigt sich, weil diese Leistungsgruppen gemäss den Ausführungen in Ziff. 5.1 aufgelöst und im entsprechenden bereits bestehenden Leistungsauftrag URO1.1 integriert werden. Der Adus Medica ist ab 1. Januar 2018 ein unbefristeter Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe URO1.1.7 zu erteilen, da alle notwendigen Anforderungen erfüllt sind.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 ist der Adus Medica ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe HNO2 mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen.

6.22 Klinik Susenberg (SSB)

Keine Änderungen.

6.23 Limmatklinik (LIK)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 und 3.1.2 ist der Limmatklinik ab 1. Januar 2018 ein unbefristeter Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe BEW6 zu erteilen. Die Leistungsgruppe BEW6 ergänzt das bisherige Angebot der Limmatklinik und ist für Patientinnen und Patienten zweckmässig.

Der Antrag der Limmatklinik für einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe PCL1 Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität ist abzuweisen, da nicht das gesamte Spektrum der Leistungen der Leistungsgruppe PCL1 angeboten werden soll. Zu bemerken bleibt, dass sich die Behandlung von transsexuellen Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren weiterentwickelt hat. Die Leistungsgruppe PCL1 ist deshalb in Absprache mit den entsprechenden Fachexpertinnen und -experten auf den nächstmöglichen Zeitpunkt anzupassen bzw. aufzuteilen, sodass die Behandlung an der Mamma bei Personen mit Transsexualität dannzumal separiert möglich werden wird.

Mit Eingabe vom 31. Mai 2017 hat sich die Limmatklinik zusätzlich für einen Leistungsauftrag für die neuen Leistungsgruppen BEW7, BEW7.1, BEW7.2 und BEW7.3 beworben. Mit Schreiben vom 6. Januar 2017 wurden die Leistungserbringer eingeladen, sich bis am 28. Februar 2017 für neue Leistungsgruppen zu bewerben. Der Antrag der Limmatklinik ist somit verspätet und deshalb abzulehnen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 ist der Limmatklinik ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe GYN2 mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen.

6.24 Sune-Egge

Keine Änderungen.

6.25 Geburtshaus Zürcher Oberland (GEO)

Keine Änderungen.

6.26 Geburtshaus Delphys (GED)

Keine Änderungen.

6.27 Kantonsspital Schaffhausen (KSH)

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.1, 3.1.3 und 5.3 sowie des Nichterreichens der erforderlichen Mindestfallzahl (2015/2016: VIS1.4.1 nur 5/2 statt 25 Fälle und VIS1.5 nur 6/8 statt 10 Fälle pro Jahr) sind dem Kantonsspital Schaffhausen die bisherigen IVHSM-Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen VIS1.4.1 und VIS1.5 ab 1. Januar 2018 nur noch befristet bis 31. Dezember 2018 zu erteilen.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 3.1.1 ist dem Kantonsspital Schaffhausen ab 1. Januar 2018 ein unbefristeter Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe PNE1.1 zu erteilen. Die Leistungsgruppe PNE1.1 ergänzt das bisherige Angebot des Kantonsspitals Schaffhausen und ist für Patientinnen und Patienten zweckmässig.

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 5.1 sind dem Kantonsspital Schaffhausen die Leistungsaufträge für die folgenden Leistungsgruppen mit neuen Anforderungen betreffend Mindestfallzahlen befristet bis am 31. Dezember 2018 zu erteilen: HNO2, GEF3, URO1.1.1, BEW7.1, BEW7.2, BEW7.3, GYNT und GYN2. Die Leistungsaufträge für die aufgelösten Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3 und GYN1.4 werden in den entsprechenden Leistungsaufträgen URO1.1 und GYNT weitergeführt.

7. Änderungsanträge zur Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation

7.1 Verlängerung der Befristungen bis 31. Dezember 2020

Aufgrund der Ausführungen in Ziff. 2.6 sind sämtliche bisherigen Leistungsaufträge der Rehabilitation befristet bis am 31. Dezember 2020 zu verlängern.

7.2 REHAB BASEL

Die REHAB Basel beantragt in ihrer Eingabe vom 20. Februar 2017, auf den 1. Januar 2018 sei der bestehende Leistungsauftrag Neurorehabilitation und Frührehabilitation – beschränkt auf Wachkomapatientinnen und -patienten und solche mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial) – um Patientinnen und Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Syndromen und spezifischer Überwachungspflicht (schweres psychomenteles Störungsbild) zu erweitern.

Die Versorgung dieser spezifischen Patientengruppe wird heute durch Rehabilitationskliniken im Rahmen eines uneingeschränkten Leistungsauftrags für Neurorehabilitation und Frührehabilitation wahrgenommen. Abklärungen der Gesundheitsdirektion haben gezeigt, dass der Bedarf zur Versorgung dieser Patientinnen und Patienten gedeckt ist. Ferner werden im Rahmen der geplanten neuen Spitalplanung Rehabilitation die Leistungsgruppen Rehabilitation überar-

beitet und die Leistungsaufträge voraussichtlich auf 2021 neu vergeben werden. Der REHAB Basel wird dannzumal die erneute Möglichkeit eingeräumt werden, sich um weitere Leistungsaufträge zu bewerben. Das Gesuch der REHAB Basel um Erweiterung des beschränkten Leistungsauftrages Rehabilitation ist deshalb abzuweisen.

7.3 Kliniken Valens

Mit Gesuch vom 28. Februar 2017 beantragen die Kliniken Valens, dem Standort Walenstadtberg auf den 1. Januar 2018 einen Leistungsauftrag für die internistisch-onkologische Rehabilitation zu erteilen. Der Standort Walenstadtberg wird bisher nicht als Leistungserbringer auf der Zürcher Spitalliste geführt. Die Neuaufnahme von Spitälern oder neuen Spitalstandorten liegt ausserhalb des Rahmens einer Aktualisierung der Spitalliste, weshalb eine Aufnahme ohne neue Spitalplanung und Neuevaluation aller Leistungserbringer nur dann möglich wäre, wenn Bedarfslücken vorliegen (vgl. Ausführungen in Ziff. 3). Die Entwicklung der Fallzahlen und Pfl egetage zeigt jedoch, dass der Bedarf in der Spitalplanung 2012 korrekt prognostiziert wurde und der Bedarf insgesamt auch weiterhin gedeckt ist. Entsprechend sind derzeit keine neuen Leistungserbringer zuzulassen. Das Gesuch der Kliniken Valens um Erteilung eines Leistungsauftrags für die internistisch-onkologische Rehabilitation am Standort Walenstadtberg ist deshalb abzuweisen. Die Kliniken Valens wird sich im Rahmen der neuen Spitalplanung Rehabilitation erneut um eine Aufnahme des Standorts Walenstadtberg auf die Zürcher Spitalliste bewerben können.

8. Änderungsanträge zur Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie

8.1 Privatklinik Hohenegg

Die Privatklinik Hohenegg hat im Rahmen der Aktualisierung der Spitallisten ab 2018 einen Antrag um Neuaufnahme auf die Zürcher Spitalliste Psychiatrie gestellt. Sie beantragt Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Da bei der Aktualisierung der Spitallisten ab 2018 keine umfassende neue Spitalplanung mit sämtlichen Planungsschritten durchgeführt wird, sind Neuaufnahmen von Spitälern auf die Spitallisten grundsätzlich nicht möglich. Vor diesem Hintergrund hat die Privatklinik ihren Antrag zurückgezogen. Sie hält fest, dass sie sich im Rahmen der voraussichtlich auf 2021 geplanten neuen Spitalplanung Psychiatrie bewerben werde.

8.2 Klinik Lengg

Der Antrag der Klinik Lengg für einen Leistungsauftrag im psychiatrischem Bereich als Ergänzung zur Spitalliste der Akutsomatik ist, wie vorne dargelegt (Ziff. 6.19), zurzeit abzuweisen.

Es sind keine Änderungen der Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie auf den 1. Januar 2018 notwendig.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Zürcher Spitallisten 2012 mit Leistungsaufträgen der Spitäler und Geburtshäuser in den Leistungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie werden auf den 1. Januar 2018 aktualisiert, neu bezeichnet gemäss Dispositiv III und zusammen mit den Anhängen gemäss Dispositiv IV festgesetzt.

II. Die Leistungsaufträge der Spitalliste Rehabilitation werden alle bis 31. Dezember 2020 befristet.

III. Die Spitallisten tragen ab 1. Januar 2018 folgende Bezeichnungen:

- Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018);
- Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018);
- Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018).

IV. Folgende Anhänge zur Zürcher Spitalliste 2012 werden festgesetzt:

- Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie: Generelle Anforderungen (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018);
- Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2018.1; gültig ab 1. Januar 2018).

V. Gesuche, die nicht oder nicht im beantragten Umfang in den Zürcher Spitallisten 2012 samt Anhängen berücksichtigt sind, werden im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

VI. Die Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sowie deren Anhänge werden auf der Internetseite der Gesundheitsdirektion (www.gd.zh.ch/spitalliste) veröffentlicht.

VII. Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen ab Eröffnung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; dieser Beschluss und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

VIII. Dispositiv I bis VII werden im Amtsblatt des Kantons Zürich veröffentlicht.

IX. Mitteilung unter Beilage der Zürcher Spitalisten 2012 Akutsonomatik, Rehabilitation und Psychiatrie samt geänderter Anhänge an folgende Parteien, für sich und zuhanden ihrer Rechtsträger (E):

- aarReha Schinznach, Badstrasse 55, 5116 Schinznach-Bad
- Adus Medica AG, Breitstrasse 11, 8157 Dielsdorf
- Clenia Privatklinik Littenheid (TG), 9573 Littenheid
- Clenia Privatklinik Schlössli, Schlösslistrasse 8, 8618 Oetwil am See
- Forel Klinik AG, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur
- Geburtshaus Delphys, Badenerstrasse 177, 8003 Zürich
- Geburtshaus Zürcher Oberland, Schürlistrasse 3, 8344 Bäretswil
- GZO AG Spital Wetzikon, Spitalstrasse 66, Postfach, 8620 Wetzikon
- ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Wieshofstrasse 102, Postfach 144, 8408 Winterthur
- Kantonsspital Winterthur, Brauerstrasse 15, Postfach 834, 8401 Winterthur
- Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
- Klinik Gais AG, Gäbrisstrasse, 9056 Gais
- Klinik Hirslanden AG, Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
- Klinik Lengg, Bleulerstrasse 60, 8008 Zürich
- Klinik Meissenberg AG (ZG), Meissenbergstrasse 17, Postfach 1060, 6301 Zug
- Klinik Sonnenhof (SG), Sonnenhofstrasse 15, 9608 Ganterschwil
- Klinik Susenberg, Schreberweg 9, 8044 Zürich
- Kliniken Valens, Rehabilitationszentrum Valens, 7317 Valens
- kneippshof Dussnang AG, Rehabilitationsklinik, Kurhausstrasse 34, 8374 Dussnang
- Limmatklinik AG, Hardturmstrasse 133, 8005 Zürich
- Modellstation SOMOSA, Zum Park 20, 8404 Winterthur
- Paracelsus-Spital Richterswil, Bergstrasse 16, 8805 Richterswil
- Privatklinik Hohenegg AG, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hohenegg 1, Postfach 555, 8706 Meilen
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstrasse 31, 8032 Zürich

- Reha Rheinfelden, Salinenstrasse 98, 4310 Rheinfelden
- REHAB Basel, Im Burgfelderhof 40, Postfach, 4012 Basel
- Reha Seewis, Schlossstrasse 1, 7212 Seewis-Dorf
- RehaClinic Zurzach, Standort Zurzach, Quellenstrasse 34, 5330 Zurzach
- RehaClinic Zurzach, Standort ANNR im KSB, Quellenstrasse 34, 5330 Zurzach
- RehaClinic Zurzach, Standort Baden, Quellenstrasse 34, 5330 Zurzach
- RehaClinic Zürich AG, Standort Kilchberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- RehaClinic Zürich AG, Standort Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- Rehaklinik Bellikon, Postfach, 5454 Bellikon
- Rehaklinik Zihlschlacht AG, Hauptstrasse 2–4, 8588 Zihlschlacht
- Rheinburg-Klinik AG, Dorf/Postfach, 9428 Walzenhausen
- Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, 8802 Kilchberg
- Schulthess Klinik, Lengghalde 2, 8008 Zürich
- See-Spital Standort Horgen, Asylstrasse 19, Postfach 280, 8810 Horgen 1
- See-Spital Standort Kilchberg, Asylstrasse 19, Postfach 280, 8810 Horgen 1
- Sozialwerke Pfarrer Sieber, Sune-Egge, Hohlstrasse 192, 8004 Zürich
- Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis
- Spital Bülach, Spitalstrasse 24, 8180 Bülach
- Spital Limmattal, Urdorferstrasse 100, 8952 Schlieren
- Spital Männedorf AG, Asylstrasse 10, 8708 Männedorf
- Spital Uster, Brunnenstrasse 42, Postfach, 8610 Uster 1
- Spital Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- Spitäler Schaffhausen, Kantonsspital Schaffhausen, Geissbergstrasse 81, 8208 Schaffhausen
- Stadt Zürich, Suchtbehandlung Frankental, Walchestrasse 31, Postfach, 8035 Zürich
- Stadtspital Triemli, Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
- Stadtspital Waid, Tièchestrasse 99, 8037 Zürich
- Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich
- UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich
- Uroviva Klinik für Urologie, Zürichstrasse 5, 8180 Bülach
- Zürcher RehaZentrum Davos, Klinikstrasse 6, 7272 Davos Clavadel
- Zürcher RehaZentrum Wald, Faltigbergstrasse 7, 8639 Faltigberg
- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, Nordstrasse 15, 8006 Zürich

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
- curafutura, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern
- CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich, Spital Uster, 8610 Uster
- Einkaufsgemeinschaft HSK, Postfach, 8081 Zürich
- Gemeindepräsidentenverband Kanton Zürich, GPV Kanton Zürich, Postfach 2336, 8022 Zürich
- Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, Walchestrasse 31, 8021 Zürich
- santésuisse, Hauptsitz, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502 Solothurn
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7
- tarifsuisse ag, Standort Solothurn (Hauptsitz), Römerstrasse 20, 4502 Solothurn
- Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Nordstrasse 15, 8006 Zürich
- Zürcher Privatkliniken ZUP, c/o Klinik Im Park, Seestrasse 220, 8027 Zürich
- Departement für Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau, Bachstrasse 15, 5001 Aarau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I. Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Departement Gesundheit und Soziales Appenzell A. Rh., Kasernenstrasse 17, 9100 Herisau
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, St. Alban-Vorstadt 25, 4001 Basel
- Departement für Justiz, Sicherheit, Gesundheit des Kantons Glarus, Rathaus, 8750 Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden, Hofgraben 5, 7000 Chur
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Bahnhofstrasse 15, 6002 Luzern
- Gesundheitsamt Obwalden, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, Oberer Graben 32, 9001 St. Gallen

- Departement des Innern des Kantons Schaffhausen, Mühlenalstrasse 105, 8200 Schaffhausen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld
- Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica, Piazza Governo 7, 6501 Bellinzon
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri, Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, Neugasse 2, Postfach 455, 6301 Zug
- Direktionen des Regierungsrates



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	1
1.1 Aktueller Anpassungsbedarf	1
1.2 Vernehmlassung	2
2. Beurteilungskriterien zur Überprüfung der befristeten Leistungsaufträge und der Erreichung der Mindestfallzahlen	3
2.1 Mindestfallzahlen pro Spital	3
2.2 Herzchirurgie	4
2.3 Knochentumore	4
2.4 Kompetenzzentrum Akutgeriatrie	5
2.5 Kompetenzzentrum Palliative Care	5
2.6 Rehabilitation	6
3. Beurteilungskriterien für die Erteilung zusätzlicher Leistungsaufträge (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie)	7
3.1 Beurteilungskriterien Akutsomatik	7
3.1.1 Beurteilungskriterien für zusätzliche Leistungsgruppen ohne Mindestfallzahlen pro Spital	7
3.1.2 Beurteilungskriterien für zusätzliche Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Spital	8
3.1.3 Beurteilungskriterien für IVHSM-Leistungsgruppen	10
3.2 Beurteilungskriterien Rehabilitation	10
3.3 Beurteilungskriterien Psychiatrie	10
4. Änderungen des Anhangs «Generelle Anforderungen» zu den Zürcher Spitallisten 2012	10
4.1 Patiententransporte	10
4.2 Zusätzliche Qualitätssicherung für alle Listenspitäler	11
4.3 Verzicht auf Outcome Messungen im Bereich Akutsomatik	12
4.4 Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Operateur	12
4.5 Festlegung einheitlicher Rechnungslegungsstandards	12
4.6 Festlegung neuer Zahlungsmodalitäten	13
5. Änderungen der Leistungsgruppen und deren Anforderungen (Akutsomatik)	13
5.1 Ergänzende Anforderungen zur Qualitätssicherung	13
5.1.1 Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateur	13
5.1.1.1 Ankündigung	13
5.1.1.2 Zweck	13
5.1.1.3 Zulässigkeit	14
5.1.1.4 Ausgestaltung	17
5.1.1.5 Zählweise	17
5.1.1.6 Verfahren	18
5.1.1.7 Einführung	19

5.1.2	Anpassung und Einführung der Mindestfallzahlen auf Stufe Leistungserbringer (Spital)	19
5.1.3	Neue Anforderungen betreffend die Qualifikation der Operateurinnen und Operateure	20
5.1.4	Präzisierung der Anforderung an die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte	21
5.1.5	Anpassung und Spezifikation der Anforderungen an das Tumorboard und an die Indikationskonferenz	21
5.1.6	Einführung eines Qualitätscontrollings mit Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften oder Zertifizierung	22
5.1.6.1	Anforderungen an das Qualitätscontrolling	23
5.2	Von den Änderungen betroffene Leistungsbereiche	25
5.2.1	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	25
5.2.2	ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe und GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	26
5.2.3	ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe und GEF3 Gefässchirurgie Carotis	27
5.2.4	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	28
5.2.5	URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang und URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra	29
5.2.6	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	30
5.2.7	THO1.2 Mediastinaleingriffe	31
5.2.8	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	31
5.2.9	GYN1.1 Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina, GYN1.2 Maligne Neoplasien der Cervix, GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri und GYN1.4 Maligne Neoplasien des Ovars	34
5.2.10	GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma	37
5.3	Gestationsalter (GA)	41
5.4	Umsetzung IVHSM in den Leistungsgruppen	42
5.5	Änderungen der leistungsspezifischen Anforderungen der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik	42
5.5.1	Facharzt	42
5.5.2	Notfallstation	43
5.5.3	Intensivstation	43
5.5.4	Tumorboard	44
5.5.5	Mindestfallzahlen	44
5.5.6	Sonstige Anforderungen	44
5.5.7	Palliative Care	44

6. Änderungen der Leistungsaufträge Akutsomatik	44
ab 1. Januar 2018 pro Listenspital	
6.1 Universitätsspital Zürich (USZ)	44
6.2 Kantonsspital Winterthur (KSW)	45
6.3 Stadtspital Triemli (TRI)	46
6.4 Klinik Hirslanden (HIS)	46
6.5 See-Spital Standort Horgen (SEEH)	47
6.6 See-Spital Standort Kilchberg (SEEK)	48
6.7 Spital Uster (UST)	49
6.8 GZO AG Spital Wetzikon (GZO)	49
6.9 Spital Limmattal (LIM)	51
6.10 Spital Bülach (BÜL)	51
6.11 Spital Zollikerberg (ZOL)	52
6.12 Stadtspital Waid (WAI)	52
6.13 Schulthess-Klinik (SCH)	53
6.14 Spital Männedorf (MAN)	53
6.15 Kinderspital (KIS)	54
6.16 Universitätsklinik Balgrist (BAL)	55
6.17 Spital Affoltern (AFL)	55
6.18 Paracelsus-Spital Richterswil (PAR)	55
6.19 Klinik Lengg (LEN)	56
6.20 Uroviva Klinik für Urologie (URO)	56
6.21 Adus Medica (ADU)	56
6.22 Klinik Susenberg (SSB)	57
6.23 Limmatklinik (LIK)	57
6.24 Sune-Egge	57
6.25 Geburtshaus Zürcher Oberland (GEO)	57
6.26 Geburtshaus Delphys (GED)	57
6.27 Kantonsspital Schaffhausen (KSH)	58
7. Änderungsanträge zur Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation	58
7.1 Verlängerung der Befristungen bis 31. Dezember 2020	58
7.2 REHAB BASEL	58
7.3 Kliniken Valens	59
8. Änderungsanträge zur Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie	59
8.1 Privatklinik Hohenegg	59
8.2 Klinik Lengg	60