

4205

KR-Nr. 391/2001

**Bericht und Antrag
des Regierungsrates an den Kantonsrat
zum Postulat KR-Nr. 391/2001 betreffend
Bericht Zwischenbilanz der gesundheitspolitischen
Umstrukturierung mittels Spital-, Psychiatrie-
und Pflegeheimliste im Kanton Zürich**

(vom 22. September 2004)

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 21. Oktober 2002 folgendes von den Kantonsräten Christoph Schürch und Hans Fahrni, Winterthur, sowie Kantonsrätin Erika Ziltener, Zürich, am 17. Dezember 2001 eingereichte Postulat zu Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird eingeladen dem Kantonsrat einen differenzierten Zwischenbericht zur weitreichenden Umstrukturierung mittels Spital-, Psychiatrie- und Pflegeheimliste im Kanton Zürich unter Berücksichtigung insbesondere der finanziellen (wer wurde entrespektiv belastet?) und qualitativen Aspekte vorzulegen. Vergleichsgrössen sollen die Jahre 1990–1995 auf der einen, und die Folgejahre bis 2001 auf der anderen Seite sein.

Neben der Analyse der harten Fakten aller drei Listen, sollen im Bericht auch Trends und die Rollen der verschiedenen gesundheitspolitischen Beteiligten aufgezeigt werden.

Der Regierungsrat erstattet hierzu folgenden Bericht:

1. Ausgangslage

1.1 Die Spitalliste gemäss Krankenversicherungsgesetz

Mit dem auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurden die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen sowie die Rechte und Pflichten der einzelnen Akteure umfassend neu geregelt.

Den Kantonen wurde unter anderem die Pflicht zur Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung übertragen. In diesem Zusammenhang mussten die Kantone – einzeln oder gemeinsam mit anderen Kantonen – so genannte «Spitallisten» erstellen, auf denen die zur Deckung des Bedarfs benötigten und zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG zugelassenen Institutionen der stationären Versorgung aufzuführen waren. Diese Spitallisten waren erstmals per 1. Januar 1998 in Kraft zu setzen.

Die Gesundheitsdirektion hat in der Folge entschieden, die vom KVG geforderte Spitalliste dreiteilig zu führen, um den unterschiedlichen gesetzlichen und sachlichen Gegebenheiten in den Bereichen «Somatische Akutversorgung und Rehabilitation», «Psychiatrische Versorgung» und «Langzeitversorgung» Rechnung zu tragen. Die Listen wurden wie folgt bezeichnet:

- Die «Zürcher Spitalliste 1998» deckt den Bereich der stationären somatischen Akutversorgung und der somatischen Rehabilitation ab.
- Die «Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998» deckt den Bereich der psychiatrischen Akutversorgung, der psychiatrischen Langzeitversorgung und der psychiatrischen Rehabilitation ab.
- Die «Zürcher Pflegeheimliste» deckt den Bereich der somatischen Langzeitversorgung ab.

Die «Zürcher Spitalliste 1998» wurde zudem unterteilt in eine Liste «A» der Institutionen, die zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG berechtigt sind, und in eine Liste «B» der Institutionen zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Diese von der Gesundheitsdirektion vorgenommene Gliederung der KVG-Spitalliste wurde vom Bundesrat in mehreren Rekursverfahren gestützt.

Seit ihrer erstmaligen Inkraftsetzung vor knapp sechs Jahren wurden sowohl die «Zürcher Spitalliste» als auch die «Zürcher Psychiatrieliste» je zweimal geändert, wobei teilweise nur kleinere Anpassungen, teilweise aber auch substantielle Korrekturen vorgenommen worden sind.

Nachfolgend wird, der Struktur der KVG-Spitalliste des Kantons Zürich und dem Postulat entsprechend, für jeden der drei Teile getrennt Bericht erstattet.

1.2 Die Gesundheitsversorgung als kybernetisches System

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz und des Kantons Zürich weist eine vielschichtige Struktur auf, die je nach Betrachtungsweise in unterschiedliche Segmente aufgeteilt werden kann:

- Auf der Angebotsseite gibt es sowohl in der somatischen wie auch in der psychiatrischen Versorgung ambulante und stationäre Leistungsangebote. Die stationären Angebote werden zudem nach Akut- und Langzeitversorgung unterschieden. Aus dieser komplexen Gliederung ergeben sich zahlreiche Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern.
- Auf der Nachfrageseite stehen einerseits die Patientinnen und Patienten als eigentliche Leistungsnutzer und teilweise – als Selbstzahler bzw. indirekt über ihre Versicherungsgaranten – als Leistungsfinanzierer.
- Die Kantone, Gemeinden und Krankenversicherer treten als Leistungseinkäufer bzw. Leistungsfinanzierer auf.

Auf dieses System der Leistungserbringung und der Leistungsnutzung wirken eine Vielzahl verschiedener Einflussfaktoren:

- Die *rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen* sind geprägt von einer grundsätzlich kantonalen Zuständigkeit für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie für die gesundheitspolizeilichen Aufsichtsfunktionen. Diese werden zunehmend von einer bundesrechtlich bestimmten Regelung der Finanzierung und damit zusammenhängend der Planung und Steuerung beeinflusst und überlagert.
- *Medizin und Medizintechnik* wirken systemverändernd über die laufende Neu- und Weiterentwicklung der Diagnose- und Behandlungsprozeduren sowie der Medikamente und die sich aus dem wachsenden Wissen um die biochemischen und biophysikalischen Vorgänge im menschlichen Körper ergebende ständig fortschreitende Ausdifferenzierung unterschiedlicher Disziplinen.
- Die *sozialen und wirtschaftlichen Einflüsse* auf das System schliesslich ergeben sich aus Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur (Verlagerungen in der Alterspyramide, Migration u. a.), den wirtschaftlichen Interessen der beteiligten Akteure, dem objektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität) und dem subjektiven Gesundheitsempfinden und Verhalten der Individuen in Bezug auf die Inanspruchnahme der Leistungen.

Als Kenn- und Messgrößen für das System und dessen Steuerung dienen in erster Linie die Kosten (insgesamt und aufgeteilt nach Garanten), die Menge und die Qualität der erbrachten Leistungen sowie deren Ressourcenverbrauch.

Die strukturellen Merkmale sowie die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren weisen die Gesundheitsversorgung somit als «multi-faktorielles kybernetisches System» aus, in dem sich dementsprechend auch keine einfachen Ursache-Wirkung-Beziehungen erfassen lassen. Viele einzelne Systemgrössen sind ständigen Veränderungen und einer unterschiedlichen Dynamik unterworfen. Jede dieser Veränderungen wiederum beeinflusst das Gesamtsystem in eine bestimmte Richtung. Die Veränderung jedes einzelnen Faktors sowie die gesamthafte Auswirkung aller Einflussfaktoren auf das System sind zwar anhand verschiedener Messgrössen retrospektiv darstellbar, Kausalitäten lassen sich aber oft nicht stichhaltig nachweisen. Ebenso schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, ist es, Auswirkungen bestimmter Massnahmen und Ereignisse im Vergleich zu einer hypothetischen Systementwicklung ohne diese Ereignisse darzustellen.

Schliesslich müssen für Aussagen zur Systembeeinflussung durch Steuerungsmassnahmen und wesentliche Ereignisse – wie zum Beispiel die Spitallisten – verlässliche und aussagekräftige Daten über die Gesundheitsversorgung vorhanden sein. Die Analyse der Entwicklung der Gesundheitsversorgung stützt sich dafür auf die in den Kenndatenbüchern des Kantons Zürich publizierten Eckwerte, die das Geschehen in den Spitälern darlegen.

1.3 Methodik der Berichterstattung

Auf Grund des Fehlens monokausaler Zusammenhänge und mangels objektiv und detailliert belegbarer Tatsachen muss dieser Bericht zu den Auswirkungen der Spitallisten ganz zwangsläufig auf Annahmen und Untersuchungen zur Plausibilität dieser Annahmen beruhen.

Zunächst wurde eine Chronologie jener Ereignisse erstellt, von denen vermutet werden kann, dass sie auf die Entwicklung des Versorgungssystems und die Kosten der Leistungserbringung einen wesentlichen Einfluss ausgeübt haben (Abb. 1). Für die Darstellung des Gesamtsystems wurden die bereits vorhandenen und in den Kenndatenbüchern der Gesundheitsdirektion publizierten Daten aufbereitet. Auf zusätzliche Datenerhebungen wurde verzichtet. Bei einzelnen Zeitreihen müssen dabei Lücken bzw. eine geringere Aussagekraft der Informationen in Kauf genommen werden. Entsprechend der Forderung des Postulats beschränkt sich der vorliegende Bericht im Übrigen soweit möglich und aus den Daten differenzierbar auf die stationäre Versorgung. Beim betrieblichen Aufwand und beim Personalbestand sind jedoch auch ambulante Leistungen, Krankenheimabteilungen und Psychotherapiestationen der Akutspitäler mitgezählt, da sie nicht auf die einzelnen Elemente aufgeteilt werden können. Die

Zahlen dieser Kenngrössen sind somit leicht erhöht. Im Übrigen ist zu bemerken, dass über den betrachteten Zeitraum hinweg permanent auch Angebots- und Nachfrageverschiebungen vom stationären zum ambulanten Bereich aufgetreten sind. Dieser hat sich in den letzten Jahren stark ausgeweitet.

Der Vergleich von «Zeiträumen», wie im Postulat gefordert, war in dieser Form nicht möglich. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass auch die im Postulat definierten Zeiträume 1990–1995 und 1996–2001 in sich nicht homogen und statisch waren, sondern oft deutliche Entwicklungstrends aufwiesen. Zudem ist die Inkraftsetzung der Spitallisten auf den 1. Januar 1998 nicht ein eigentlicher Zeitschnitt. Vielmehr steht dieses Ereignis in einem Zeitabschnitt des Strukturwandels, der sich von 1997 bis 2000 über rund vier Jahre erstreckte.

Im Übrigen wurde in den Gesamt-Beobachtungszeitraum auch das Jahr 2002, aus dem die letzten offiziellen Daten stammen, einbezogen.

2. Auswirkung der «Zürcher Spitalliste 1998» auf die stationäre somatische Akutversorgung im Kanton

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen:

In § 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zürich (LS 810.1) ist verankert, dass Staat und Gemeinden die Gesundheit des Volkes fördern und ihre Gefährdung verhüten sollen. Bezüglich der Rollentrennung in der stationären Akutversorgung ist in § 39 festgehalten, dass die Errichtung und der Betrieb von zentralen Kantonsspitalern und von überregionalen Spezialkrankenhäusern Aufgabe des Kantons ist, während die Errichtung und der Betrieb anderer Spitäler Sache der Gemeinden ist. Damit ist implizit festgehalten, dass in der stationären somatischen Akutversorgung die Gemeinden für die Grundversorgung und der Kanton für die spezialisierte Versorgung zuständig sind.

2.2 Möglichkeiten und Grenzen der staatlichen Systemsteuerung:

Steuerungsinstrumente

Mit der KVG-Spitalliste und der ihr zu Grunde liegenden Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung verfügen die Kantone zum ersten Mal über die Möglichkeit, Überkapazitäten in der stationären Versorgung direkt zu begegnen. Mit der Spitalliste wird nämlich nicht nur die Zahl der Leistungserbringer bestimmt, sondern auch deren Leistungsspektrum und indirekt – über die von den Leistungserbringern zur Ver-

fügung gestellten Kapazitäten – die verfügbare Leistungsmenge des Versorgungssystems.

Grundlage und gleichzeitig Zielgrösse jeder Spitalplanung ist die zu versorgende Bevölkerung und deren Bedarf an Spitalleistungen. Für die Planung ist jedoch nicht die Morbidität, d. h. die Häufigkeit von Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Bevölkerung massgebend, da daraus keine Schlüsse auf die Behandlungshäufigkeit bzw. -bedürftigkeit abgeleitet werden können und es auch an einer entsprechenden Datengrundlage fehlt. Vielmehr basiert die Planung auf der Inanspruchnahme des stationären Angebots. Die Bedarfsplanung und somit auch die Spitalliste bilden diese Nachfrage und ihre Entwicklung über einen bestimmten Zeitraum ab, haben aber auf diese keine unmittelbare Steuerungsmöglichkeit.

Im Kanton Zürich wird seit rund fünfzig Jahren eine Krankenhausplanung geführt. Diese verfolgt im Wesentlichen die gleiche Zielsetzung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung, wie sie mit dem KVG erstmals auf nationaler Ebene verankert wurde. Die Zürcher Krankenhausplanung wurde letztmals 1991 vollständig überarbeitet. Diese Krankenhausplanung wurde für die erstmalige Festsetzung der Spitalliste gemäss KVG in wesentlichen Teilen überprüft und aktualisiert. Die Ergebnisse sind im Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998 festgehalten.

Da die öffentliche Hand die Leistungserbringung in den Spitälern mitfinanziert, besteht für den Staat grundsätzlich die Möglichkeit, direkten Einfluss auf das Leistungsangebot und das Leistungsvolumen der einzelnen Betriebe sowie die Anzahl der zugelassenen Betriebe zu nehmen. Voraussetzung hierfür ist eine leistungsorientierte Kontraktierung und Finanzierung an Stelle der traditionellen Defizitübernahme durch den Staat. Die Steuerung erfolgt dabei zum einen über den generellen Leistungsauftrag des Betriebes, wie er in der Spitalliste festgehalten ist, und über die detaillierten Rahmenkontrakte, zum anderen über die jährlichen Leistungsvereinbarungen zwischen Kanton und Betrieb (Jahreskontrakte bzw. Globalbudgets).

Diese Instrumente für die Spitalsteuerung wurden im Kanton Zürich mit dem *wifl*-Projekt «LORAS» (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) aufgebaut und flächendeckend eingeführt; sie werden laufend angepasst und verfeinert. Im Kanton Zürich werden seit 2000 sämtliche Leistungserbringer in der Akutsomatik über Globalbudgets finanziert. Auf Grund von Quervergleichen zwischen den Leistungserbringern, dem so genannten «Benchmarking», werden Betrieben mit ungenügendem Preis-Leistungs-Verhältnis Effizienzsteigerungsvorgaben gemacht und die Budgets entsprechend gekürzt. Mit dem Benchmarking kommen im ansonsten stark regulierten

stationären Versorgungsbereich wettbewerbsähnliche Elemente zum Einsatz, was mittelfristig ebenfalls strukturelle Konsequenzen hat. Über dieses Instrumentarium ist es möglich, dass leistungsschwache Betriebe durch das Benchmarking vom Markt verdrängt werden.

Ein wesentliches strukturelles Steuerungsinstrument für Kanton und Gemeinden sind schliesslich die Investitionsmittel. Das KVG legt fest, dass die Investitionsausgaben den Versicherern nicht in Rechnung gestellt werden dürfen, sondern vollumfänglich von der öffentlichen Hand zu tragen sind. Auch auf diesem Weg wird über das Leistungsangebot, die Leistungsfähigkeit des Anbieters und die Kosten der Leistungserbringung mitentschieden.

Nicht steuerbare Systemgrössen

Der absolute Umfang der von der Bevölkerung in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen hängt von vielen Einflussfaktoren ab, so unter anderem von der Zahl der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner, von deren allgemeinem Gesundheitszustand und deren Nachfrageverhalten, aber auch vom Verhalten der Bevölkerung im Umgang mit Gefahren für die Gesundheit bei der Arbeit und in der Freizeit. Weiter hat auch das Leistungsangebot und das Verhalten der Leistungserbringer (Indikation, Intensität und Häufigkeit der Behandlungen) auf die Nachfrage einen Einfluss. All diese Faktoren lassen sich vom Staat nicht oder nur indirekt – z. B. mit Präventionsmassnahmen oder gezielter Information – beeinflussen.

Angebotseitig schreiten Forschung und Entwicklung im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie unaufhaltsam voran. Dies führt einerseits dazu, dass immer mehr Krankheiten immer früher diagnostizier- und therapierbar werden, wodurch sich das Leistungsangebot laufend erweitert. Andererseits können methodische Weiterentwicklungen bestehende Verfahren verbessern oder vereinfachen. Dies hat mitunter zur Folge, dass bisher stationär behandelte Fälle ambulant behandelt werden können, was zu Nachfrageverschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor führt.

Wesentliche, vom Staat nicht beeinflussbare Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und insbesondere auf die Kosten der Leistungserbringung hatten in jüngster Zeit verschiedene Gerichtsentscheide und arbeitsrechtliche Vereinbarungen. Bereits 1997 hat das eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass bei ausserkantonalen Hospitalisationen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auch für Zusatzversicherte ein Sockelbeitrag der öffentlichen Hand geleistet werden muss. Dies führte 2001 zu einem weiteren Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts und anschliessend zu einem dringlichen Bundesbeschluss, auf Grund dessen die Kantone grund-

sätzlich auch innerkantonal einen Sockelbeitrag für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten in öffentlichen Krankenhäusern leisten müssen. Weiter ist auf den 1. Januar 2000 der Gesamtarbeitsvertrag für Assistenzärzte in Kraft getreten, der die Arbeitszeit derselben zunächst auf 54 Stunden und dann sukzessive bis 2004 auf 50 Stunden verkürzt. 2001 wiederum hat ein Urteil des Zürcher Verwaltungsgerichts zu einer erheblichen Veränderung des Lohngefüges beim Pflegepersonal und daraus folgend zu spürbaren Mehrkosten geführt. Eine weitere Rechtsfrage von grosser finanzieller Tragweite ist der Geltungsbereich des Arbeitsgesetzes (Höchstarbeitszeiten) für Ärztinnen und Ärzte in Abhängigkeit ihrer beruflichen Stellung (Oberärzte, Leitende Ärzte) und der Spitalträgerschaft (private, öffentlich subventionierte und öffentliche Spitäler). So hat die Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Zürich im Februar 2003 entschieden, dass die Oberärztinnen und -ärzte an subventionierten Spitälern mit privatrechtlicher Trägerschaft, wie beispielsweise das Kinderspital, den Arbeits- und Ruhezeitvorschriften des Arbeitsgesetzes unterstehen. Alle diese Ereignisse haben zu einer spürbaren zusätzlichen Belastung der Gesundheitskosten und der Kantonsfinanzen geführt. Sodann haben die eidgenössischen Räte die Assistenzärztinnen und -ärzte auf den 1. Januar 2005 dem Arbeitsgesetz vollumfänglich unterstellt. Dies wird nicht nur erhebliche Mehrkosten, sondern allenfalls auch strukturelle Auswirkungen zur Folge haben.

Mit der nächsten Revision des Krankenversicherungsgesetzes ist unter anderem eine teilweise Neuordnung der Spitalfinanzierung zu erwarten, die markante Lastenverschiebungen zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern zur Folge haben könnte.

2.3 Mutmasslich systemverändernde Einzelereignisse im Beobachtungszeitraum:

Von 1990 bis 2002 waren folgende wesentliche Ereignisse zu beobachten (siehe auch Abb. 1):

- 1993 Schliessung des Spitals Richterswil (Verkauf an Trägerverein Paracelsus)
- 1. Januar 1996 Inkraftsetzung des KVG
- 1. Juli 1996 teilweiser Entzug der Staatsbeitragsberechtigung des Spitals Dielsdorf (Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe)
- 1. Januar 1997 Lohnkürzung 3% (bis Mitte 2000)

- 16. September 1997 Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts zu den Sockelbeiträgen aus der Grundversicherung gemäss KVG an Zusatzversicherte in ausserkantonalen Spitälern
- 30. September 1997 Schliessung des Rotkreuz-Spitals Zürich
- 1. Januar 1998 Inkraftsetzung der Zürcher Spitalliste 1998
- 1. Januar 1998 Fusion des Spitals Schweizerische Pflegerinnen-schule mit dem Spital Neumünster zum Spital Zollikerberg
- 1. Januar 1998 Fusion des Spitals Rüti mit dem Spital Wald zu Rütli-Wald am Standort Rütli; Umwandlung des Spitals Wald in ein Krankenhaus
- 1. Januar 1998 Schliessung der Akutabteilung des Krankenhauses Adliswil
- 30. Juni 1999 Schliessung des Spitals Thalwil
- 31. August 1999 Schliessung des Spitals Bauma (Umwandlung in ein Alters- und Pflegeheim)
- 31. August 1999 Schliessung des Spitals Pfäffikon
- 31. August 1999 Schliessung des Spitals Dielsdorf (Umwandlung in ein Krankenhaus und eine chirurgische Tagesklinik)
- 1. Januar 2000 Inkrafttreten des Gesamtarbeitsvertrags «Assistenzärzte» mit Festlegung einer stufenweise sinkenden Höchstarbeitszeit pro Woche (ab 2004: 50 Stunden), vom Regierungsrat am 23. November 1999 genehmigt
- 30. September 2000 Schliessung des Spitals Rütli-Wald in Etappen (Umwandlung in ein militärisches Rekrutierungszentrum)
- 1. Januar 2001 Klinik Hirslanden, Bettenzuwachs ab 1996: 100 Betten
- 1. Juli 2001 Rückwirkende Neueinstufung der Pflegelöhne auf Grund des Urteils des Zürcher Verwaltungsgerichtes vom 22. Februar 2001
- 30. November 2001 Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts zu den Sockelbeiträgen aus der Grundversicherung gemäss KVG an Zusatzversicherte in innerkantonalen Spitälern
- 21. Juni 2002 Dringliches Bundesgesetz zur Begrenzung der kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler

2.4 Untersuchte Systemgrößen:

Für die Analyse der Entwicklung des Gesamtsystems der somatischen Akutversorgung wurden folgende Systemgrößen untersucht und tabellarisch bzw. grafisch dargestellt:

- Betriebsaufwand (stationär, ambulant, Krankenheimabteilungen und Psychotherapiestationen an Akutspitälern)
- Investitionsaufwand
- Leistungen stationär
 - Patientenaustritte
 - Pfllegetage
 - Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
 - Betriebswirtschaftlicher Bettenbestand
 - Durchschnittliche Bettenbelegung
 - Casemixbereinigte Fallkosten (ab 2000)
- Personal (stationär, ambulant, Krankenheimabteilungen und Psychotherapiestationen an Akutspitälern)
 - Personalbestand
 - Effizienzindikatoren Pfllegetage und Austritte

Zur Darstellung und Beurteilung der finanziellen Entwicklung musste eine reine Aufwandbetrachtung gewählt werden. Die Untersuchung zur Be- und Entlastung der einzelnen Finanzträger durch die Spitalisten, wie im Postulat gefordert, kann systembedingt nicht durchgeführt werden. Für diese Untersuchung wäre der Saldo von Ausgaben und Einnahmen bzw. von Aufwand und Ertrag sowie die Defizitdeckung durch die einzelnen Finanzierer massgebend. Durch die Spitalisten und die damit zusammenhängenden strukturellen Massnahmen wurde jedoch nur die Aufwandseite der Entwicklung beeinflusst. Die Ertragsseite entzieht sich der Einflussnahme durch die Spitalisten; sie wird im Wesentlichen durch die Gesetze und die darauf beruhenden Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern bestimmt. Die Ertragslage hängt ganz unmittelbar von der Bereitschaft der Krankenversicherer ab, die Tarife, insbesondere im KVG-Bereich auf den vom Gesetz geforderten Deckungsgrad von 50% zu erhöhen, aber auch im Bereich der Zusatzversicherungen den Kostenentwicklungen anzupassen. Gerade die Zeitspanne zwischen 1996 und 2002 hat gezeigt, dass die Versicherer Tarifierpassungen nur teilweise und sehr zögerlich zugelassen haben. Zudem musste in den deshalb nötigen Festsetzungs- bzw. Rekursverfahren teilweise mehrere Jahre auf die endgültige Tarifierfestsetzung durch den Bundesrat gewartet werden. In der Zwischenzeit verharrten die Tarife und damit die Erträge auf dem bisherigen, angesichts der belegten Kostenentwicklung zu tiefem Niveau, wodurch die Bilanz von Aufwand und Er-

trag für die verlangte Darstellung der Kostenentwicklung infolge der Spitalliste nicht aussagekräftig ist.

Aus diesem Grund ist es nicht möglich, die durch die Spitalisten verursachte Entwicklung der Nettobelastungen von Kanton und Gemeinden zu ermitteln. Auch eine reine Aufwandbetrachtung lässt jedoch, wie nachstehend gezeigt, zumindest bezüglich der Frage der Gesamtbelastung der öffentlichen Hand plausible Aussagen zu.

2.5 Entwicklung der stationären somatischen Akutversorgung 1990–2002:

Überblick

In den im Anhang wiedergegebenen Tabellen I bis III sind die gemäss Abschnitt 2.4 «Untersuchte Systemgrössen» zusammengestellten Informationen zur stationären Akutversorgung im Kanton Zürich aufgeführt. Ausgewiesen sind jeweils die Totale pro Jahr für alle öffentlichen und öffentlich subventionierten Akutspitäler im Kanton Zürich, unabhängig davon, ob mit kantonaler, kommunaler oder privater Trägerschaft. Die Privatspitäler ohne Staatsbeiträge wurden aus der Analyse ausgeklammert. In den dargestellten Werten für den Betriebsaufwand und den Personalbestand enthalten sind die von den erfassten Akutspitälern mitgeführten Polikliniken und Tageskliniken (d. h. alle ambulanten und tageschirurgischen Behandlungen) sowie Krankenhausabteilungen und die von den drei Institutionen Universitätsspital Zürich (USZ), Kantonsspital Winterthur (KSW) und Kinderspital Zürich betriebenen psychiatrischen bzw. psychosomatischen Abteilungen. Diese Daten sind aus den aggregierten und in den Krankenhausstatistiken vor 1999 ausgewiesenen Zahlen nicht mehr separierbar.

Zu den finanziellen Kennzahlen ist zudem anzumerken, dass diese weder um die Inflation noch um die allgemeine Teuerung bereinigt sind. Da ein Franken inflations- und teuerungsbereinigt 2002 eine wesentlich geringere Kaufkraft hatte als 1990, werden die älteren Werte im Zeitvergleich zu tief bzw. die jüngeren zu hoch ausgewiesen. Die finanziellen Trendkurven beim Betriebsaufwand sind dementsprechend tendenziell zu steil, und die Kurve der prozentualen Zu- und Abnahme des Betriebsaufwandes als Ganzes etwas zu hoch.

Die in den Tabellen mit römischer Ordnungszahl erfassten Werte sind in den ebenfalls im Anhang wiedergegebenen Abbildungen 2 bis 14 auch grafisch dargestellt. Im Text wird jeweils auf die entsprechende Abbildung verwiesen.

Entwicklung des Betriebsaufwandes

1990 wurden im Kanton Zürich 32 kantonale und staatsbeitragsberechtigte Institutionen der stationären Akutsomatik gezählt, wobei die Schweizerische Epilepsiekllinik, der Sune-Egge, das Lighthouse und das Ankerhuus in den Kenndatenbüchern nicht enthalten sind (bis 1998). 2002 wurden noch 22 kantonale und subventionierte Betriebe gezählt, die allesamt in der Statistik berücksichtigt sind.

Tabelle 1:
Anzahl Betriebe und Gesamtkapazität somatische Akutversorgung
1990/2002

	insgesamt	kantonal	staatsbeitrags- berechtigt	Bettenbestand insgesamt*	Ø Betriebs- grösse*
1990	32	2	30	6849	214,0
2002	22	2	20	4817	219,0

* Aufgeführt ist der betriebswirtschaftliche Bettenbestand. Dabei wird der Durchschnitt der in einem Jahr tatsächlich betriebenen Betten, d. h. der Betten, die für die Leistungserbringung tatsächlich zur Verfügung standen und für die im Spital Personal vorhanden war, erfasst.

Tabelle 2: Betriebe der stationären Akutsomatik im Kanton Zürich

1990:	2002:
<i>Kantonale Betriebe:</i> Universitätsspital Zürich Kantonsspital Winterthur	<i>Kantonale Betriebe:</i> Universitätsspital Zürich Kantonsspital Winterthur
<i>Kommunale und staatsbeitragsberechtigzte Betriebe:</i> Kinderspital, Zürich Universitätsklinik Balgrist, Zürich Klinik Wilhelm Schulthess, Zürich Schweizerische Epilepsiekllinik, Zürich* Krankenhaus Adliswil Bezirksspital Affoltern Spital Bauma Kreisspital Bülach Hochgebirgsklinik Clavadel Bezirksspital Dielsdorf Spital Horgen Spital Richterswil Spital Wädenswil Krankenhaus Sanitas, Kilchberg Kreisspital Männedorf Kreisspital Pfäffikon Kreisspital Rüti Spital Limmattal, Schlieren Krankenhaus Thalwil Spital Uster Höhenklinik Wald Spital Wald Spital Wetzikon Spital Neumünster, Zollikerberg Schweizerische Pflegerinnenschule, Zürich Ankerhuus, Zürich* Maternité Inselhof Triemli, Zürich Stadtspital Triemli, Zürich Stadtspital Waid, Zürich Sune-Egge, Zürich*	<i>Kommunale und staatsbeitragsberechtigzte Betriebe:</i> Kinderspital, Zürich Universitätsklinik Balgrist, Zürich Schulthess-Klinik, Zürich Schweizerisches Epilepsiezentrum, Zürich Bezirksspital Affoltern Spital Bülach Zürcher Höhenklinik Davos Spital Zimmerberg, Horgen Krankenhaus Sanitas, Kilchberg Kreisspital Männedorf Spital Limmattal, Schlieren Spital Uster Zürcher Höhenklinik Wald GZO, Wetzikon Spital Zollikerberg Maternité Inselhof Triemli, Zürich Stadtspital Triemli, Zürich Stadtspital Waid, Zürich Sune-Egge, Zürich Stiftung Zürcher Lighthouse (ab 1993)

* In den Kenndatenbüchern 1990–1998 nicht enthalten.

In Tabelle I ausgewiesen ist zunächst der Betriebsaufwand aller kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler im Kanton Zürich, aufbereitet gemäss den Kenndatenbüchern 1990 bis 2002. Dieser hat zwischen 1990 und 2002 deutlich zugenommen, von 1,46 Mrd. Franken 1990 auf 2,36 Mrd. Franken 2002 (+69%). Wie in Abb. 2 ersichtlich, weist dieser Betriebsaufwand über den Beobachtungszeitraum zunächst eine kontinuierliche Zunahme auf, die zwischen 1996 und 2000 von einer Phase mehr oder weniger gleich bleibender Werte abgelöst wird, um anschliessend wieder anzusteigen.

In dieser Entwicklung integriert sind allerdings verschiedene exogene Faktoren, die den Verlauf in Teilbereichen der Kurve beeinflussen. Die wesentlichen exogenen Einflussfaktoren sind:

- Die Lohnreduktion beim kantonalen Personal von 3% zwischen Januar 1997 und Juni 2000, die aus subventionsrechtlichen Gründen auch für das Personal an staatsbeitragsberechtigten Kliniken im Kanton Zürich verbindlich war.
- Der Gesamtarbeitsvertrag für Assistenzärztinnen und -ärzte, der ab 1. Januar 2000 die wöchentliche Höchst Arbeitszeit herabsetzte, was zu einem Mehrbedarf an assistenzärztlichem Personal und entsprechendem Mehraufwand führte.
- Der Verwaltungsgerichtsentscheid zu den Pflegegehältern, der ab 2001 zu einer höheren Einstufung (+ 2 Lohnklassen) der Pflegenden sowohl an kantonalen als auch an staatsbeitragsberechtigten Kliniken führte.

Für eine objektive Beurteilung der Aufwandentwicklung mussten die entsprechenden Veränderungen aus den jeweiligen Jahreswerten herausgerechnet werden, um eine fiktive, um die exogenen Faktoren bereinigte Aufwandkurve zu erhalten. Dazu wurde die Lohnreduktion um 3% den unbereinigten Werten gutgeschrieben, während die Mehrkosten für den Gesamtarbeitsvertrag Assistenzärzte und die Lohnerhöhung des Pflegepersonals von den unbereinigten Werten abgezählt wurde. Das Ergebnis ist ein virtueller Verlauf der Aufwandentwicklung ohne die exogenen Faktoren, wobei der Aufwand von 1997 bis 2000 leicht über und von 2001 und 2002 unter dem tatsächlichen Verlauf liegt (Abb. 3).

Anhand dieses korrigierten Verlaufes lässt sich nun die wahrscheinliche Wirkung der strukturellen Massnahmen der Zürcher Spitalliste 1998 zeigen (Abb. 4). Während nämlich der Betriebsaufwand der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler zwischen 1990 und 1996 von 1,46 Mrd. um 0,57 Mrd. auf 2,03 Mrd. Franken anstieg (+39%), blieb er zwischen 1996 und 2000 nahezu unverändert (+0,01 Mrd. Franken). Eine Überlagerung dieser Entwicklung mit der Extrapolation der Trendlinie 1990–1996 zeigt, dass in diesem Zeitraum

das Aufwandniveau in der Akutsomatik nachhaltig um rund 250 bis 300 Mio. Franken gesenkt werden konnte. An dieser Senkung partizipierten die Gemeinden zu etwa einem Drittel.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Analyse der Aufwandentwicklung dadurch etwas erschwert wird, dass in den Aufwandzahlen der Akutspitäler auch Langzeitfälle enthalten sind. 1990 führten noch 15 von 30 staatsbeitragsberechtigten Spitälern Krankenheimabteilungen. 2002 verfügten nur noch 2 von 20 staatsbeitragsberechtigten Betrieben über integrierte Langzeitbereiche. Der Betriebsaufwand dieser Abteilungen, ebenso wie der Personalbestand, wird in der Statistik nicht getrennt ausgewiesen und ist somit in den aufgeführten Zahlen enthalten.

Leistungsentwicklung

Alle nachfolgenden Beobachtungen und Kommentare beziehen sich auf die Entwicklungen im stationären Bereich bei den kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern.

Die Gesamtleistung der Akutspitäler des Kantons Zürich wird in dieser Untersuchung einerseits in stationär behandelten Patientinnen und Patienten – das heisst in «Fällen», hier gemessen als Austritte – und in Pflgetagen, die an diesen Patientinnen und Patienten erbracht wurden, abgebildet.

Die beiden Leistungsindikatoren weisen unterschiedliche Entwicklungstendenzen auf:

- Die Zahl der Austritte insgesamt verändert sich im Beobachtungszeitraum nur wenig (Abb. 6). Zwischen 1990 und 1996 nehmen die Austritte von 137 112 um rund 10 000 auf 147 039 zu, um dann wieder auf einen Wert um 140 000 abzusinken. Dabei handelt es sich allerdings um einen statistischen «Artefakt» bzw. um einen Wechsel in der Zählart, sind doch in den Kenndatenbüchern bis 1998 die gesunden Säuglinge im Total enthalten, während sie in den Kenndatenbüchern ab 1999 nicht mehr eingerechnet sind. Die Austritte aus den Akutabteilungen ohne gesunde Säuglinge nehmen von 1990 bis 1999 stetig leicht zu (im Durchschnitt rund 1,4% pro Jahr) und bleiben für den Rest des Beobachtungszeitraumes, d. h. bis 2002, sozusagen konstant.
- Die Pflgetage hingegen nehmen sowohl insgesamt als auch in den Akutabteilungen fast über den gesamten Beobachtungshorizont hinweg stetig ab (Abb. 7). 2002 wurden in den Akutabteilungen rund 250 000 Pflgetage weniger erbracht als 1990; dies entspricht einem Rückgang um rund 16%.

Die Entwicklung bei den Austritten widerspiegelt die allgemeine Tendenz der mässig zunehmenden Inanspruchnahme von gesundheitsversorgerischen Leistungen. Ähnliche, aber teilweise deutlichere Zunahmen sind indessen aus der ambulanten Versorgung (in den Institutionen und durch niedergelassene Ärzte) zu beobachten, die jedoch statistisch nicht flächendeckend belegbar sind. Der Rückgang der Pflgetage hingegen hängt mit der deutlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Akutabteilungen der Spitäler zusammen (Abb. 8). Von 1990 bis 2002 ist die Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 12,6 auf 9,5 Tage pro Fall gesunken, eine Abnahme um 25% (entsprechend dem Rückgang der Pflgetage). Dies ist ein Ergebnis der medizinischen Entwicklung, die u. a. durch minimalinvasive chirurgische Verfahren und neue, wirksame Medikamente immer kürzere stationäre Behandlungszeiten oder gar die vollständige Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich ermöglicht. Er rührt aber auch daher, dass Patientinnen und Patienten für die postakute Behandlungsphase nicht mehr so lange im Spital verbleiben, sondern immer früher in kostengünstigere nachbehandelnde Institutionen (Rehabilitationskliniken, Pflegeheime) überwiesen oder durch die Spitex an ihrem Wohnort betreut werden.

Die beiden Tendenzen «Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich» und «frühere Überführung in die postakute Behandlung» führen allerdings dazu, dass die stationär an den Kliniken verbleibenden Fälle im Durchschnitt tendenziell schwerer geworden sind und eine intensivere Betreuung benötigen. Am deutlichsten wird die laufende Intensivierung der stationären Behandlung an der Effizienzkennzahl «Pflgetage pro Mitarbeitende» (Abb. 10), die einen deutlichen Trend nach unten aufweist. Zu dieser «Verschlechterung» trägt aber auch der zunehmende administrative Aufwand für die Erfassung der Leistungs- und Qualitätsdaten in den Spitälern bei.

Kapazität und Auslastung

Die Massnahmen der Zürcher Spitalliste 1998 beruhten unter anderem auf der betriebswirtschaftlich fundierten Erkenntnis, dass kleine Spitäler mit weniger als 100 Betten auf die Dauer weniger effizient arbeiten können als grössere Betriebe. Im Zeitraum von zwölf Jahren ist der betriebswirtschaftliche Bettenbestand im Kanton Zürich in den Institutionen der Akutsomatik insgesamt um rund 35%, in den Akutabteilungen um rund 23% zurückgegangen (Abb. 11); die Zahl der Anbieter nahm um ein Drittel ab. Dies führt dazu, dass die durchschnittliche Betriebsgrösse in den Grundversorgungsspitalern in diesem Zeitraum von rund 122 Betten auf 154 Betten zugenommen hat. Der Bettenbestand der drei grössten Spitäler (USZ, KSW und

Triemlispital) hat von 2475 um rund 21% auf 1964 abgenommen. Zudem gab es 1990 viele Betriebe mit teilweise sehr grossen Langzeitbereichen bzw. Pflegestationen, die 909 bzw. 13% von insgesamt 6910 Betten ausmachten (Akutbetten: 5956; Psychatriebetten an Akutspitälern: 45). Dieser Anteil war 2002 deutlich geringer und betrug bei 287 Langzeitbetten von insgesamt 4773 lediglich noch rund 6% (Akutbetten: 4463; Psychatriebetten an Akutspitälern: 23).

Von besonderem Interesse ist im Zusammenhang mit dem Postulat die Situation unter den Spitälern der Grundversorgung, die von den Massnahmen der Spitalliste 1998 ganz direkt betroffen waren (Tab. 3.1).

Tabelle 3.1:
Übersicht über die Grössenentwicklung der Grundversorgungsspitäler

	1990				2002			
	Akut	Psych.	Langzeit	Total	Akut	Psych.	Langzeit	Total
Adliswil	13	0	15	28	–	–	–	–
Affoltern	79	0	72	151	68	0	128	196
Bauma	25	0	23	48	–	–	–	–
Bülach	145	0	54	199	158	0	25	183
Dielsdorf	83	0	108	191	–	–	–	–
Horgen*	71	0	16	87	–	–	–	–
Limmattal	300	0	143	443	228	0	134	362
Männedorf	199	0	0	199	147	0	0	147
Maternité	79	6	0	85	46	0	0	46
Neumünster**	166		40	206	–	–	–	–
Pfäffikon	70	0	96	166	–	–	–	–
Pflegersinnenschule**	198	0	0	198	–	–	–	–
Richterswil	55	0	5	60	–	–	–	–
Rüti	120	0	44	164	–	–	–	–
Sanitas	153	0	30	183	106	0	0	106
Thalwil	50	0	102	152	–	–	–	–
Uster	168	0	0	168	186	0	0	186
Wädenswil*	63	0	5	68	–	–	–	–
Waid	301	0	109	410	273	0	0	273
Wald	48	0	24	72	–	–	–	–
Wetzikon / GZO	170		0	170	187	0	0	187
Zimmerberg*	–	–	–	–	110	0	0	110
Zollikerberg**	–	–	–	–	186	0	0	186
Total	2556	6	886	3448	1695	0	287	1982
Ø Betriebsgrösse Akut	121,7				154,1			

* Die Spitäler Horgen und Wädenswil wurden 1999 zum Schwerpunktspital Zimmerberg fusioniert; der heute noch betriebene Standort Wädenswil wird in etwa zwei Jahren zu Gunsten des gemeinsamen Standortes Horgen aufgegeben werden können.

** Die Spitäler Neumünster und Pflegerinnenschule wurden 1998 zum Spital Zollikerberg fusioniert.

Wie Tab. 3.1 zeigt, ist zwar die Gesamtkapazität der Grundversorgungsspitäler von 1990 bis 2002 um fast die Hälfte zurückgegangen; die durchschnittliche Betriebsgrösse der Akutbereiche lag 2002 jedoch 32 Betten über der durchschnittlichen Betriebsgrösse von 1990 und über dem als kritische Betriebsgrösse angesehenen Wert von 150 Betten.

In den Tabellen 3.2 und 3.3 sind die entsprechenden Werte für die spezialisierten und hochspezialisierten Akutspitäler bzw. die beiden staatsbeitragsberechtigten Rehabilitationskliniken aufgeführt.

Tabelle 3.2:
Übersicht über die Grössenentwicklung der Spitäler der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung

	1990				2002			
	Akut	Psych.	Langzeit	Total	Akut	Psych.	Langzeit	Total
Universitätsspital Zürich	1170	12	0	1182	973	11	0	984
Universitätsklinik Balgrist	193	0	0	193	154	0	0	154
Kinderspital Zürich	320	11	0	331	216	12	0	228
Kantonsspital Winterthur	625	16	0	641	466	0	0	466
Triemli	629	0	23	652	514	0	0	514
Schweizerisches Epilepsiezentrum*	49	0	0	49	43	0	0	43
Schulthess-Klinik	164	0	0	164	160	0	0	160
Total	3150	39	23	3212	2526	23	0	2549

* Im Kenndatenbuch 1990 nicht aufgeführt; Angaben gemäss Jahresbericht 1990.

Tabelle 3.3:
Übersicht über die Grössenentwicklung der staatsbeitragsberechtigten
Rehabilitationskliniken

	1990				2002			
	Akut	Psych.	Langzeit	Total	Akut	Psych.	Langzeit	Total
Zürcher Höhenklinik Davos	128	0	0	128	144	0	0	144
Zürcher Höhenklinik Wald	122	0	0	122	98	0	0	98
Total	250	0	0	250	242	0	0	242

Neben der absoluten Grösse und insbesondere der Einhaltung einer kritischen Mindestbettenzahl, welche die Wirtschaftlichkeit eines Spitals wesentlich mitbestimmen, ist auch die Auslastung der betriebenen Betten ein wichtiger Indikator für die Wirtschaftlichkeit (Abb. 12). Wie zu erwarten war, kann hier festgestellt werden, dass die Auslastung über den gesamten Beobachtungszeitraum zugenommen hat. Dabei war gerade im Zusammenhang mit der Spitalliste nochmals eine deutliche Erhöhung der Auslastung zu verzeichnen. Eine besonders klare Verbesserung der Auslastung erzielten die Schwerpunktspitäler, die zwischen 1999 und 2002 eine durchschnittlich rund zwei Prozentpunkte höhere Auslastung zu verzeichnen hatten als der Durchschnitt aller Akutspitäler. Mit einer mittleren Auslastung von 84,5% liegen sie knapp unterhalb des für Akutspitäler als Optimum geltenden Zielwertes von 85%.

Entwicklung des Personalbestandes

Der Betriebsaufwand der Akutspitäler setzt sich zu etwa 65 bis 70% aus Personal- und zu 30 bis 35% aus Sachaufwand zusammen. Allerdings scheint sich die deutliche Aufwandsteigerung zwischen 1990 und 2002 nicht auf einen zunehmenden Personalbestand an den Spitälern zurückführen zu lassen (Abb. 13). Tatsächlich verharrt dieser gemäss Statistik zwischen 1990 und 2000 mehr oder weniger konstant bei etwa 13 500 bis 14 000 Mitarbeitenden. Erst ab 2000 ist eine Zunahme bis auf 14 800 Mitarbeitende im Jahr 2002 festzustellen. Allerdings lassen sich aus den Kenndatenbüchern weder Angaben über die Zuteilung des Personals zu stationären und ambulanten Leistungen noch zu Akut- und Langzeitbereichen entnehmen. Zweifellos hat jedoch der Personalbestand in den Langzeitabteilungen mit dem Rück-

gang der Patientinnen und Patienten sowie der Pfl egetage ebenfalls abgenommen. Andererseits dürfte der Bestand an Personal in den Akutabteilungen über die Jahre hinweg zugenommen haben. Quantifizieren lassen sich diese Veränderungen jedoch nicht.

Investitionsaufwand

Die finanziellen Angaben in den Statistiken der Gesundheitsdirektion (Kenndatenbücher) beschränken sich auf die Betriebsrechnung. Eine gesamtheitliche Sicht auf das Investitionswesen in den Spitälern gibt es nicht. Angaben zum Investitionsaufwand können nur der Staatsrechnung entnommen werden. Die Beurteilung der Entwicklung des Investitionsaufwandes in der somatischen Akutmedizin vor dem Hintergrund der Spitalisten-Entscheidung (Abb. 14) ist dabei mit drei grundlegenden Problemen behaftet:

- Die Investitionsrechnung der Gesundheitsdirektion umfasst sowohl Ausgaben für eigene Betriebe als auch Staatsbeiträge. Der Anteil der Staatsbeiträge am Gesamt-Investitionsaufwand der Betriebe mit kommunaler oder privater Trägerschaft bemisst sich u. a. an der Finanzkraft der Trägerschaft und ist deshalb dauernd Veränderungen unterworfen. Näherungsweise kann derzeit mit einem Anteil der Subventionen an den Investitionen der staatsbeitragsberechtigten Betriebe von etwa 60% gerechnet werden. Da dieser Wert jedoch mit grossen Unsicherheiten behaftet ist, wurde auf eine entsprechende Hochrechnung verzichtet.
- Die Entwicklung des Investitionsaufwandes der Gesundheitsdirektion ist nicht kontinuierlich, da die im Rahmen der Staatsvoranschläge der Direktion zur Verfügung gestellten Mittel nicht in erster Linie anhand des tatsächlichen Bedarfs, der teilweise wesentlich höher ist, sondern entsprechend der jeweiligen Situation der Staatsfinanzen festgesetzt bzw. plafoniert werden. In den Schwankungen bei den Investitionsausgaben widerspiegelt sich somit nicht der allgemeine Zustand der Spitalinfrastruktur, sondern vielmehr die normativen Entscheidungen von Regierungsrat und Kantonsrat.
- Schliesslich kann für den Zeitraum von 1990 bis 1999 auf Grund der vorhandenen Daten keine korrekte Unterscheidung des Aufwandes «Akutsomatik» vom Aufwand «Psychiatrie» bzw. «Langzeit» vorgenommen werden, da vorgängig der Einführung von Leistungsgruppen im Voranschlag und im konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan (KEF) sämtliche Staatsbeiträge an akutsomatische und psychiatrische Institutionen sowie an Kranken- und Pflegeheime über dieselben Konten abgewickelt wurden. Erst vom Zeitpunkt der Einführung von Leistungsgruppen an können auch

die Staatsbeiträge an Investitionen einem der drei Versorgungsbe-
reiche zugeordnet werden.

Angesichts dieser Umstände muss auf eine Kommentierung der
Aufwandentwicklung im Investitionsbereich verzichtet werden.

Entwicklung der Versorgungsqualität

Die beiden wesentlichen Fragenkomplexe, die sich im Zusammen-
hang mit grösseren Eingriffen in die Versorgungsstruktur eröffnen,
sind zum einen jene nach den kostenseitigen Auswirkungen und zum
anderen jene nach den Auswirkungen der Massnahmen auf die Versor-
gungsqualität, oder genauer die Ergebnisqualität.

Während zumindest zur Kostenentwicklung allgemeine Aussagen
möglich sind und vorgängig auch gemacht wurden, muss bezüglich der
Versorgungsqualität festgehalten werden, dass sich diese Entwicklung
der nachträglichen Überprüfung derzeit noch entzieht. Während näm-
lich Zahlen zur Leistungsmenge und zu den Kosten der Leistungs-
erbringung seit Jahren und Jahrzehnten flächendeckend erhoben
werden, ist die Erhebung der Versorgungsqualität im Sinne einer flä-
chendeckenden Ergebnismessung im Kanton Zürich erst wenige Jahre
alt. Es kann lediglich festgestellt werden, dass sich die Lebenserwar-
tung in den vergangenen Jahren ständig erhöht hat.

Die Ergebnismessung an den Akutspitalern wird im Kanton Zü-
rich durch den Verein Outcome durchgeführt. Beim Verein handelt es
sich um eine gemeinsam von Kanton, Leistungserbringern und Versi-
cherern getragene gemeinnützige Organisation. Ihr obliegt die Auf-
gabe der Entwicklung von Messthemen, der Festlegung der Mess-
pläne, der Koordination der Qualitätsmessungen und der Auswertung
und Kommunikation der Ergebnisse. Allerdings ist das Qualitäts-
messsystem im Kanton Zürich derzeit so konfiguriert, dass die Out-
come-Messungen für die Öffentlichkeit nicht zugänglich sind, da sie als
Selbstmessungen mit Peer-Review durchgeführt werden und die Ge-
fahr der Datenmanipulation durch die Messenden bei einer spital-
oder sogar abteilungsscharfen Publikation der Ergebnisse sehr gross
wäre. Bisher liegt aus den Outcome-Messungen zuhanden der Öffent-
lichkeit lediglich ein so genannter «Konzertierter Leistungsausweis»
(KLA) zur Anästhesie in Zürcher Spitälern vor. Weitere KLA zu an-
deren Themen sind derzeit in Vorbereitung, ebenso wie ein Indikatoren-
set zum Gesamtsystem, das allerdings ebenfalls keine spitalschar-
fen Informationen erhält. Weitergehende Informationen zur Qualität
des Gesamtsystems, wie zum Beispiel zur Patientenzufriedenheit oder
zur Notfallversorgung, wurden noch nicht veröffentlicht.

Obwohl mit den Outcome-Messungen bereits vor rund sechs Jah-
ren im Rahmen des Projektes «LORAS» begonnen wurde, liegen

selbst dem Verein Outcome keine längeren Datenreihen als über drei bis vier Jahre vor. Aussagen zu den Auswirkungen der Akutspitalliste 1998 auf die Ergebnisqualität in der stationären Akutversorgung sind deshalb nicht möglich.

Die vorhandenen Informationen, vor allem aus der von der Gesundheitsdirektion im November 2003 bereits zum dritten Mal durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, zeigen aber, dass die Qualität der akutsomatischen Gesundheitsversorgung auch nach den Spitalschliessungen sehr hoch ist. So ist denn auch die Bevölkerung insgesamt mit der Spitalversorgung sehr zufrieden, wobei die diesbezüglichen Aussagen durch jene Befragten, die konkrete Spitalerfahrung haben, sogar noch besser ausfallen.

3. Auswirkungen der «Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998» auf die stationäre psychiatrische Versorgung

Die Strukturen der psychiatrischen Versorgung sind in gewisser Hinsicht weniger komplex als jene der akutsomatischen Versorgung, vor allem auch, was die unterschiedlichen Formen der Spitalträgerschaft betrifft. Das kantonale Gesundheitsgesetz hält nämlich fest, dass seitens der öffentlichen Hand allein der Kanton zuständig ist für die Sicherstellung der Versorgung (§ 39 Gesundheitsgesetz). Die Gemeinden sind im Unterschied zur Akutsomatik nicht verpflichtet, in diesem Bereich eigene Spitäler zu errichten und zu betreiben.

Die Versorgung wird deshalb überwiegend von kantonalen Betrieben sichergestellt. Dazu kommen grössere und kleinere private Institutionen, die teils als Stiftungen, teils als Aktiengesellschaften organisiert sind. Ebenfalls charakteristisch für die psychiatrische Versorgung sind neben den derzeit sieben grösseren Kliniken für Allgemeine Psychiatrie spezialisierte Organisationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Suchtbehandlung sowie der Forensik und auf die gerontopsychiatrische Versorgung spezialisierte Einrichtungen.

Tabelle 4:
Betriebe der stationären psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich

1990:	2002:
<i>Kantonale Betriebe:</i>	<i>Kantonale Betriebe:</i>
– Universitätsklinik Burghölzli Zürich (inkl. ausserkantonale Vertragskliniken)	– Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
– Klinik Obere Halden, Hinteregg	
– Klinik Rheinau	– Psychiatriezentrum Rheinau
– Klinik Hard, Embrach	– Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
– Kinderheim Brüschalde, Männedorf	– Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
– Krankenhaus Wülflingen, Winterthur	– Integrierte Psychiatrie Winterthur
– USZ; Psychotherapiestation	– Universitätsspital Zürich, Psychotherapiestation
– KSW, Psychotherapiestation	
– Sonnenbühl Klinik Brütten	– Sonnenbühl Klinik Brütten
<i>Staatsbeitragsberechtigte Betriebe:</i>	<i>Staatsbeitragsberechtigte Betriebe:</i>
– Klinik Hohenegg, Meilen	– Klinik Hohenegg, Meilen
– Klinik Schlössli, Oetwil a. S.	– Klinik Schlössli, Oetwil a. S.
– Bergheim, Uetikon a. S.	– Psych. Pflegeheim Bergheim, Uetikon a. S.
– Sanatorium Kilchberg	– Sanatorium Kilchberg
– Pflegeheim Sonnhalde, Grüningen	– Psych. Pflegeheim Sonnhalde, Grüningen
– Kinderspital Zürich, Psychosomatisch- psychotherapeutische Station	– Kinderspital Zürich, Psychosomatisch- psychotherapeutische Station
– Forel-Klinik, Ellikon	– Forel-Klinik, Ellikon
	– SOMOSA, Winterthur
	– Beth Shalom, Dinhard
	– Frankental, Zürich

Bereits 1993 hatte der Kantonsrat ein Postulat überwiesen, mit dem die Regierung den Auftrag erhalten hatte, ein umfassendes Psychiatriekonzept zu erarbeiten, das eine breit abgestützte Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich gewährleisten sollte. In der Folge wurde durch eine Arbeitsgruppe ein entsprechendes Grundlagenpapier erarbeitet, bestehend aus den Teilen «Leitbild und Rahmenkonzept» sowie «Bedarf und prioritäre Massnahmen».

Die «Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998» wurde vom Regierungsrat am 3. Dezember 1997 – gestützt auf die strategischen Grundlagen des Psychatriekonzeptes – festgesetzt und auf den 1. Januar 1998 in Kraft gesetzt. Sie orientierte sich am «Status quo». Alle bestehenden Kliniken und Betriebe wurden als Leistungserbringer zu Lasten der Krankenversicherer zugelassen.

Erst nach der Festsetzung des Psychatriekonzeptes durch den Regierungsrat im August 1998 konnte dessen Umsetzung in die Wege geleitet werden. Nachdem in der stationären psychiatrischen Versorgung für die Region Winterthur Über- und für die Region Zürich Unterkapazitäten ermittelt worden waren, wurde in der Psychiatrischen Klinik Rheinau die «Inselklinik» geschlossen. Zur Entlastung der Region Zürich wurden die Regionsgrenzen verschoben und der Klinik Hohenegg ein Leistungsauftrag für das rechte Zürichseeufer und ein Auftrag zur Entlastung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und anderer Kliniken erteilt.

Zum Zeitpunkt der erstmaligen Ausarbeitung und Festsetzung der «Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998» teilten sich insgesamt 20 psychiatrische Kliniken, gerontopsychiatrische Krankenhäuser und Akuteinrichtungen für Suchtkranke in die psychiatrische Versorgung der Zürcher Bevölkerung. Sie wurden allesamt in die Spitalliste Psychiatrie aufgenommen. Zusätzlich wurde auch das Bezirksspital Affoltern mit seinem noch aufzubauenden Psychiatriestützpunkt in der Liste berücksichtigt.

Mit der «Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998» wurden somit keine Veränderungen an den Versorgungsstrukturen vorgenommen. Damit erübrigt sich auch der im Postulat geforderte Vergleich der Zeiträume vor und nach der erstmaligen Inkraftsetzung der Spitalliste Psychiatrie. In diesem Zusammenhang kann auch darauf hingewiesen werden, dass das Psychatriekonzept Gegenstand einer getrennten Evaluation ist, die der Kantonsrat mit dem am 7. Juni 2004 zur Berichterstattung überwiesenen dringlichen Postulat KR-Nr. 149/2004 vom Regierungsrat verlangt hat.

4. Auswirkungen der «Zürcher Pflegeheimliste 1998» auf die Langzeitversorgung

Im Unterschied zu den Versorgungsbereichen «Akutsomatik und Rehabilitation» (Kanton und Gemeinden) sowie «Psychiatrie» (Kanton) liegt die Verantwortung für die Erstellung und den Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeabteilungen in Altersheimen gemäss § 39 des Gesundheitsgesetzes vollumfänglich bei den Gemeinden. Diese

sind folglich auch verpflichtet, den kommunalen Bedarf selbstständig zu ermitteln und entsprechende Kapazitäten bereitzustellen bzw. überschüssige Kapazitäten abzubauen. Der Staat unterstützt die Gemeinden gemäss § 40 des Gesundheitsgesetzes mit Kostenanteilen an die Investitionen und den Betrieb der den Bedürfnissen der Bevölkerung dienenden Heime. Angesichts des vor allem in der Laufenden Rechnung bisher geringen durchschnittlichen Anteils der Staatsbeiträge an den Gesamtaufwendungen wurde auf staatliche Lenkungsmaßnahmen im Langzeitbereich weitestgehend verzichtet.

Dennoch unterliegt auch der Langzeitbereich der bundesrechtlichen Pflicht zur Bedarfsplanung und zur Benennung der zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnungsberechtigten Institutionen mittels einer Spital- bzw. Pflegeheimliste. Im Vorfeld von deren Festsetzung hatte die Gesundheitsdirektion die Zürcher Krankenhausplanung 1991 auch für den Pflegeheimbereich überarbeitet und aktualisiert. Auf Grund der Ergebnisse der Vernehmlassung, der eindeutig kommunalen Zuständigkeit und der spezifischen Anforderungen und Umstände im Bereich der Langzeitpflege wurde jedoch entschieden, sämtliche stationären Pflegeinstitutionen mit Standort im Kanton Zürich und Krankenhausbewilligung bzw. Bewilligung zur Führung von Pflegebetten in die Pflegeheimliste aufzunehmen. Die entsprechende «Zürcher Pflegeheimliste» wurde vom Regierungsrat am 3. Dezember 1997 festgesetzt.

Wie in der psychiatrischen Versorgung fanden somit auch in der Langzeitversorgung im Zusammenhang mit der Festsetzung der KVG-Spittallisten keine Umstrukturierungen statt. Dementsprechend kann auch für diesen Bereich kein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt werden.

5. Fazit

Die Eingriffe in die Versorgungsstrukturen mittels erstmaliger Festlegung von Spittallisten gemäss KVG im Jahr 1998 blieben im Kanton Zürich auf die akutsomatische Versorgung beschränkt. Dementsprechend können lediglich zu diesem Bereich Aussagen über die Auswirkungen dieser Eingriffe gemacht werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Massnahmen im Zusammenhang mit der Festsetzung der «Zürcher Spittalliste 1998» die Effizienz der betrieblichen Leistungserbringung erhöht und die Kosten in Relation zu einer hypothetischen Weiterentwicklung des Systems ohne strukturelle Eingriffe deutlich gesenkt bzw. in ihrer Entwicklung gedämpft haben. Zur Qualität der Versorgung kann lediglich

festgestellt werden, dass diese in der Folge der Spitalisten-Massnahmen kaum gesunken sein dürfte, da sie offensichtlich von der Bevölkerung noch immer als sehr gut betrachtet wird, wie den seit 2001 alljährlich durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen entnommen werden kann.

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 391/2001 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:	Der Staatsschreiber:
Jeker	Husi

Anhang

Finanzielle Kennzahlen Akutsomatik

Kenngröße	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Betriebsaufwand öffentl. & subv. Betriebe (in Mio.)	1 462	1 654	1 788	1 853	1 864	1 941	2 030	1 977	1 952	1 968	2 037	2 183	2 356
- Korrektur Lohnkürzung 1997-2000								42	41	41	21	- 18	- 21
- Korrektur GAV Assistenzärzte											- 16	- 27	- 54
- Korrektur Neueinstufung Pflegepersonal													
Betriebsaufw. öffentl. & subv. Betriebe, korr. (in Mio.)	1 462	1 654	1 788	1 853	1 864	1 941	2 030	2 019	1 993	2 009	2 042	2 138	2 281
- davon Betriebsaufwand Schwerpunktsp., korr. (in Mio.)	322	366	397	415	416	429	440	443	447	484	523	554	577
Entwicklung gegenüber dem Vorjahr (in %)		13.1%	8.1%	3.6%	0.6%	4.1%	4.6%	-0.6%	-1.3%	0.8%	1.6%	4.7%	6.7%
Investitionsaufwand (in Mio.)	140 714	162 603	125 707	114 050	177 783	189 103	143 971	124 134	147 361	134 263	143 660	183 306	168 353
- davon Akutsomatik & Rehabilitation											120 497	155 009	144 088
- davon Psychiatrie											15 016	19 968	18 812
- davon Langzeit											8 147	8 329	5 453

Leistungs-Kennzahlen Akutsumatik

Kenngröße	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pflegelage (in Tsd.)	1 951	1 931	1 950	1 930	1 900	1 858	1 817	1 740	1 688	1 642	1 454	1 453	1 447
- davon PT Akutabteilungen (ohne ges. Säuglinge, in Tsd.)	1 589	1 546	1 561	1 557	1 510	1 497	1 474	1 433	1 393	1 392	1 352	1 337	1 340
Austritte	137 112	137 169	140 795	143 036	145 135	145 374	147 039	147 176	148 746	142 089	140 878	138 955	141 738
- davon AT Akutabteilungen (ohne ges. Säuglinge)	125 669	126 076	129 778	131 434	133 085	135 459	136 903	137 152	138 528	141 307	140 318	138 491	141 367
Effizienz:													
- Aufwand pro Pflegetag (in Fr.)	749	857	917	960	981	1 045	1 117	1 160	1 181	1 224	1 416	1 472	1 549
- Aufwand pro Austritt (in Fr.)	10 663	12 058	12 699	12 955	12 843	13 352	13 806	13 715	13 399	14 141	14 611	15 393	15 811
- Pflegelage pro MA	144.1	138.6	138.4	137.0	135.9	132.0	127.9	123.3	120.5	117.7	106.5	101.4	97.6
- Austritte pro MA	10.1	9.8	10.0	10.2	10.4	10.3	10.3	10.4	10.6	10.2	10.3	9.7	9.6
Durchschnittl. Aufenthaltsdauer (Akutabteilungen)	12.6	12.3	12.0	11.8	11.3	11.1	10.8	10.4	10.1	9.9	9.6	9.7	9.5

Infrastruktur-Kennzahlen Akutsomatik

Kenngröße	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Personalbestand Akutspitäler	13 537	13 935	14 093	14 084	13 977	14 081	14 210	14 112	14 013	13 956	13 654	14 326	14 820
Betriebswirtsch. Bettenbestand	6 849	6 677	6 566	6 483	6 336	6 146	6 070	5 935	5 471	5 336	4 836	4 733	4 817
- davon Akutabteilungen	5 723	5 710	5 534	5 432	5 380	5 308	5 186	5 119	5 045	4 784	4 613	4 459	4 399
- davon Schwerpunktspitäler	1 950	1 943	1 889	1 878	1 848	1 790	1 779	1 709	1 744	1 747	1 758	1 636	1 634
- davon Schwerpunktspitäler (nur Akutabteilungen)	1 530	1 516	1 473	1 466	1 444	1 449	1 449	1 405	1 436	1 451	1 491	1 455	1 465
Bettenbelegung (Akutabteilungen)	76.1%	76.5%	78.7%	79.3%	77.9%	79.1%	78.9%	77.8%	80.9%	83.2%	83.1%	83.3%	81.4%
- davon Schwerpunktspitäler (Akutabteilungen)	74.2%	73.0%	79.0%	80.7%	79.2%	80.6%	79.1%	81.0%	82.8%	85.0%	84.3%	84.8%	83.8%

Systemverändernde Einzelereignisse

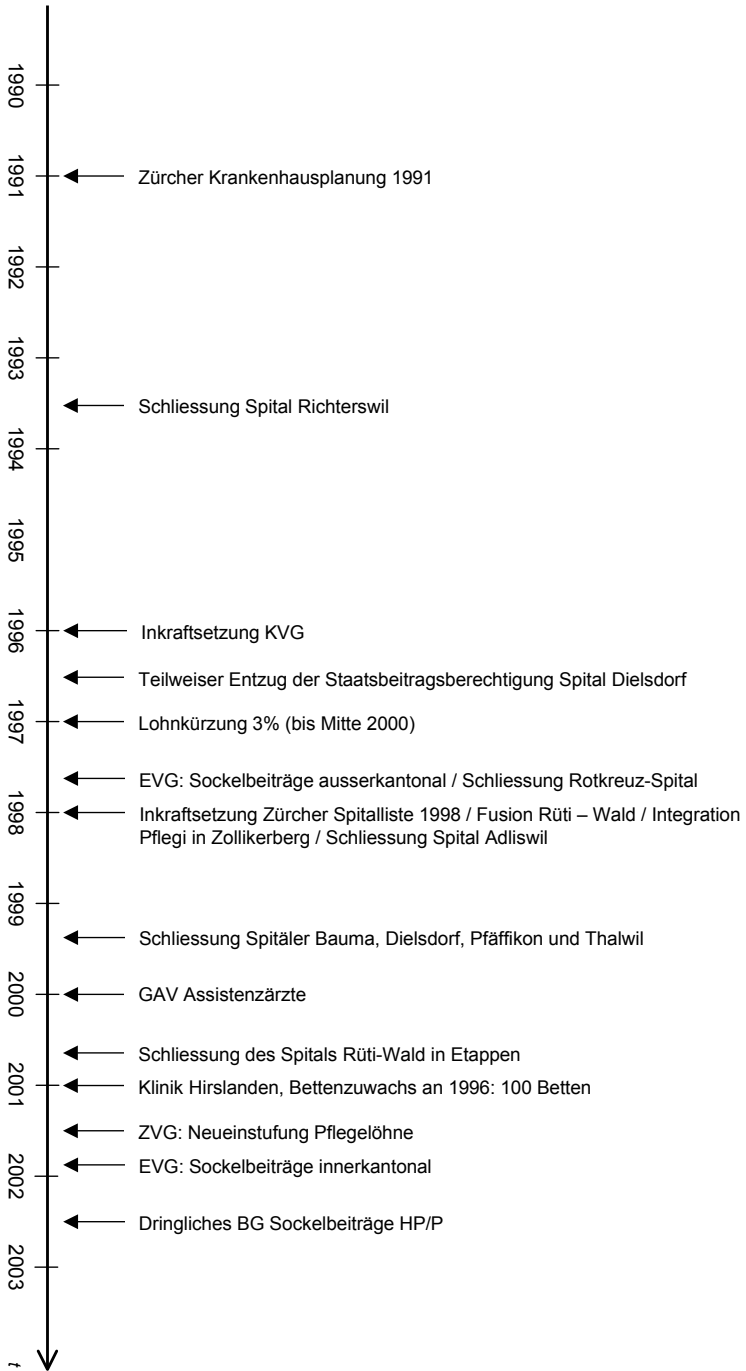
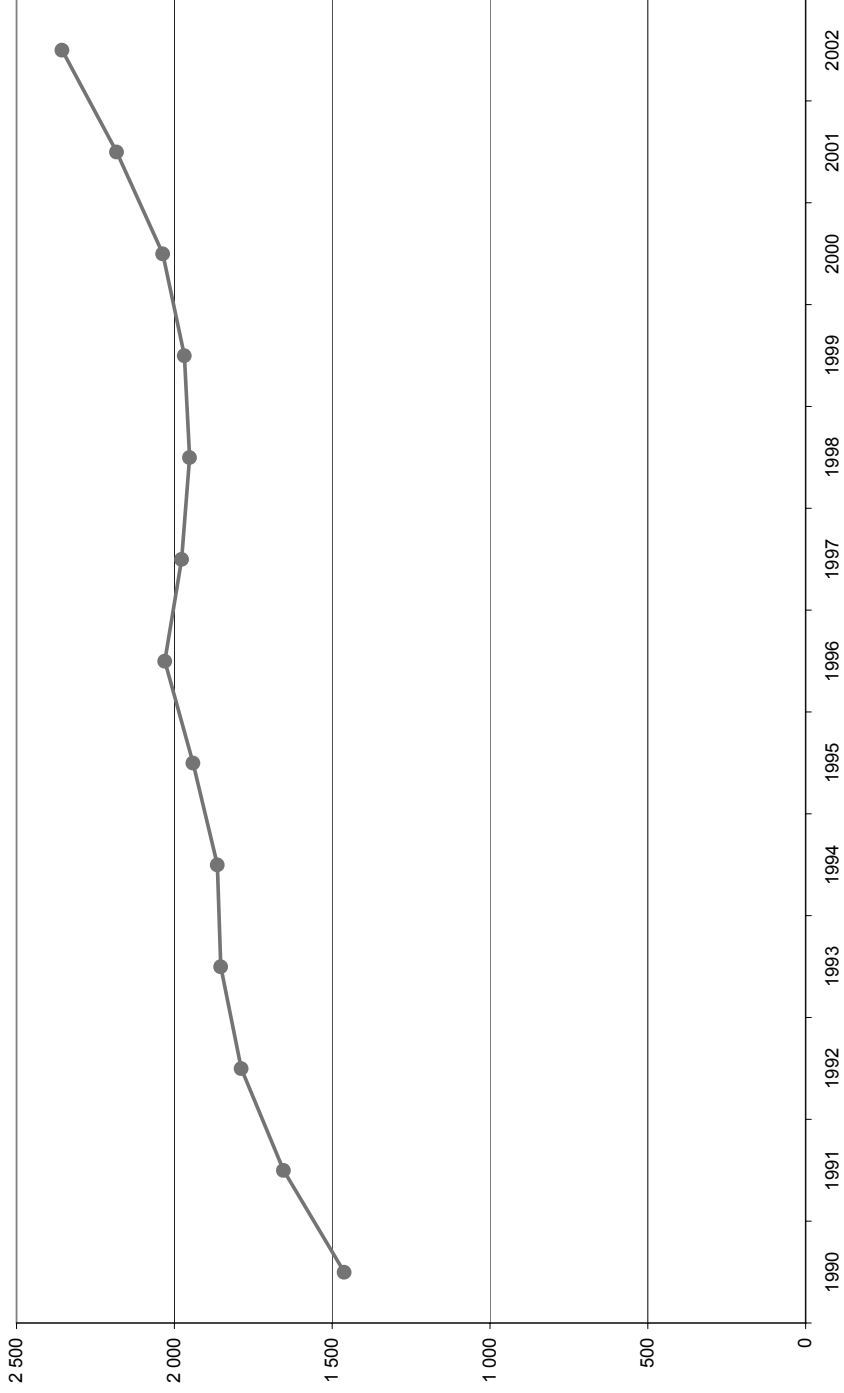


Abb. 1

**Entwicklung des Betriebsaufwandes
der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler (in Mio. Fr.)**



Korrektur des Betriebsaufwandes um wesentliche exogene Faktoren (Entwicklung Betriebsaufwand ohne Privatspitäler, in Mio. Fr.)

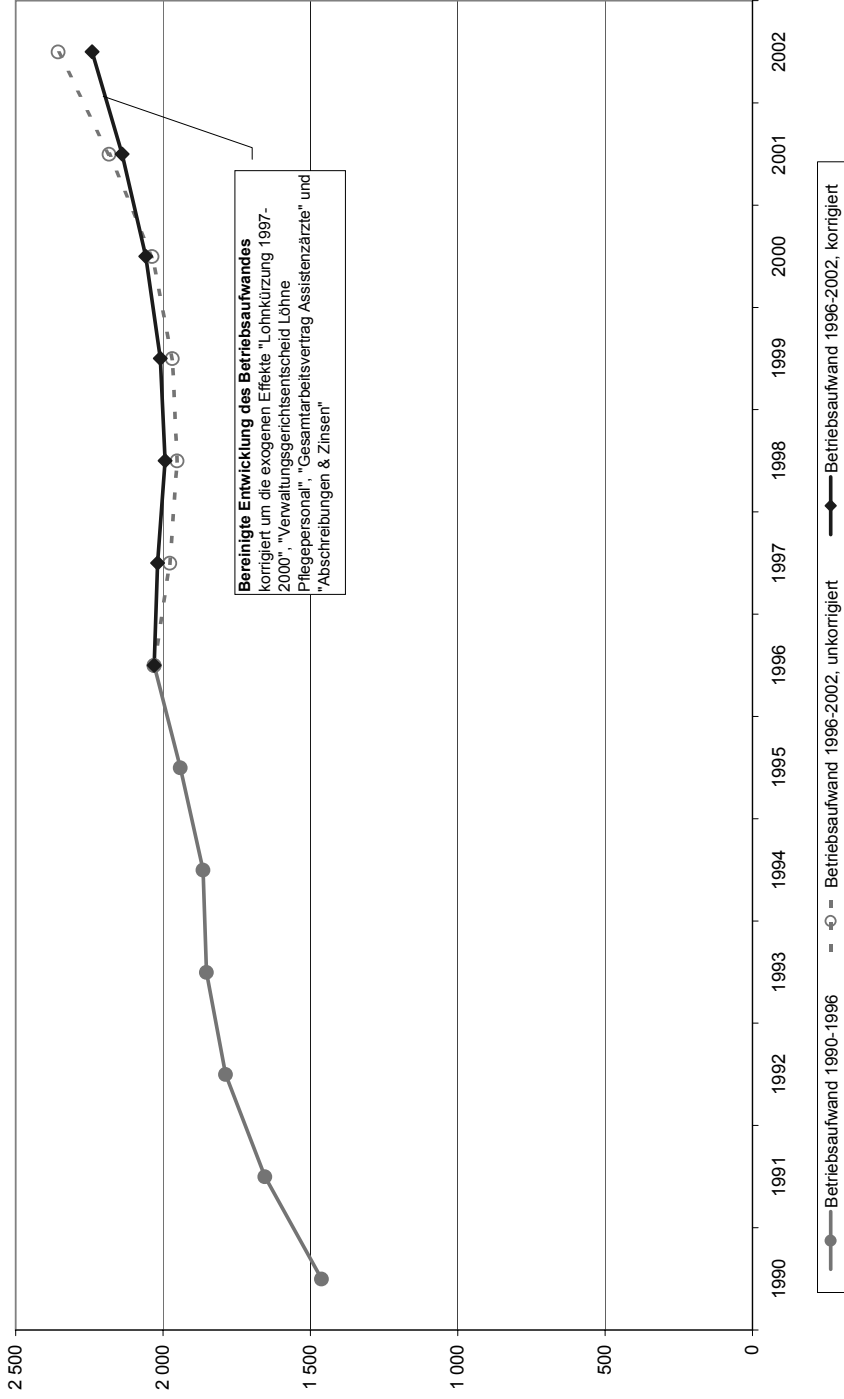


Abb. 3

Betriebsaufwand korrigiert 1990-2002 (ohne Privatspitaler), mit Trendextrapolation 1990-1996

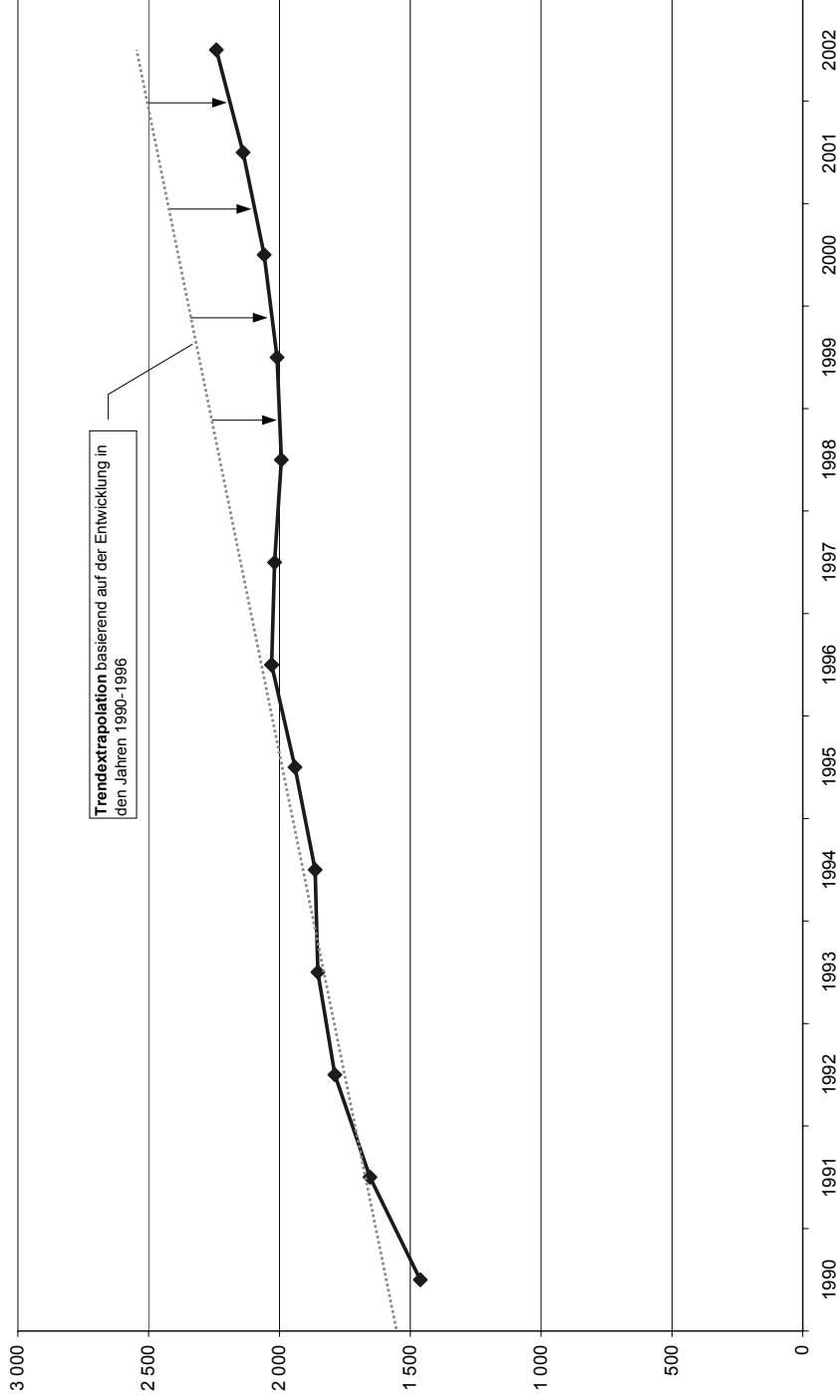
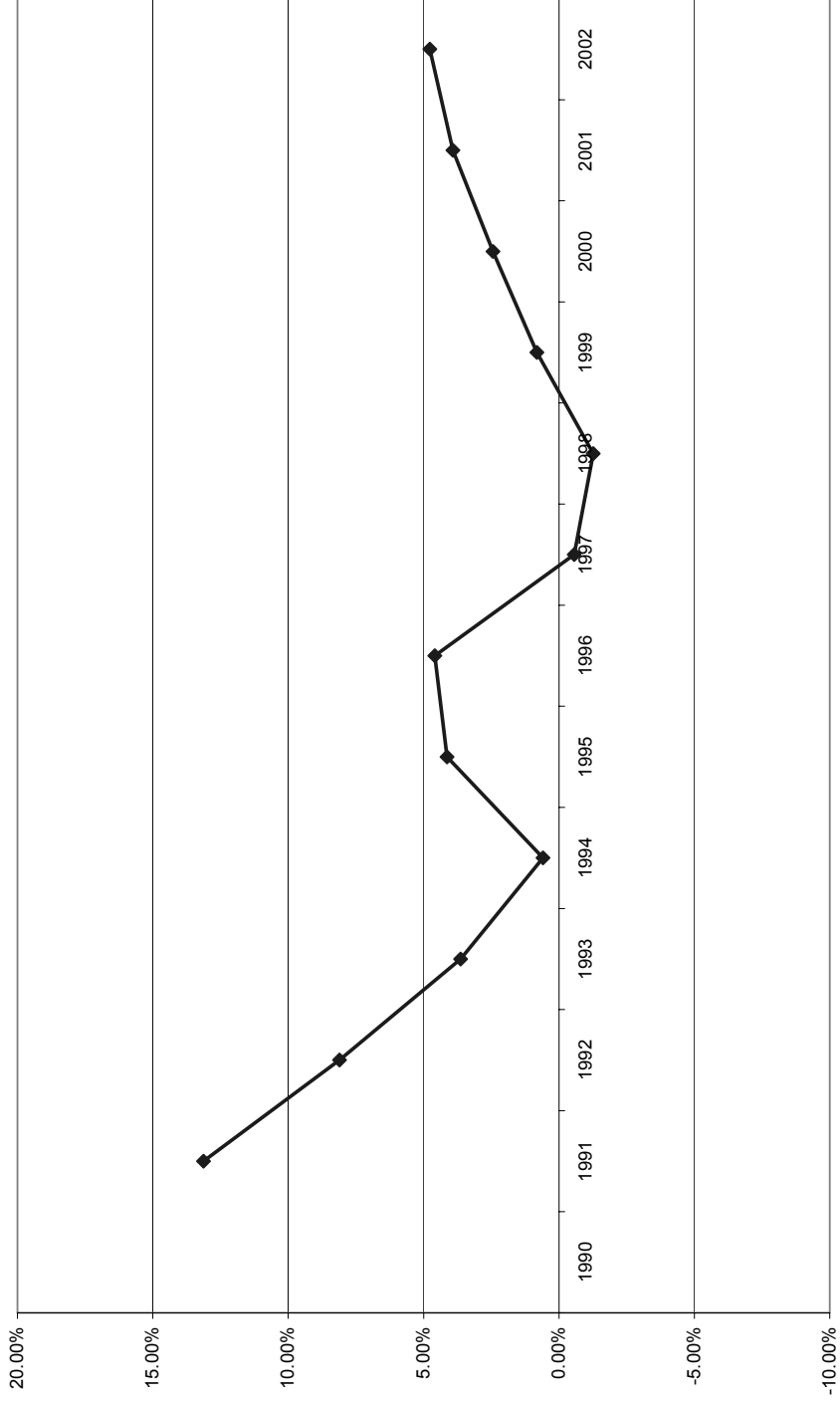


Abb. 4

**Relative Veränderung des Betriebsaufwandes
(Zu- oder Abnahme in %, ohne Privatspitäter)**



Entwicklung der Anzahl Austritte

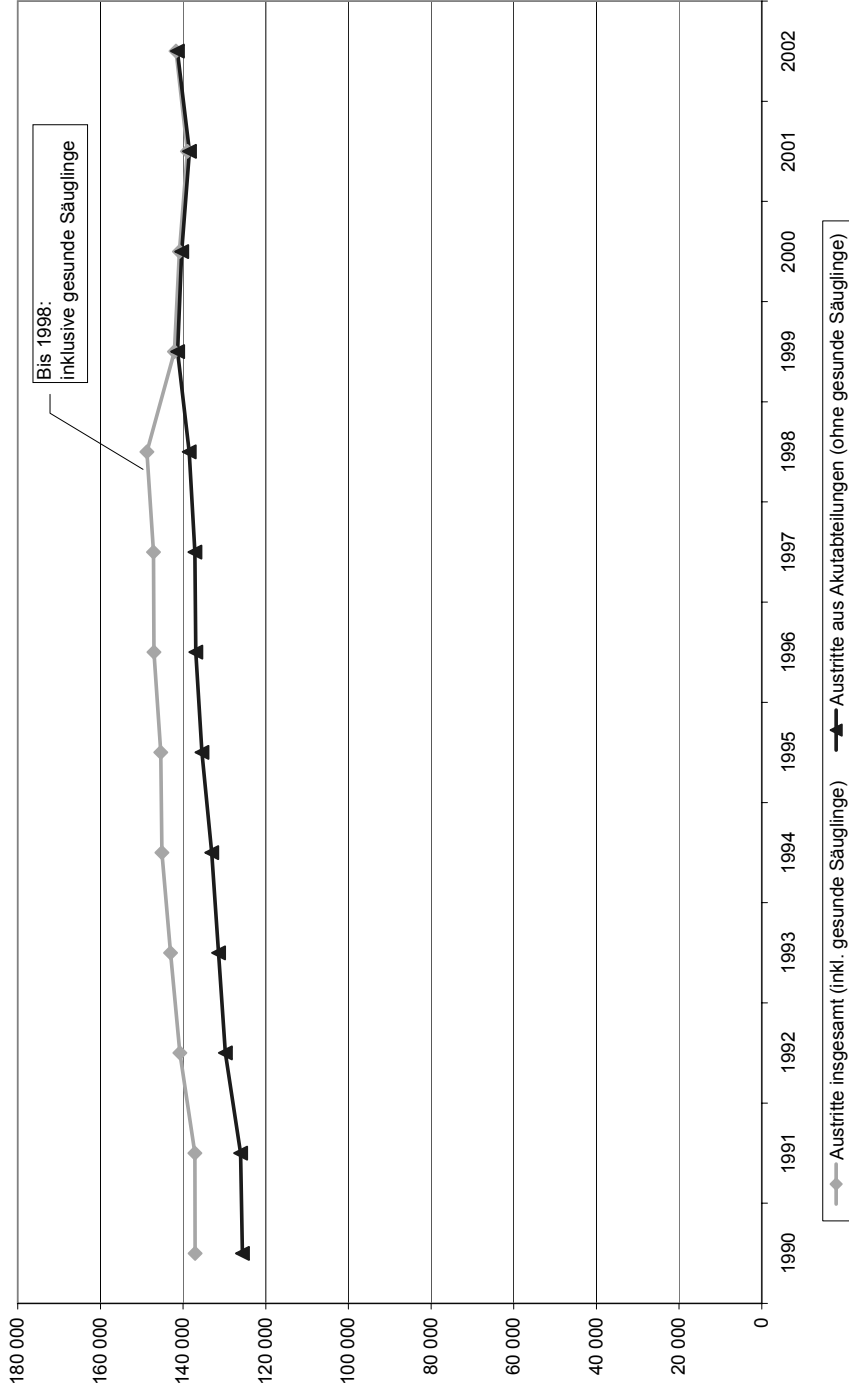


Abb. 6

Entwicklung der Anzahl geleistete Pflegetage (in Tsd.)

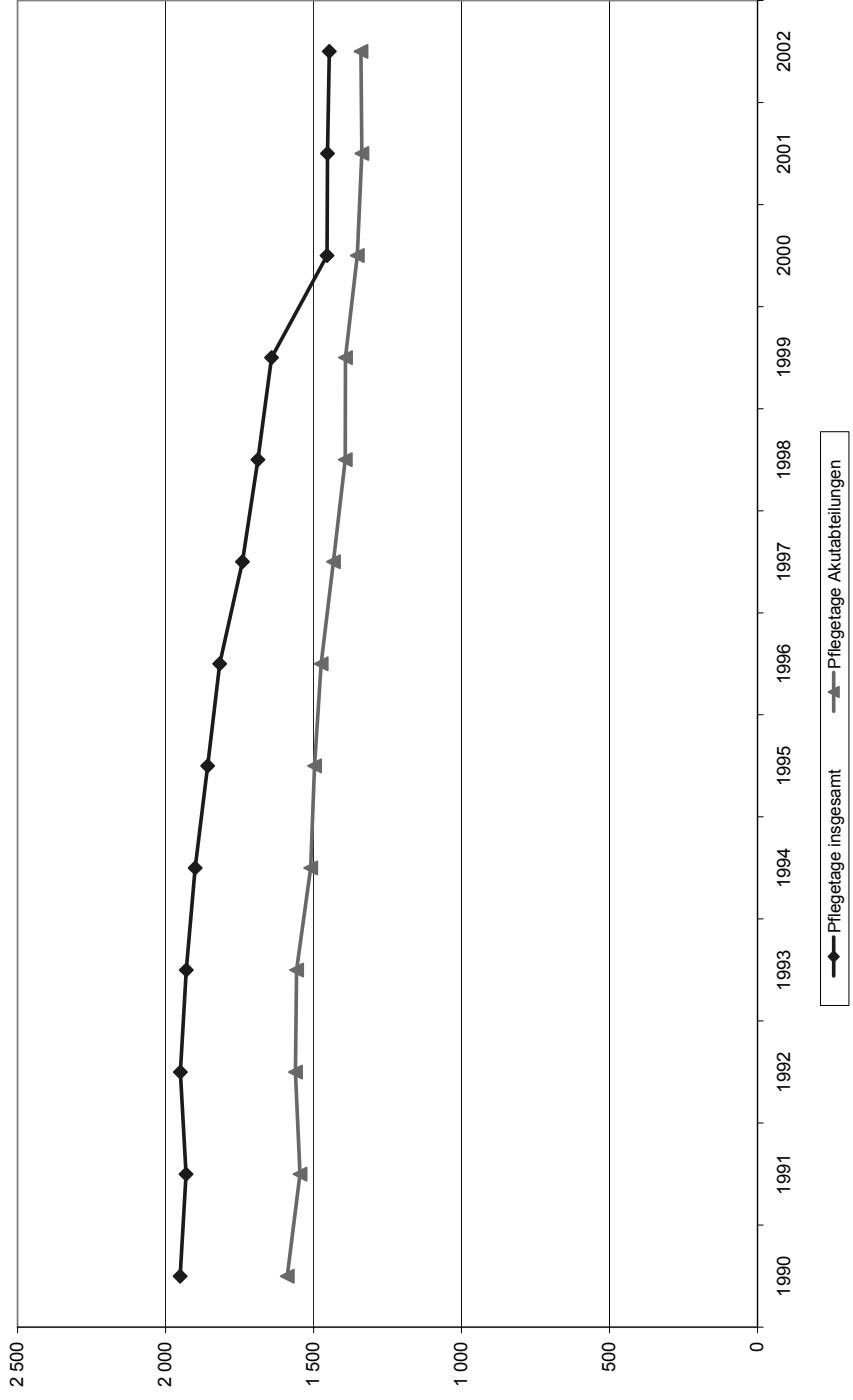


Abb. 7

Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (Akutabteilungen)

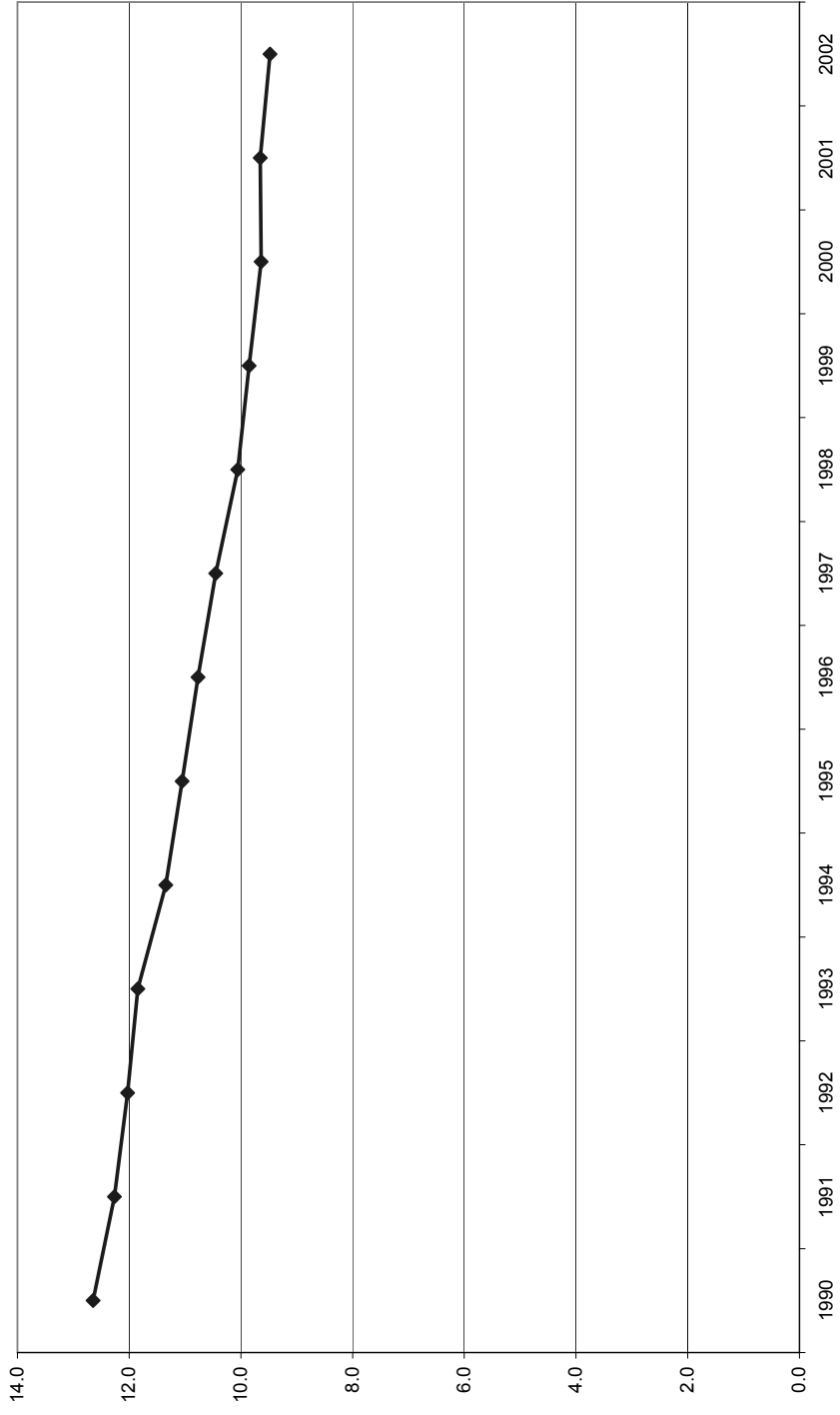


Abb. 8

Effizienzindikator "Austritte pro Mitarbeitende"

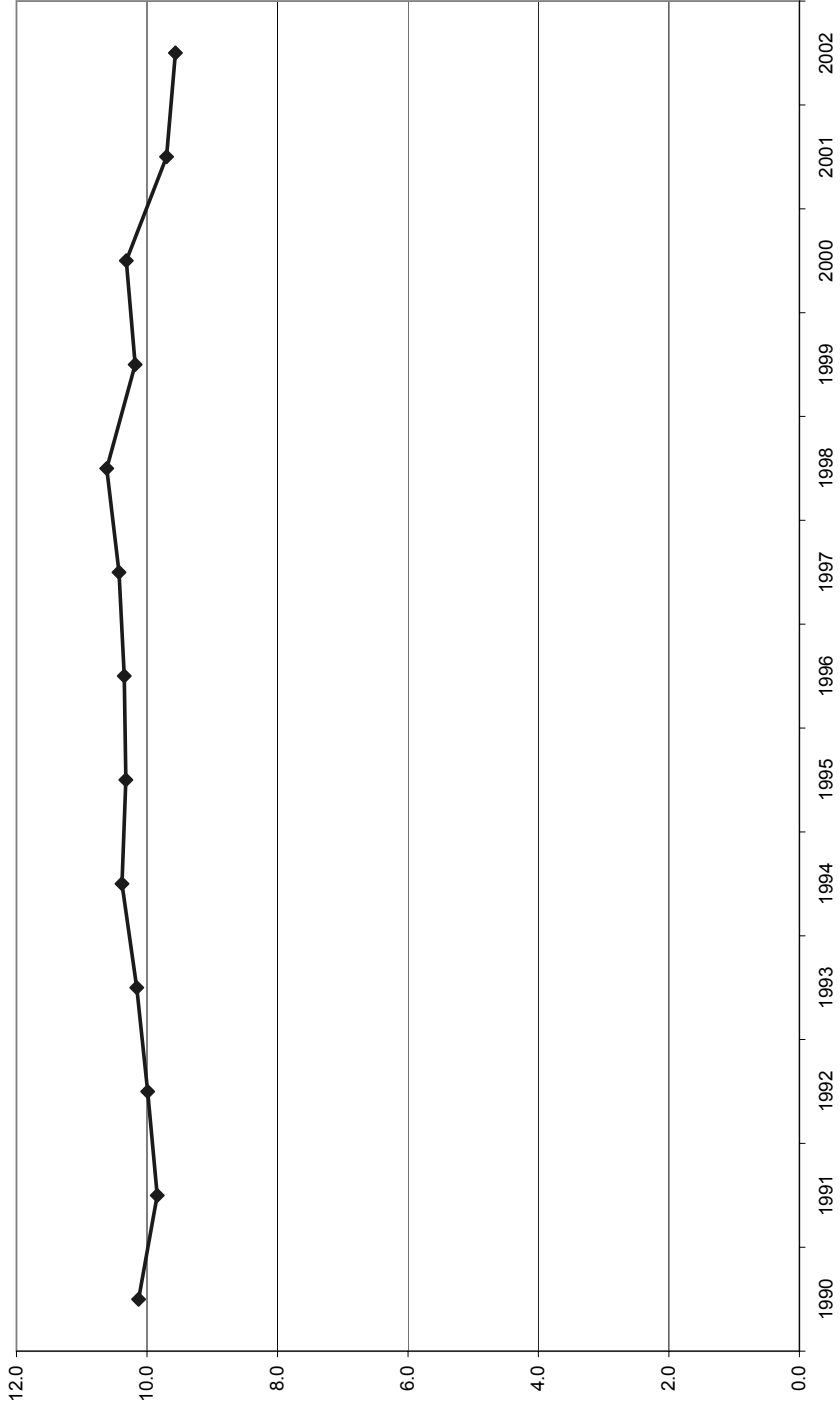


Abb. 9

Effizienzindikator "Pflegetage pro Mitarbeitende"

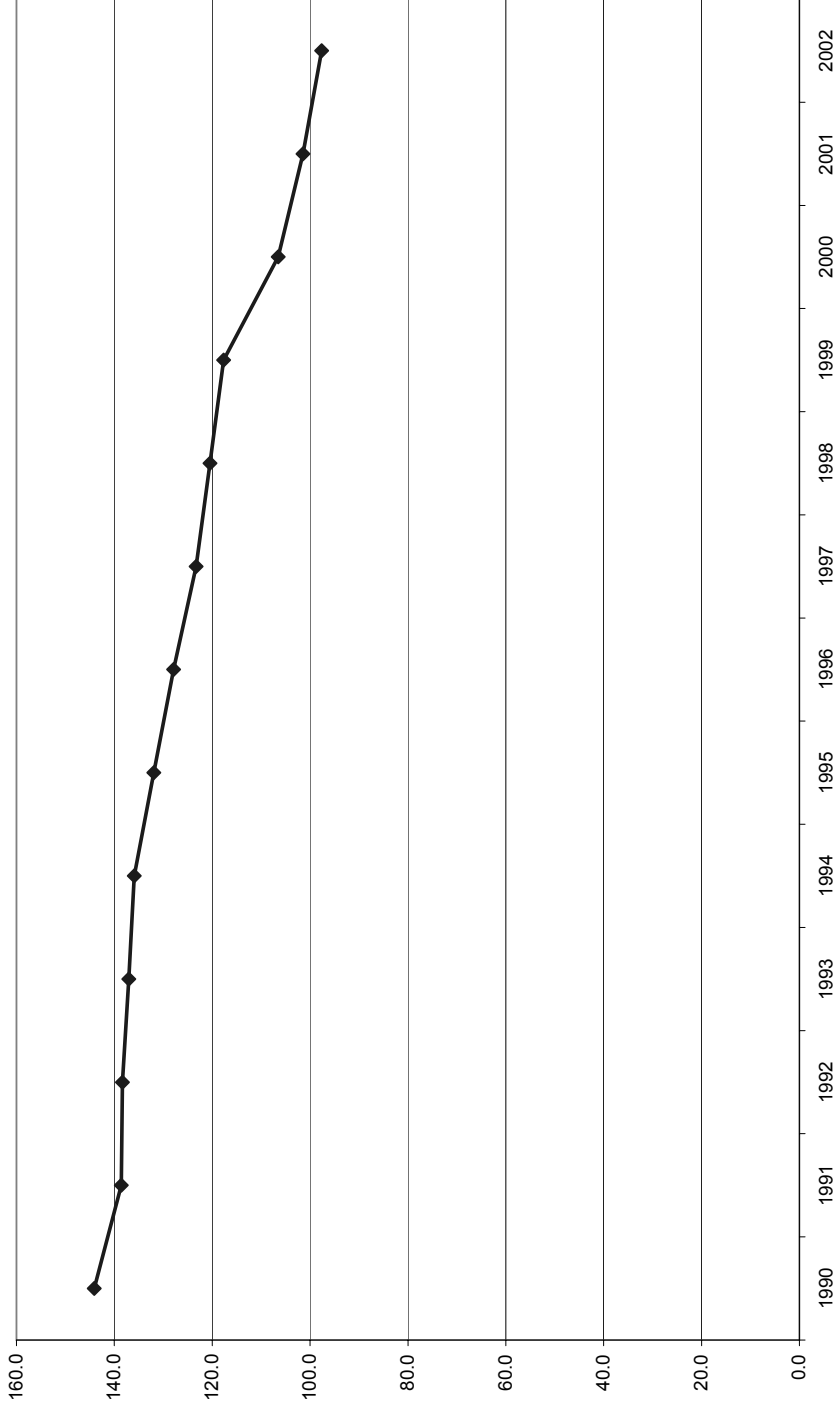
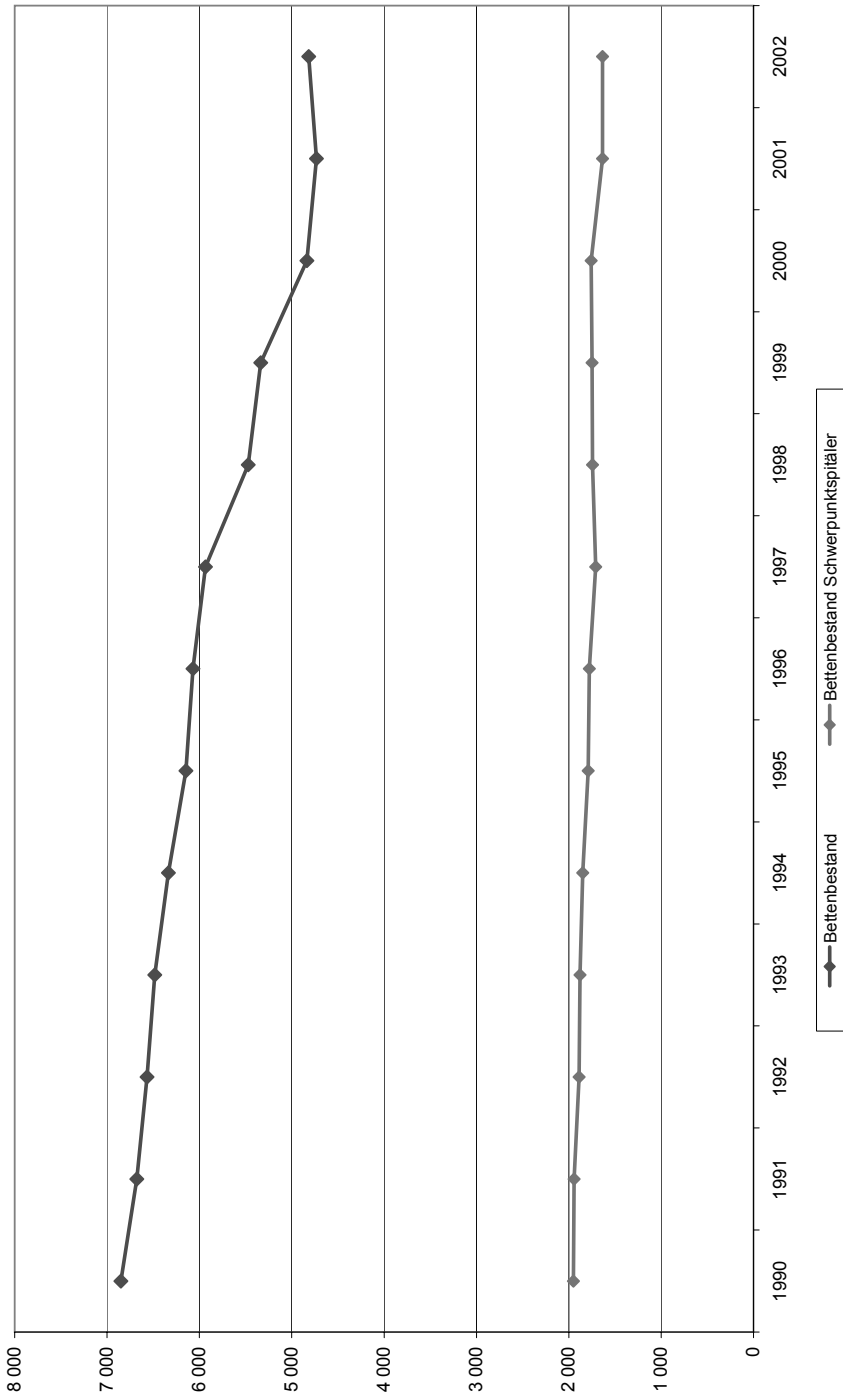


Abb. 10

Entwicklung des betriebswirtschaftlichen Bettenbestandes (alle Abteilungen)



Entwicklung des betriebswirtschaftlichen Bettenbestandes (nur Akutabteilungen)

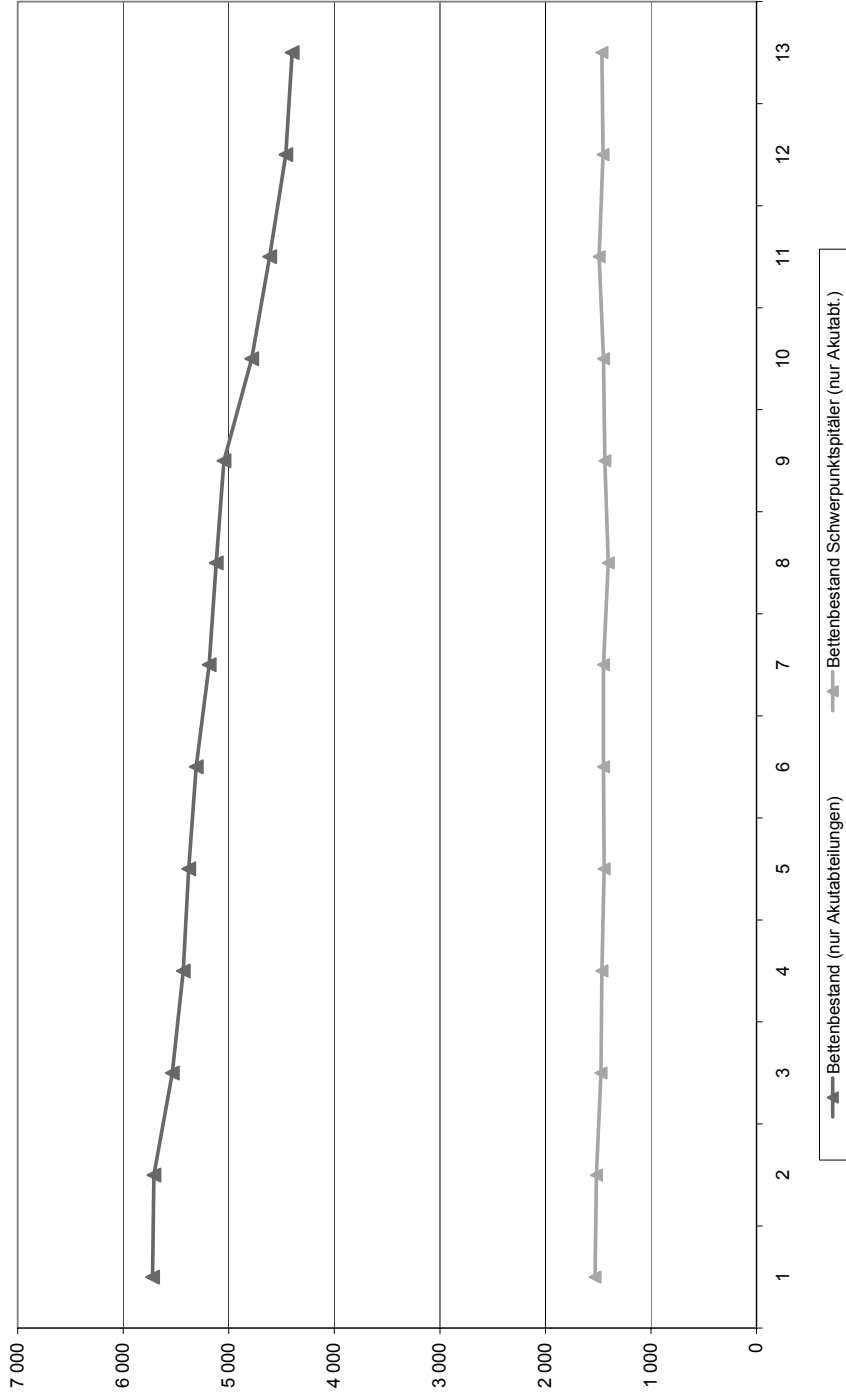


Abb. 11.2

Entwicklung der Bettenbelegung (Akutabteilungen)

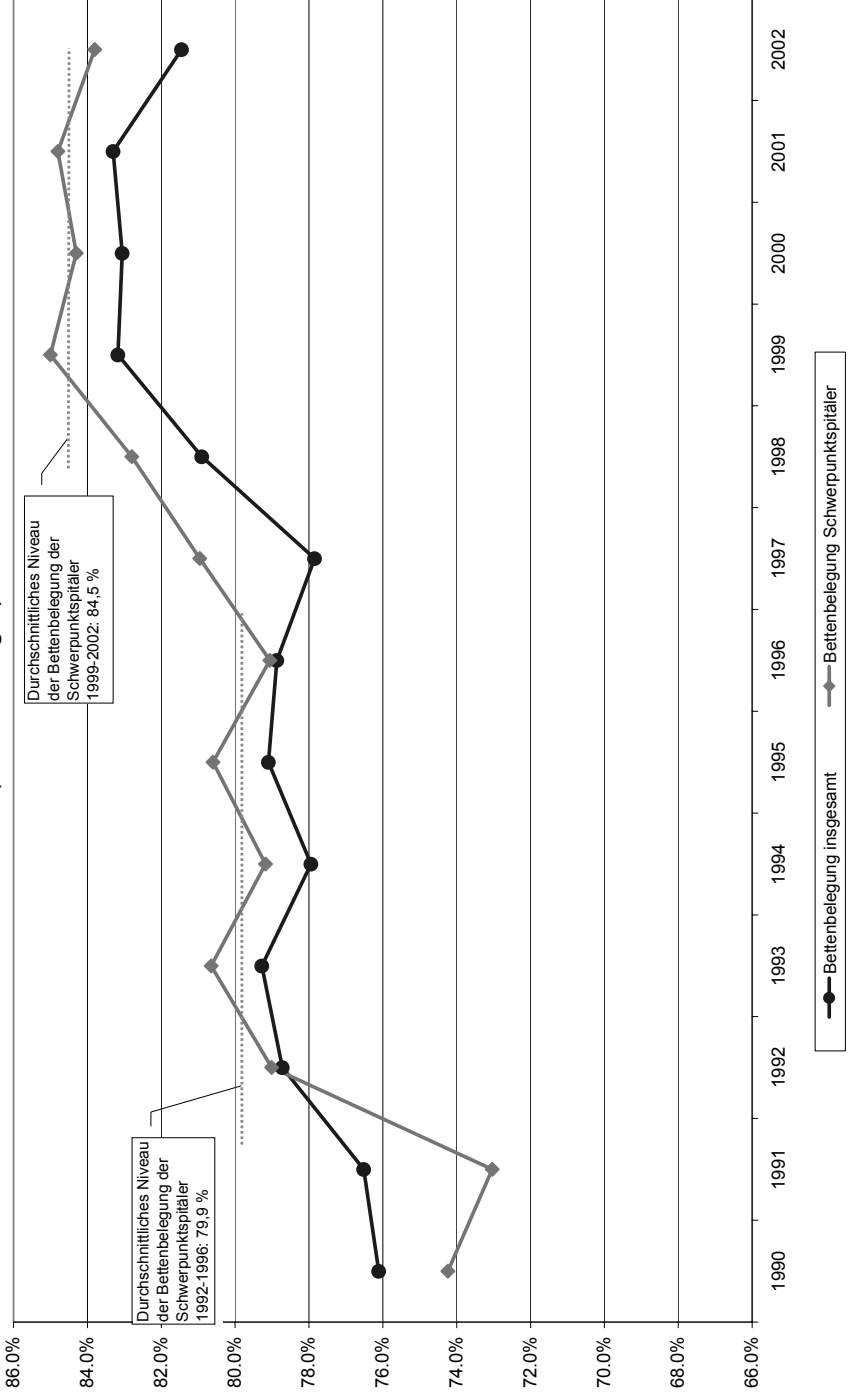


Abb. 12

Entwicklung des Personalbestandes

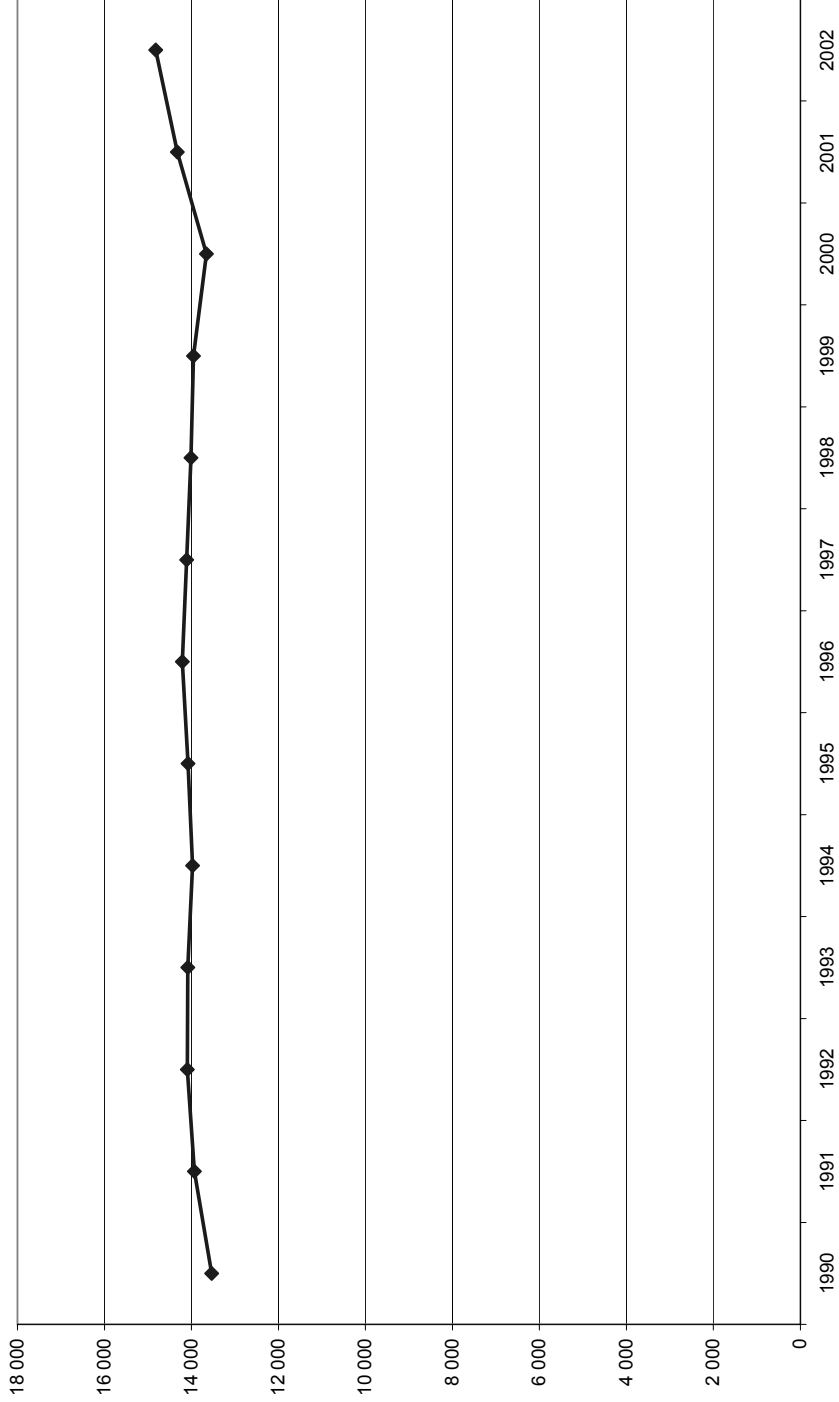


Abb. 13

Entwicklung des Investitionsaufwandes

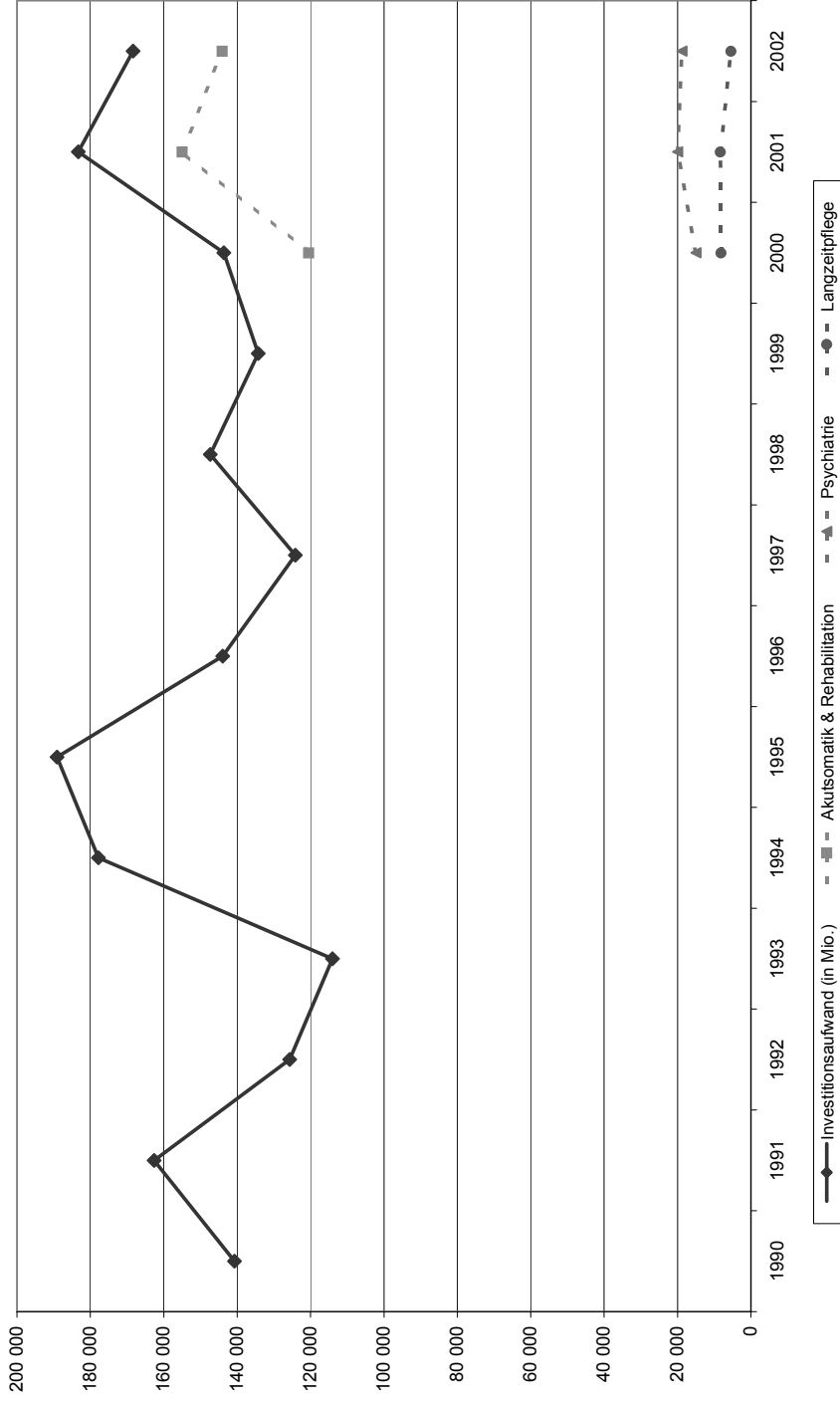


Abb. 14